

Université Toulouse – Paul Sabatier
Faculté de Médecine de Rangueil
Institut de Formation en Psychomotricité

Romane Leseigle

Réflexions sur les apports thérapeutiques de la Méditation de Plaine Conscience face à l’addiction à l’alcool



Illustration de Simon Prades

Mémoire en vue de l’obtention du Diplôme d’État de Psychomotricienne

Soutenance de juin 2021

SOMMAIRE

Introduction	4
Résumé	5
<u>PARTIE I : LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE</u>	6
I. Le Mindfulness	6
1) Définition.....	6
2) Histoire.....	7
3) Principes.....	9
II. Les bénéfices de la pratique du Mindfulness	10
1) Amélioration des capacités attentionnelles.....	11
2) Amélioration de la régulation émotionnelle.....	13
3) Diminution des impulsions.....	15
4) Amélioration des fonctions exécutives.....	15
5) Amélioration des capacités de résilience.....	17
III. Neurosciences et Mindfulness : les modifications cérébrales dues à la pratique ...	18
1) La notion de plasticité cérébrale.....	19
2) Études des grands pratiquants et résultats observés.....	20
3) Aires cérébrales impliquées.....	21
IV. Les protocoles thérapeutiques basés sur la pleine conscience	23
1) Le programme MBSR : <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i>	23
2) Le programme MBCT : <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i>	25
3) La DBT : <i>Dialectical Behavior Therapy</i>	27
4) L'ACT : <i>Thérapie d'acceptation et d'engagement</i>	28
5) Le programme MBRP : <i>Mindfulness-Based Relapse Prevention</i>	29
<u>PARTIE II : LES ADDICTIONS</u>	31
I. L'addiction	31
1) Définition.....	31
2) Les substances psychoactives.....	32

3) La dépendance.....	34
II. L’addiction et dépendance à l’alcool.....	38
1) Définition.....	38
2) Les caractéristiques de la maladie alcoolique et la notion des « 7A »	38
3) Les facteurs de risques dépendance à l’alcool.....	45
III. La rechute dans l’addiction à l’alcool.....	47
1) Définition.....	47
2) Les facteurs de risques de rechute.....	47
3) Le cycle de changement de Prochaska et Diclemente.....	49
IV. La prise en charge.....	52
1) Les objectifs thérapeutiques.....	52
2) Clinique d’addictologie.....	53
3) Les outils d’évaluation.....	53
<u>PARTIE III : APPORTS DU MINDFULNESS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L’ADDICTION A L’ALCOOL.....</u>	57
I. Le MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention.....	57
1) Introduction.....	57
2) Séances et objectifs thérapeutiques.....	58
II. Efficacité du MBRP et mécanismes d’action.....	69
Conclusion.....	76
Bibliographie.....	77
Annexes.....	84

INTRODUCTION

Au cours de mes trois années d'études à l'Institut de Formation de Psychomotricité de Toulouse, plusieurs thématiques m'ont particulièrement intéressée. Parmi elles, les facultés attentionnelles, les fonctions exécutives, le TDA/H, les notions d'impulsivité, d'anxiété, de gestion émotionnelle ou encore les notions d'agentivité et de résilience. Les capacités attentionnelles constituent un élément central de l'adaptation de l'individu à son environnement, tout comme l'impulsivité entrave la qualité de cette adaptation. Les fonctions exécutives, quant à elles, sont l'ensemble des processus cognitifs supérieurs qui permettent l'adaptation de l'individu à son environnement et déterminent les capacités de résolution de problème face à l'adversité, aux situations nouvelles ou complexes du milieu écologique. Elles sont également liées aux capacités de gestion émotionnelle et de régulation comportementale sous l'effet de l'émotion ou du stress.

Durant ma troisième année de formation, j'ai pu réaliser un stage en cabinet libéral, ainsi qu'un stage en clinique d'addictologie sur la durée d'une cure. Ce stage fut bref mais passionnant. J'ai donc décidé de réaliser un mémoire théorique sur la thématique des apports de la pratique de la méditation de pleine conscience face aux addictions, et en particulier celle liée à l'usage d'alcool. Ce mémoire tentera donc d'illustrer les bénéfices du Mindfulness vis-à-vis des patients alcoolodépendants grâce aux connaissances scientifiques actuelles et grâce aux liens que nous pouvons établir avec la rééducation psychomotrice.

Dans un premier temps, nous aborderons les notions liées à la Méditation de Pleine Conscience. Nous verrons de quelle manière elle peut se définir, son cheminement jusqu'à l'intégration dans le monde médical en tant qu'outil thérapeutique, ainsi que les principes fondamentaux qui régissent sa pratique. Nous décrirons ensuite les différents programmes de Mindfulness ayant intégrés les prises en charge thérapeutiques et le domaine du soin avant d'évoquer quelques-uns des nombreux bénéfices de la pratique de la méditation de pleine conscience. Dans un second temps, nous aborderons les notions liées aux addictions et plus spécifiquement l'addiction à l'alcool, ses caractéristiques et les troubles qui lui sont corrélés. Enfin, nous tenterons d'établir les corrélations légitimant l'intégration de la pratique du Mindfulness dans la prise en charge thérapeutique des sujets alcoolodépendants. Nous décrirons le programme MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention), ses mécanismes d'action, ses intérêts dans la prise en charge psychomotrice et global de l'individu et son efficacité en alcoologie.

Résumé

La méditation de pleine conscience, issue de pratiques bouddhistes et orientales ancestrales, est dorénavant intégrée dans le domaine du soin en tant qu'outil thérapeutique complémentaire aux traitements initiaux (médicamenteux, psychothérapeutiques etc.). Les bénéfices d'une pratique régulière sont nombreux et influencent positivement la santé de l'individu dans sa globalité. En effet, la méditation a un impact positif sur les capacités attentionnelles, la régulation émotionnelle, la régulation cognitive ainsi que sur les fonctions exécutives. Sa pratique diminue le stress et l'impact des émotions négatives sur l'individu. Ces bénéfices sont associés à des modifications structurelles du cerveau ainsi qu'à des modifications de l'activité cérébrale que l'on observe notamment chez les grands pratiquants, mais aussi chez des sujets novices dès que l'exercice de la méditation de pleine conscience est effectué avec régularité. De multiples protocoles thérapeutiques alliant thérapie cognitive et pratique de la pleine conscience ont été élaborés. Parmi eux, le MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) qui est un programme de prévention de la rechute addictive basée sur la pleine conscience possédant une efficacité dans la prise en charge de l'alcoolodépendance.

Mots clés : *méditation, alcoolodépendance, attention, cognition, régulation émotionnelle, prévention, rechute*

Abstract : Mindfulness meditation, which originates from Buddhist and ancient Eastern practices, is now integrated into the field of health care as a therapeutic tool that complements the initial treatments (medication, psychotherapy, etc.). The benefits of regular practice are numerous and positively influence the health of the individual as a whole. Indeed, meditation has a positive impact on attentional capacities, emotional regulation, cognitive regulation and executive functions. Its practice reduces stress and the impact of negative emotions on the individual. These benefits are associated with structural modifications of the brain as well as modifications of the brain activity that can be observed in particular in great practitioners, but also in novice subjects as soon as the exercise of mindfulness meditation is carried out with regularity. Multiple therapeutic protocols combining cognitive therapy and mindfulness practice have been developed. Among them, the MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) is a relapse prevention program based on mindfulness that is effective in the treatment of alcohol dependence.

Key words: *meditation, alcohol dependence, attention, cognition, emotional regulation, prevention, relapse*

PARTIE I : LA MEDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

I. Le Mindfulness

1) Définition

La méditation de pleine conscience ou Mindfulness est définie par l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM) comme une technique de méditation visant à porter son attention intentionnellement et de manière non jugeante sur l'expérience du moment présent. Elle se pratique sous formes de méditations formelles ou informelles. Il s'agit d'une pratique ancienne et orientale visant à accroître les capacités à focaliser l'attention, le bien-être, la sérénité, la bienveillance, la compassion, l'objectivité et la perspicacité. Il s'agit de focaliser son attention et de se concentrer sur un stimulus spécifique tel que le souffle, la respiration ou plusieurs stimuli incluant les sensations et afférences corporelles internes ou encore l'environnement externe et ses stimulations sonores.

Christophe André, psychiatre français, la définit comme étant à la fois un état d'esprit et une technique spécifique validée scientifiquement au cœur de laquelle on est invité à prendre de conscience de son souffle, de ses pensées, de ses émotions et du fait qu'on est vivant avec toutes les sensations, afférences sensorielles et ressentis corporels et psychiques que cela implique. Il s'agit de se recentrer sur l'instant présent dans un contexte sociétal qui facilite la dispersion attentionnelle (écrans, rythme de vie, réseaux sociaux, affluence et permanence des informations en tout genre).

Christophe André affirme que « la méditation nous aide à réfléchir différemment : avec l'ensemble de notre corps, de nos sensations, de nos intuitions. » (Cerveau & Psycho, 2021). Il définit la Pleine Conscience comme la « qualité de conscience qui émerge lorsqu'on tourne intentionnellement son esprit vers le moment présent » (Cerveau & Psycho, 2021). Il s'agit de l'attention portée au moment présent, avec acceptation de ce qui vient (pensées, sensations, perceptions) et absence de jugement et d'attente.

La méditation de pleine conscience consiste à se focaliser sur l'instant présent ainsi que sur ses sensations internes et perceptions. En acceptant ce que l'on vit et ce que l'on ressent, on atténue l'impact négatif de certaines émotions et on gagne ainsi en liberté. Cette discipline a des

conséquences positives sur la santé en permettant notamment la réduction du stress. Les neuroscientifiques étudient cette forme de méditation et confirment la présence d'un réel impact sur le cerveau, légitimant l'utilisation de cette pratique dans un cadre thérapeutique.

2) Histoire

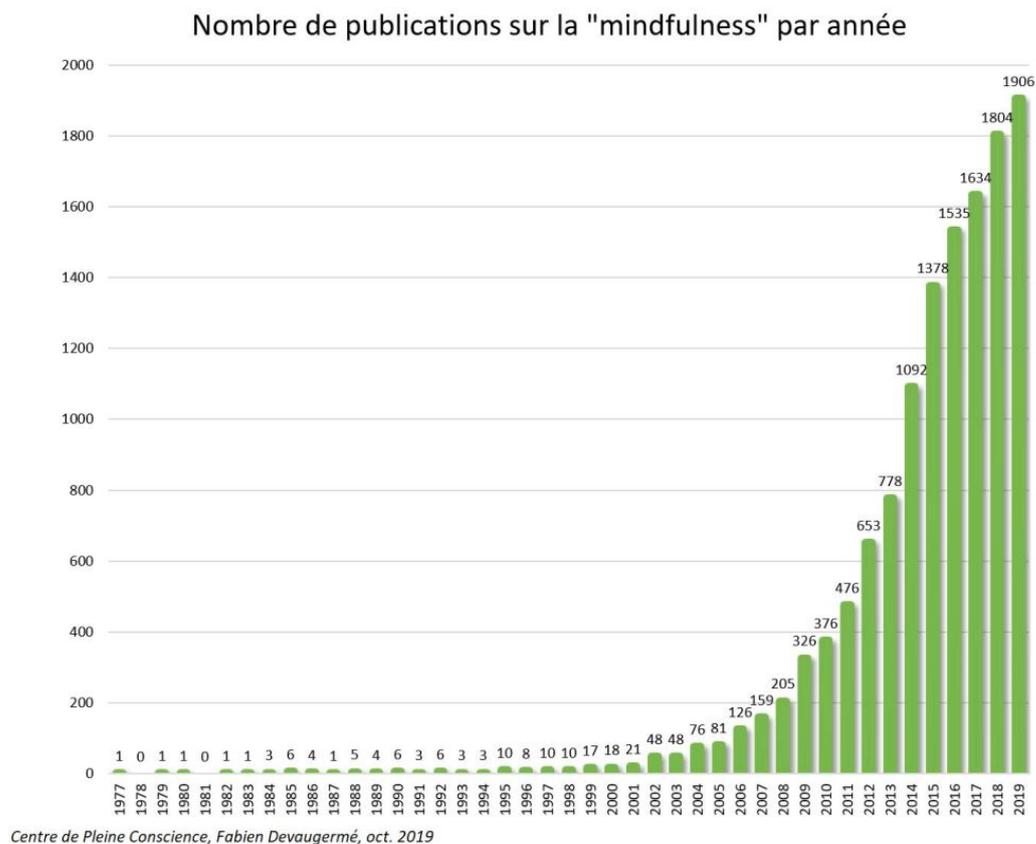
La méditation est une pratique ancestrale. Frédéric Rosenfeld, psychiatre, déclare que « l'occident moderne se penche depuis quelques décennies sur les bénéfices médicaux et psychologiques des pratiques méditatives » et que « ceux qui pratiquent les techniques méditatives savent depuis plusieurs siècles qu'elles ont des actions bénéfiques sur le corps et sur l'esprit » (Cerveau & Psycho, 2021). Issue des sagesse orientales et des méditations bouddhistes, cette pratique suscite désormais l'intérêt des chercheurs par son potentiel thérapeutique. Elle fait l'objet d'un engouement croissant et légitime notamment dans les milieux du soin et de l'éducation (Catherine Muzellec, 2015).

Jon, Kabat-Zin, docteur en biologie moléculaire diplômé de MIT (Massachusetts Institute of Technology) est le premier à l'introduire dans le domaine du soin, dans le milieu hospitalier. Il est inspiré par la méditation bouddhiste, la psychologie bouddhiste et les leurs formes d'enseignement et pratiques axées sur la présence attentive, la compassion et la sagesse. Il crée un le programme éducatif et préventif : le MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) en 1979. Ce dernier lui est inspiré par les publications de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) plaçant le stress quasiment en tête de liste des facteurs déclencheurs de maladies, le qualifiant ainsi de « grande pandémie du XXIème siècle ». Il affirme notamment que cette technique, conjuguée à la thérapie cognitive, diminue de 50% le risque de rechute chez des patients ayant subi au moins deux épisodes dépressifs graves.

Jon Kabat-Zin est donc le précurseur de la méditation de pleine conscience dans le cadre du soin. Il créera ensuite le Center For Mindfulness in Medecine, Health Care, and Society (C.FM) qui est une Clinique de Réduction du Stress. Il conceptualise et démocratise ainsi la méditation laïcisée, qui sera désormais un outil thérapeutique à part entière. Ce versant thérapeutique laïcisé de la méditation est issu de nombreuses études et recherches scientifiques démontrant les bienfaits sur la santé de la méditation et l'implication de zones cérébrales qui se retrouvent modifier par la pratique.

En France, c'est le médecin psychiatre Christophe André qui fut le premier à publier, étudier et développer la méditation qui est désormais un outil thérapeutique connu et reconnu. Elle est une approche corporelle et thérapeutique possédant des bienfaits sur la mémoire, l'attention et la gestion émotionnelle. Il lui a ouvert les portes de l'hôpital Saint-Anne à Paris, au sien de l'Unité de Psychothérapie Comportementale et Cognitive, spécialisée dans le traitement des troubles émotionnels, anxieux et dépressifs.

Le Mindfulness fait actuellement l'objet de publications scientifiques de plus en plus nombreuses (Centre de Pleine Conscience).



3) Principes

La pleine conscience peut être décomposée en trois attitudes fondamentales (Christophe André, 2021) :

- **L'Ouverture maximale du champ attentionnel**
- **Le Désengagement des tendances à juger**
- **La Conscience non élaborative**

La première est l'ouverture maximale du champ attentionnel, portant sur l'expérience personnelle de l'instant et considération de tout ce qui se présente à l'esprit. On se focalise notamment sur les perceptions du rythme respiratoire, les sensations corporelles, les afférences auditives et visuelles ainsi que le cheminement des pensées. La seconde est le désengagement des tendances à juger.

Ainsi, on ne tente pas de contrôler ou d'orienter l'expérience de l'instant présent. Enfin, la troisième est la notion de conscience « non élaborative ». Ce concept se caractérise par le fait de ne pas chercher à analyser ou à poser des mots sur le vécu. On privilégie l'observation et le fait d'éprouver et de ressentir au traitement verbal et cognitif.

Pierre Rabhi, essayiste et auteur de nombreux ouvrages, a récemment publié un ouvrage à propos du Mindfulness et regroupe les trois dimensions fondamentales de la pleine conscience sous trois dimensions semblables :

- **La présence attentive** : qualité d'attention et de clarté de présence avec lucidité, généralement associée à la focalisation sur la respiration.
- **La présence ouverte** : qualité d'ouverture et de relâchement de la présence caractérisée par une détente, un relâchement et une prise de recul, une « relaxation mentale » et une « déssaisie » par rapport aux événements et aux stimuli.
- **La présence empathique ou sensitive** : qualité de présence qui se caractérise par la bienveillance et la réceptivité aux afférences sensorielles de l'environnement.

Il déclare que la pratique de la méditation et l'entraînement à la pleine conscience consiste à cultiver une présence ouverte, attentive, empathique et compatissante dans son ouvrage Humanisme et Mindfulness (Pierre Rahbi, 2021). L'intégration de la méditation de pleine conscience dans des protocoles thérapeutiques produit un effet bénéfique et expérimentalement validé vis-à-vis de plusieurs situations psychopathologiques en agissant sur des éléments cognitifs, comportementaux ainsi qu'émotionnels (Bondolfi, Jermann, Zermatten, 2011).

II. Les bénéfices de la pratique du Mindfulness

La pratique régulière de la méditation permet à la fois une régulation cognitive et une régulation émotionnelle (Christophe André, 2021). La capacités cognitives, les fonctions exécutives et l'intelligence émotionnelle sont en lien direct avec le fonctionnement adaptatif du sujet, la pertinence des stratégies qu'il met en place face à l'adversité au sein de son environnement et déterminent donc ces capacités de résilience. Les bénéfices de la pratique du mindfulness sont multiples et corrélés. Parmi eux, on distingue notamment (Matthieu Ricard, 2011) :

- Réduction du stress par la diminution de la production d'adrénaline et de cortisol.
- Meilleure gestion de la douleur
- Modifications bénéfiques de la structure cérébral

Concernant la santé mentale, on distingue les bénéfices suivants (Isnard, 2021) :

- Régulation de l'humeur, et les émotions
- Développement d'une meilleure capacité d'observation des pensées, des comportements et des processus cognitifs
- Régulation de l'attention, développement de la concentration et de l'efficacité
- Atténuation du processus de rumination mentale
- Clarification des buts de sa vie
- Modification de la perception et de la relation à soi ainsi qu'à autrui
- Meilleure connaissance et gestion du rapport à soi, à ses pensées ainsi qu'à ses émotions

1) Amélioration des capacités attentionnelles

Le Mindfulness, grâce à la focalisation attentionnelle, favorise les capacités de concentration. L'attention sélective est très importante dans les pratiques méditatives et notamment lors des *body scan* avec focalisation sur le souffle et la respiration. Lors de la pratique du Mindfulness, le pratiquant doit donc identifier une cible attentionnelle. Lorsque des stimuli externes ou internes (ruminations, pensées etc) l'en détournent, il doit identifier le distracteur et revenir à la cible initiale (Pech, Grieder, La Combe, 2020).

Le neuroscientifique Wendy Hasenkamp, de l'Université d'Atlanta, et ses collègues, ont mené une étude par imagerie cérébrale (2012) afin d'identifier les réseaux cérébraux impliqués lors de la pratique de l'attention focalisée. Les participants devaient pratiquer l'exercice tout en signalant la fin de chaque épisode de vagabondage de l'esprit (stimuli distracteurs) en appuyant sur un bouton. Ils ont établi que chacune des zones impliquées appartenait au grand réseau du cortex préfrontal et cingulaire. Ils ont également identifié quatre phases durant le cycle cognitif de la pratique :

- L'épisode de vagabondage
- La prise de conscience de la distraction
- La phase de réorientation attentionnelle
- La phase d'attention soutenue et focalisée

La psychiatre Katya Rubia de l'Université de Londres démontre par son étude une augmentation de l'activation des zones frontopariétales et frontolimbiques, liées aux capacités attentionnelles, chez les sujets pratiquant la pleine conscience (Katya Rubia, 2009).

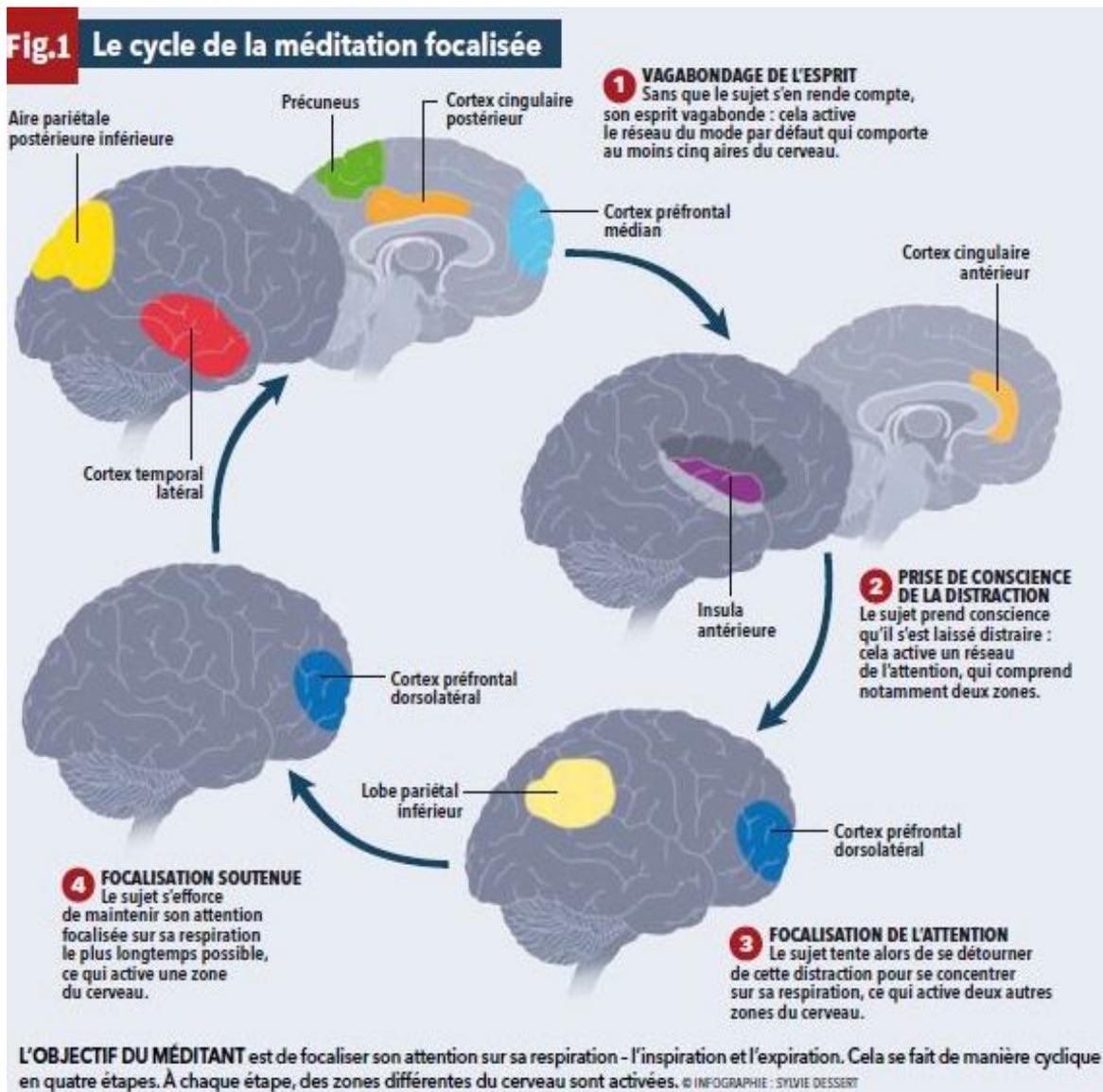


Figure 1 : Le Cycle de la Méditation Focalisée (Cerveau et Psycho, 2021)

L'objectif de la méditation est de réduire ou d'éliminer les processus de pensée (pensées automatiques) non pertinents par l'entraînement de l'attention intériorisée, censé conduire à la relaxation physique et mentale, à la réduction du stress, à la stabilité psycho-émotionnelle et à une meilleure concentration. Des preuves physiologiques montrent que la méditation entraîne une réduction des mesures autonomes et endocriniennes liées au stress, tandis que des études de neuro-imagerie démontrent la régulation fonctionnelle des régions cérébrales de la régulation des affects et du contrôle de l'attention.

Les preuves sont issues d'études neurobiologiques et cliniques. Katya Rubia prouve donc également l'efficacité de la pratique de la méditation sur l'amélioration des capacités attentionnelles et de leur implication, amélioration et importance dans la prise en charge de troubles psychiatriques (Katya Rubia, 2009).

2) Amélioration de la régulation émotionnelle

La méditation permet une meilleure gestion des émotions négatives. En effet, la pratique régulière de la pleine conscience permet de développer des capacités accrues d'acceptation, de recul et de modulation vis-à-vis des émotions négatives et douloureuses, sources de souffrance psychique. Or, la plupart des souffrances psychologiques, la rumination et la dérégulation émotionnelle (alexithymie entre autres), sont des facteurs aggravants notamment dans les phénomènes d'addiction. Ainsi, la méditation présente un réel intérêt en tant qu'outil adjuvant des différentes prises en charge, médicamenteuses ou psychothérapeutiques, notamment auprès de patients alcoolodépendants (Christophe André, 2021).

La pratique de la méditation entraîne une amélioration de la modulation émotionnelle observables dès huit semaines. En effet, on observe chez des individus participant chez qui l'on suscite des émotions de tristesse, une plus faible activation des aires de Wernicke et Broca, associées au langage, ainsi qu'une plus forte activité cérébrale des zones associées à la sensibilité intéroceptive. Ainsi, l'impact de la tristesse – et plus généralement des émotions négatives – est réduit chez les pratiquants qui, en se focalisant sur leurs ressentis corporels (proprioceptifs, intéroceptifs, kinesthésiques), entraînent une diminution du traitement rationnel et verbal des émotions négatives (Cerveau & Psycho, 2021). Ainsi, les méditants acceptent (consciemment ou non) d'éprouver physiquement de la tristesse qu'ils ne cherchent pas à « résoudre » impulsivement par des processus mentaux comme les non pratiquants. Ils sont alors, de plus, moins sujets aux ruminations stériles (Christophe André, 2021). Or, les ruminations sont impliquées dans les rechutes chez le sujet alcoolodépendants (Biseul, 2019).

La notion d'intelligence émotionnelle a été conceptualisée par Daniel Goleman en 1995. Elle est impliquée, lorsqu'elle est faible, dans des facteurs de risques et prédispositions vis-à-vis des conduites à risques, des troubles psychiatriques et addictions (Kun, Demetrovics, 2010). Dans

son ouvrage de référence « Frames of Mind », paru en 1983, Howard Gardner répartit l'intelligence émotionnelle en 5 domaines principaux :

- La connaissance des émotions : capacité à identifier ses propres émotions
- Maîtrise des émotions : capacité adapter ses sentiments aux situations
- Auto-motivation : capacité à remettre à plus tard la satisfaction d'un désir ou de réprimer des pulsions
- Perception des émotions d'autrui : l'empathie
- Maîtrise des relations humaines : aptitudes à entretenir de bonnes relations avec autrui

Prendre conscience d'une émotion désagréable et l'accepter atténue son impact sur nous (Christophe André, 2021). En méditation, on ne cherche pas à éviter de ressentir des émotions douloureuses et négatives ni à les fuir mais au contraire à les accepter telles qu'elles sont sans les amplifier. On en prend simplement conscience. Or, beaucoup de nos difficultés psychiques proviennent de stratégies inadaptées, fondées notamment sur le désir d'éradiquer la douleur par le refus ou l'évitement (Christophe André, 2021). Renoncer à ces stratégies inefficaces permet ainsi d'atténuer la souffrance psychique de manière plus rapide, et plus pérenne, durablement. Jon Kabat-Zin, fondateur de la pleine conscience dans le domaine thérapeutique, cite ainsi Nietzsche dans son ouvrage « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience » (2009) qui déclarait que « la pire maladie des hommes provient de la façon dont ils ont combattu leurs maux ». Ces éléments sont à mettre en parallèle avec l'alexithymie présente chez les sujets alcoolodépendants qui ne parviennent pas à mettre de mots sur leurs maux et ignorent leur souffrance psychique qu'ils tentent d'apaiser de manière inefficace par l'usage de l'alcool. Cette stratégie inadaptée de consommation d'alcool constitue ainsi une fuite et un évitement des émotions négatives.

En psychiatrie, les programmes de prise en charge alliant thérapie cognitive et méditation tel que le MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* ou « thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience ») ou le MBRP (*Mindfulness-Based Relapse Prevention* ou « prévention de la rechute basée sur la pleine conscience ») ont démontré leur efficacité de par leur apport sur la gestion émotionnelle des sujets.

3) Diminution des impulsions

La notion de pilote automatique correspond à l'ensemble des comportements, pensées et émotions qui découlent de processus inconscients. Nous agissons la plupart du temps guidés par des processus inconscients. La méditation a pour objectif de nous amener à nous focaliser sur le moment présent et sur l'expérience vécue (émotions, pensées, sensations) afin de nous rendre plus conscients, plus libres et maîtres de nos choix (Christophe André, 2021). La méditation, par la prise de conscience, permet de réduire l'impulsivité (Csillik, Taftcicht, 2012). Or, l'impulsivité augmente les risques de rechutes chez le sujet alcoolodépendant chez qui les fonctions exécutives sont impactées, provoquant un défaut d'inhibition lié au craving (Cabé, Lannuzel, Boudhent, Ritz, 2015). L'impulsivité est souvent décrite chez les sujets alcoolodépendants : elle joue un rôle dans le développement de l'alcoolodépendance et augmente les risques de rechutes. Elle est considérée à la fois comme un facteur de vulnérabilité psychopathologique à l'alcoolodépendance et comme une conséquence de l'alcoolodépendance pouvant être liée à l'altération des fonctions exécutives, fréquemment observée chez le sujet dépendant à l'alcool (Cabé, Lannuzel, Boudhent, Ritz, Sgobin, Vabret, Eustache, Beaunieux, Pitel, 2020).

4) Amélioration des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus cognitifs de haut niveau permettant l'adaptation du sujet à son environnement. Elles ont en lien direct avec l'attention, la notion d'agentivité et de résilience. Elles regroupent plusieurs compétences telles que la stratégie, la planification ou encore la logique. Elles permettent au sujet de fournir des réponses comportementales efficaces et adaptées à l'adversité de son environnement. Chez le sujet alcoolodépendant, ces fonctions supérieures sont altérées (Cabé, Lannuzel, Boudhent, Ritz, Sgobin, Vabret, Eustache, Beaunieux, Pitel, 2020) et compromettent la pertinence de la réponse comportementale (impulsivité, défaut d'inhibition, aversion du délai, préférence pour la réponse à court terme par rapport à la réponse différée). En effet, des liens sont établis entre les altérations des fonctions exécutives, les réductions temporaires des fonctions exécutives, les tendances impulsives et l'alcoolodépendance. L'entraînement à la méditation de pleine conscience peut réduire la consommation impulsive d'alcool chez les alcoolodépendants en

permettant une amélioration des fonctions exécutives qui réduit également le phénomène de craving (Hofmann, Brandon, Schmeichel, Baddeley, 2012). En effet, la pleine conscience est liée aux processus de contrôle neurocognitif supérieur, aux fonctions exécutives et aux capacités d'autorégulation et nécessite d'impliquer ces fonctions afin de ramener l'attention consciemment lors de vagabondage et afin d'élaborer une conscience non jugeante (Short, Mazmanian, Oinonen, 2016).

Ces fonctions sont associées au lobe frontal (Godefroy, Jeannerod, Allain, Le Gall, 2008). Elles sont également impliquées dans la théorie de l'esprit et la résolution de problème.

Elles permettent au sujet d'atteindre ses buts à court et long terme et peuvent être décrites selon cinq composantes :

- **Inhibition** (Harnishfeger, 1995) : capacité à maîtriser les comportements, les pensées automatiques et à résister aux distractions.
- **Planification** (Norman & Shallice, 1980) : capacité permettant la décomposition d'une action complexe en différentes étapes et actions simples et ordonnées pour aboutir à la tâche attendue. Elle sous-tend les habiletés de résolution de problème (Luria, 1999) et elle est la fonction exécutive la plus saturée (Chagneau, Soppelsa, 2010).
- **Flexibilité** : capacité de passer d'un mode de traitement ou d'une tâche à une autre.
- **Mémoire de travail** : capacité à maintenir en mémoire durant quelques secondes des informations et à les manipuler pour les utiliser dans l'immédiat ou pour les transférer en mémoire à long terme. Elle est définie comme la fonction exécutive de base et permet la prise de décision nécessaire aux apprentissages (Barkley, 2012).
- **Déduction** : capacité à déduire des règles implicites à partir des informations de l'environnement.

On distingue les fonctions exécutives froides des fonctions exécutives chaudes :

- **Fonctions exécutives froides** : sont notamment représentées par l'inhibition, la planification et la mémoire de travail et sont illustrées par les modèles neuropsychologiques classiques (Norman & Shallice, 1986). Elles permettent surtout l'inhibition de la routine et concernent le circuit dorso-latéral du lobe préfrontal.

- **Fonctions exécutives chaudes** : elles entrent en jeu dans toutes situations à forte implication émotionnelle (Zelazo et Carlson, 2012) et s'appuient sur la théorie des marqueurs somatiques de Damasio (Damasio, 1995) ainsi que sur l'apport plus récent de la neuropsychologie « embodied » qui considère le corps comme réceptacle d'éléments psychologiques permettant la prise de décision. On distingue deux pôles au sein des fonctions exécutives chaudes (Zelazo, Carlson, 2012) : le contrôle émotionnel établit comme fonction exécutive chaude par excellence et l'utilisation de toutes les autres fonctions exécutives (planification, inhibition, mémoire de travail) sous l'effet de l'émotion et/ou du stress.

Le modèle des marqueurs somatiques de Damasio (1995) a intégré l'aspect affectif dans la prise de décision liée aux fonctions exécutives. Des marqueurs issus d'expériences vécues sont acquis et ancrés et constituent des signaux d'alarme fournis à la personne sur l'estimation positive ou négative des conséquences d'une action. Il y a connotation et estimation positive ou négative d'un comportement associé à une réponse émotionnelle. L'état somatique est alors un indicateur informant du caractère bénéfique ou désavantageux d'un comportement. Les processus somato-sensoriels basés sur l'émotion établissent des signaux de polarisation à valence positive ou négative (Madiou, Swiatek, 2018). Par la focalisation attentionnelle sur les sensations corporelles, la pleine conscience impact positivement les fonctions exécutives (Naciri, 2020 et Weglowska, 2017).

5) Amélioration des capacités de résilience

Boris Cyrulnik, neuropsychiatre français, définit la résilience comme étant la « capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer positivement, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'évènements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes sévères » (Boris Cyrulnik, 2001). L'apport de la notion de résilience en psychologie, philosophie et en psychiatrie est immense car il s'agit de l'idée selon laquelle l'individu peut renaître de grandes souffrances.

Grâce à une étude menée auprès d'enfants et d'adolescents ayant vécu des traumatismes liés à un passif de maltraitance, des chercheurs ont démontré que la pratique de la méditation améliorait les capacités de résilience (Waechter, Wekerle, 2015).

Une autre étude a été menée par des chercheurs afin de déterminer l'impact de la pleine conscience sur la tolérance à la détresse et la résilience. Ils établissent en premier lieu que la tolérance à la détresse est associée à la santé psychologique et que la résilience, capacité protectrice face au stress, est impactée dans les SSPT (syndromes de stress post-traumatiques).

A l'inverse, l'accroissement des capacités de résilience est un facteur protecteur dans la prévention du développement des SSPT. Ils ont effectué une étude longitudinale portant sur le MBSR et ont découvert que ce programme permettait d'accroître les capacités de tolérance à la détresse et de résilience. Les changements attribuables à la pratique de la pleine conscience ont été évalués à l'aide du Comprehensive Inventory of Mindfulness Experience (CHIME). De plus, leurs résultats indiquent que la MBSR pourrait non seulement améliorer les psychopathologies existantes, mais aussi servir de méthode préventive pour permettre une réponse plus adaptative au stress futur (Nila, Holt, Ditzen, Aguilar-Raab, 2016).

III. Neurosciences et Mindfulness : les modifications cérébrales dues à la pratique

Richard Davidson et Antoine Lutz sont des références mondiales dans le domaine de la neuroméditation et de l'analyse des modifications cérébrales observables chez les grands pratiquants de méditation tel que le moine bouddhiste français Matthieu Ricard.



*Figure 2 : Analyse par électroencéphalogramme du moine bouddhiste Matthieu Ricard
(Cerveau et Psycho, 2021)*

1) Notion de plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale ou neuroplasticité est la capacité du système nerveux central (SNC) à modifier sa structure en réponse à des contraintes internes (développement, maturation, vieillissement, expérience, atteintes lésionnelles) et externes (nouvelles acquisitions et entraînement, enrichissement/déprivations sensoriels, substances pharmacologiques etc.).

Cette notion de neuroplasticité primordiale dans le domaine médical, paramédical et en particulier dans la rééducation (psychomotricité) a vu le jour grâce aux travaux réalisés par Fred Gage en 1998, concernant la neurogénèse. Il démontre que le cerveau adulte fait l'objet d'une production de nouveaux neurones y compris à l'âge adulte. De plus, selon les expériences et le vécu de l'individu, certaines zones cérébrales sont enrichies ou appauvries en termes de densité neuronale et de connexions synaptiques : il y a synaptogénèse ou élimination synaptique. Les zones et fonctions délaissées ou lésées subissent une élimination synaptique (théorie de l'élimination synaptique) tandis que celles qui sont stimulées sont enrichies.

Les déficits peuvent également être compensés par une réorganisation synaptique. Par exemple, dans le cadre de privation sensorielle ou de perte de la vision, la zone cérébrale antérieurement associée à la vue se retrouve dévouée à d'autres compétences : c'est le phénomène de remodelage des zones corticales silencieuses. On peut donc éduquer, rééduquer ou compenser des fonctions déficitaires, telles que les fonctions exécutives (attention, mémoire, inhibition, planification, flexibilité mentale).

Tout au long de la vie, le cerveau est en perpétuelle modification et réorganisation. Il est donc très sensible à nos expériences, à nos choix de vie et à nos apprentissages.

La méditation a la faculté de modifier le cerveau dans son organisation structurelle et dans son fonctionnement, ce qui a été démontré par les techniques de neuro-imageries. Nous aborderons ces études ci-dessous. D'un point de vue paramédical, cela constitue aussi l'un des fondements de la psychomotricité : la rééducation (stimulation, entraînement, renforcements, enrichissement du milieu, interaction etc.) a des impact sur le cerveau et son fonctionnement.

2) Études et résultats de l'analyse du fonctionnement cérébral des grands pratiquants

Les études par IRM des grands pratiquants tels que Matthieu Ricard ont permis de démontrer que la pratique de la pleine conscience améliore l'attention. Le cortex cingulaire antérieur est la région associée à l'attention dans laquelle des changements d'activité et/ou de structure en réponse à la méditation de pleine conscience sont le plus régulièrement rapportés (Yi-Yuan Tang, Britta K. Hölzel & Michael Posner, 2015).

La pratique de la pleine conscience améliore également la régulation émotionnelle et réduit considérablement le stress et son impact. Les réseaux fronto-limbiques impliqués dans ces processus montrent différents modèles d'engagement par la méditation de pleine conscience (Yi-Yuan Tang, Britta K. Hölzel & Michael Posner, 2015).

La pratique de la méditation a également le potentiel d'affecter le traitement autoréférentiel et d'améliorer la conscience du moment présent. Les réseaux du mode par défaut - y compris le cortex préfrontal médian et le cortex cingulaire postérieur, qui soutiennent la conscience de soi pourraient être modifiés après un entraînement à la pleine conscience (Yi-Yuan Tang, Britta K. Hölzel & Michael Posner, 2015). D'autres études indiquent également une augmentation des activités cérébrales dans des régions associées à la régulation émotionnelle et au contrôle attentionnel (Chiesa, Serretti, 2010 et Rubia, 2009).

Enfin, des études de neuro-imagerie structurelle ont mis en évidence une augmentation de l'épaisseur corticale des régions corticales liées à l'intéroception et à l'attention chez des pratiquants de longue date (Hölzel et al, 2008) mais également chez des sujets débutants après 8 semaines de suivi du programme MBSR (Hölzel et al, 2011).

3) Aires cérébrales impliquées et corrélées aux bénéfices de la pratique

On avait déjà pu établir le fait que la méditation augmentait la résistance à la douleur. Récemment, une étude de l'Université de Montréal a pu démontrer que cette capacité était liée à un épaissement du cortex cingulaire antérieur ainsi que du cortex somatosensoriel, zones impliquées dans la perception de la douleur (Joshua Grant, 2010).

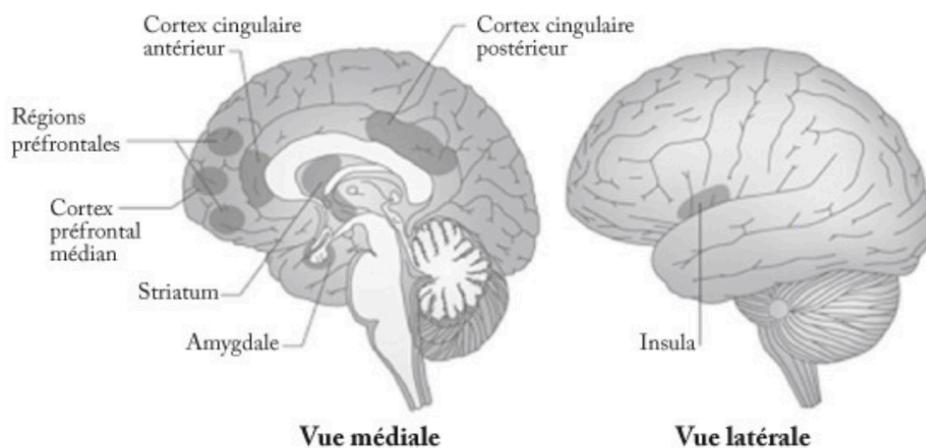


Figure 3 : zones cérébrales impliquées dans la pratique de la méditation de pleine conscience

La pratique de la méditation impacte les zones cérébrales suivantes :

- **Cortex préfrontal gauche** : associé aux émotions positives qui sont accrues chez le pratiquant.
- **Cortex cingulaire antérieur** : impliqué dans la perception des sensations corporelles et notamment de la douleur dont l'impact est réduit chez le pratiquant en raison d'une meilleure gestion des sensations légèrement douloureuses.
- **Cortex frontal**
- **Cortex pariétal**
- **Insula** : zone cérébrale impliquée dans l'intéroception, la perception des sensations internes.

Les zones citées ci-dessus voient leur activité accrue. En revanche, on constate en parallèle une diminution de l'activation cérébrale suivantes :

- **Aire de Broca**
- **Aire de Wernicke**

L'activité électrique cérébrale est également modifiée par la pratique de la pleine conscience. Ainsi, on relève à l'EEG une augmentation significative de l'activation des bandes liées aux ondes alpha, corrélées à un état de relaxation ainsi qu'à une diminution des processus cognitifs. En parallèle, on constate une augmentation des bandes d'ondes thêta à basse fréquence associées à une attention accrue aux événements internes (Cahn, Polich, 2006).

Le neuroscientifique Antoine Lutz de l'Université de Madison, quant à lui, met en évidence une augmentation des rythmes gamma associés aux processus attentionnels conscients dans le cortex préfrontal gauche, zones associées aux émotions positives chez les sujets pratiquant la méditation de manière régulière.

La méditation entraîne une activation cérébrale plus intense des aires paralimbiques, liées au système nerveux autonome/automatique et à l'interoception ou perception des sensations corporelles (Christophe André, 2021). On constate aussi une plus forte activation des zones frontopariétales et frontolimbiques liées aux capacités attentionnelles (Katya Rubia, 2009). Les aires cérébrales liées à l'anxiété sont moins actives chez les méditants expérimentés que chez les novices (Christophe André, 2021).

Il est établi que la méditation confère une amélioration des capacités de modulations émotionnelle. Les études ont pu permettre une cartographie des voies neurologiques en partie impliquées dans ce processus chez des pratiquants novices entraînés durant 8 semaines.

On a volontairement induit chez ses participants des émotions de tristesse qui ont pu mettre en évidence une plus faible activation des aires liées au langage (aire de Broca et de Wernicke) et une plus forte activité des zones associées à la sensibilité intéroceptive (Williams et al, 2006). L'impact de la tristesse est plus réduit chez les méditants que chez les non méditants car le traitement de l'émotion s'applique par une acceptation au niveau corporel et moins par un traitement cognitif, verbal et rationnel.

En somme, les méditants acceptent plus ou moins consciemment de d'éprouver physiquement de la tristesse sans chercher trop hâtivement à la résoudre mentalement. Ils s'y confrontent corporellement et expérimentalement parlant et l'analysent moins au niveau cognitif, ils sont donc moins sujets à des ruminations stériles source de souffrance psychique et d'entretien de l'émotion négative.

IV. Les protocoles thérapeutiques

1) MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction

Le programme Mindfulness-Based Stress Reduction a été créé par le fameux Jon Kabat-Zin en 1979 au sein de la Faculté de Médecine du Massachussets. Il est inspiré à la fois des traditions méditatives orientales (pratique bouddhiste du Vissapana et Yoga) et de la science occidentale (médecine et psychologie). Il s'agit d'une approche éducative, visant par apprentissage expérientiel à développer des capacités de réponses efficaces face au stress, à la douleur et à la maladie en incitant les patients à se relier à leurs ressources internes (capacités de *résilience*). Le but est de permettre aux sujets d'identifier et reconnaître leurs réactions automatiques lorsqu'ils se heurtent à des difficultés et de les inciter à adopter une attitude d'acceptation et de non jugement vis-à-vis de l'ensemble de leurs expériences. Ces expériences incluent les sensations, pensées, émotions ou comportements engendrant des difficultés ou des conflits. Ce programme est basé sur un entraînement intensif à la méditation de Pleine Conscience et sur son intégration à la vie quotidienne.

Le MBSR est un programme préventif bien qu'il possède des effets thérapeutiques validés scientifiquement et reconnus par la communauté médicale internationale. Il vise à améliorer la qualité de vie et constitue un outil thérapeutique face à de nombreux troubles tel que le stress, le stress post-traumatique, l'anxiété, l'insomnie, la douleur, les maladies chroniques ou encore la dépression (Adam, 2016 ; Vanhuffel, Rey, Lambert, Fonseca, 2018). Son efficacité est également démontrée face aux problématiques addictives. Il se compose de 8 séances collectives hebdomadaires de 2h30 et d'une journée de pratique intensive. L'engagement que cela demande au sujet est assez conséquent mais les bénéfices sont nombreux avec notamment l'accès à la prise de conscience du fonctionnement de l'esprit et des émotions, la mise en évidence des patterns comportementaux (pilote automatique) et le développement progressif de

stratégies d'adaptation efficaces pour le sujet et les difficultés auxquelles il est confronté dans son environnement. Le programme MBSR a pour intérêts thérapeutiques la réduction du stress et des symptômes anxio-dépressifs (Berghmans, Tarquinio, Kretsch, 2010).

Une méta-analyse (Khoury, Sharma, Rush, Fournier, 2015) a prouvé l'efficacité du programme MBSR sur la réduction du stress. Or, le stress peut nuire à la santé physique et mentale et peut intervenir dans les facteurs de risques de rechute chez le patient alcoolodépendant. Cette étude a rapporté des résultats significatifs de réduction de stress chez des populations cliniques et non cliniques, y compris des patients atteints de cancer, des étudiants et des professionnels de santé (Chiesa, 2015). On observe une réduction de stress chez les patients ayant suivi le programme MBSR comparativement aux témoins sans traitement (Khoury, Sharma, Rush, Fournier, 2015). Une revue systématique qualitative a également examiné les effets du MBSR sur la gestion du stress dans les populations cliniques et non cliniques dans 17 essais effectués entre janvier 2009 et 2014. Les résultats suggèrent des effets positifs sur les mesures psychologiques et physiologiques du stress. Le programme MBSR standard a également montré des résultats supérieures sur la réduction du stress comparativement au programme abrégé basés sur les mêmes principes (Khoury, Sharma, Rush, Fournier, 2015). Cela confirme l'importance de la régularité et de l'intensité de la pratique.

Les résultats soulignent une réduction importante du stress dans 15 études intra-groupes et 9 études inter-groupes (Khoury, Sharma, Rush, Fournier, 2015). Les résultats des études cognitives et comportementales suggèrent également que les patients ayant suivi une TCC en parallèle ont un taux d'engagement plus élevé dans les programmes incluant la pratique de la pleine conscience, tels que le MBSR. Cela souligne l'importance de la thérapie cognitive associée à la pratique de la pleine conscience et de l'aspect psychoéducatif de la prise en charge basée sur le mindfulness. Ainsi, Sedlmeier a suggéré le rôle important d'autres facteurs dans l'efficacité du MBSR, à savoir la psychoéducation et les attentes des participants vis-à-vis des bénéfices de la pratique (immédiateté, aversion du délai). En diminuant l'apparition et l'impact de stress, le programme MBSR a également montré une diminution de la détresse psychologique vis-à-vis d'une population de professionnels de santé (Span J Psychol, 2010). Le MBSR permet une amélioration du bien-être psychologique corrélée à la réduction du stress par la pratique de la méditation de pleine conscience (Singleton, Holzel, Vangel M, Brach, Carmody, Lazar SW, 2014). Des effets semblables sont démontrés par bishop et Shapiro en 2005 auprès d'une population de professionnels de santé ayant également suivant le MBSR.

Or, le stress est un facteur de risque prédictif de rechute au sein de l'alcoolodépendance (Y Le Strat, C Dubertret, 2012 ; Dematteis, Pennel, 2018). Ainsi, le mindfulness a un intérêt thérapeutique dans la prise en charge de l'alcoolodépendance et une efficacité dans la réduction des facteurs de risque de rechute.

2) MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy

Le programme Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience) a été développé par Zindel Segal, psychologue cognitif spécialiste de la dépression, John Teasdale, scientifique cognitiviste et Mark Williams, professeur de psychologie clinique et chercheur en psychiatrie au début des années 2000. Il s'agit d'une adaptation du programme MBSR auquel ont été intégrés des éléments de thérapie cognitive et comportementale dans le but de prévenir la rechute dépressive. Ce programme est donc spécifique aux personnes souffrant de dépressions répétées. Les trois fondateurs de ce programme ont démontré qu'il existait une forte réactivité cognitive chez les personnes dépressives et que celle-ci expliquait les phénomènes de rechutes de plus en plus rapprochés après chaque épisode. Ils ont prouvé que la Pleine Conscience était un outil thérapeutique permettant à ces patients de se distancier des pensées négatives et ainsi d'interrompre ou minimiser les processus de ruminations à l'origine de la souffrance psychique (Frostadottir, Dorjee, 2019).

Chez ces patients, la non acceptation des états émotionnels douloureux et la mise en place de stratégies inefficaces pour les éliminer conduisent à l'augmentation des ruminations dépressives (Association pour le Développement de la Mindfulness). Cela induit un épuisement psychique et un sentiment d'échec qui contribuent à la mauvaise estime qu'à l'individu de lui-même. Ainsi, ce programme incite les patients à développer des qualités d'acceptation et à prendre conscience des schémas et patterns comportementaux (*notion de pilote automatique qui sera développé plus tard*) inefficaces et récurrents qui engendrent la rechute dépressive. Il s'agit de l'association de la pratique de la méditation, de la pédagogie et psychoéducation concernant la pathologie dépressive et de la mise en place de stratégies concrètes lors de

l'apparition des signes avant-coureurs de la dépression: les *prodromes* (symptômes précurseurs de la survenue de la pathologie).

Cette prise en charge a pour objectif la réduction des symptômes de la dépression, la prévention de la rechute dépressive avec évitement des futurs épisodes dépressifs et la perception des pensées négatives sans identification de l'individu à ces dernières. Elle ne remplace pas la psychothérapie et le traitement médicamenteux mais s'associe à eux en constituant un allié de taille. On observe des bénéfices dans la prévention des rechutes chez les patients ayant présenté des épisodes dépressifs. Ainsi, une étude de John Teasdale, psychologue cognitiviste de l'Université d'Oxford, a révélé que les rechutes sont moins fréquentes chez ces patients durant les périodes de suivi incluant la pratique de la pleine conscience et lorsqu'elles ont lieu, elles se produisent plus tardivement (John Teasdale, 2000).

La méta-analyse (Strub, Tarquinio, 2012), met en évidence la corrélation entre la vulnérabilité chronique induite par la dépression et les récurrences et rechutes dépressives. Elle établit également l'importance de la conformité de l'exécution des tâches (pratiques méditatives) à domicile et l'utilité clinique de la mise par écrit du vécu expérientiel de la pleine conscience par le sujet. En effet, cette mise par écrit a un avantage de par l'activité autoréflexive et l'observation de soi qu'elle induit, ainsi qu'un avantage pour le thérapeute qui peut alors s'assurer de l'acquisition progressive des compétences par le patient (Strub, Tarquinio, 2012).

Or, le programme MBRP, dédié à la prévention de la rechute face aux addictions, implique également des travaux écrits descriptifs des vécus expérientiels ainsi que des pratiques méditatives à domicile.

La méta-analyse de Strub et Tarquinio (2012), a dressé un inventaire portant sur huit catégories de troubles psychiques. Vingt-quatre études considéraient les effets du MBCT sur les troubles de l'humeur, dont vingt portant sur la dépression seule, une portant sur la dépression en comorbidité d'un ou de plusieurs troubles associés, et trois portant sur l'efficacité du MBCT vis-à-vis de patients bipolaires. En parallèle, quatre études se sont penchées sur l'efficacité du MBCT sur les patients atteints de troubles anxieux et phobiques, une s'est intéressée aux troubles du sommeil, une a concerné les troubles somatoformes et une a concerné les troubles des conduites et du comportement chez l'enfant et l'adolescent. Enfin, deux études ont examiné l'impact de la mise en place du programme MBCT vis-à-vis de patients cancéreux et de l'intérêt de la pleine conscience sur la réduction de leurs troubles psychiques.

Les résultats de cette méta-analyse indiquent valide l'intérêt d'une prise en charge MBCT à la fois pour la prise en charge de la dépression mais également pour tous les autres troubles psychiques mentionnés ci-dessus (Strub, Tarquinio, 2012). Les résultats établissent la validité du réel potentiel du MBCT dans la prise en charge de la dépression majeure en tant qu'outil adjuvant aux traitements conventionnels par antidépresseurs avec une réduction de risques de rechutes dépressives chez les patients présentant au moins trois épisodes dépressifs antérieurs (Strub, Tarquinio, 2012) ainsi qu'une diminution du taux de rechute après un an pour deux groupes observés (Chiesa, Serreti, 2011). Par ailleurs, cette méta-analyse démontre l'efficacité de la pratique de la méditation de pleine conscience sur la réduction de symptômes dépressifs mais aussi sur la réduction des ruminations et du « désaccord entre le soi réel et le soi idéal » (l'un des principes fondateurs de la pratique méditative étant l'acceptation et l'observation non-jugeante de soi).

Or, les symptômes dépressifs, l'apsochgnosie, les ruminations et pensées négatives ainsi que la dissonance cognitive sont des facteurs de risques de rechute dans l'alcoolodépendance. La méditation de pleine conscience a donc un intérêt thérapeutique également au niveau de la réduction des symptômes dépressifs et des phénomènes de ruminations, impliqués dans les phénomènes de dépendances addictives.

3) DBT : Dialectical Therapy

La thérapie comportementale dialectique est une technique de psychothérapie développée par Marsha M. Linehan, chercheuse en psychologie à l'Université de Washington, pour traiter les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité borderline. La méditation est introduite dans ce protocole. Marsha Linehan considère que la méditation permet un processus de décentration (prise de recul par rapport au pilote automatique, aux pensées, aux émotions et focalisation sur les sensations corporelles) qui arme le patient de nouvelles compétences psychosociales en lui offrant un choix de réponse face à l'émergence d'évènement émotionnel (S, Tarquinio, 2012). La pratique de la méditation de pleine conscience change le rapport du patient à ses émotions négatives.

Or, dans l'alcoolodépendance, la survenue d'émotions négatives et l'altération de leur gestion due à l'alexithymie et à l'apsychognosie, accentue le risque de rechute dans la dépendance. Ainsi, les processus de décentration apportés par la pratique de la méditation de pleine conscience ont un intérêt et une efficacité dans la prise en charge du sujet alcoolodépendant. L'alexithymie et l'apsychognosie du sujet alcoolodépendant sont également en lien avec l'inefficacité des stratégies de coping, induisant la rechute (Décamps, Scroccaro, Battaglia, 2009).

Ainsi, une méta-analyse (Patrick, Panos, Jackson, Hasan, 2013) portant sur cinq essais randomisés a examiné l'efficacité de la DBT et a identifié la réduction des tentatives de suicides, des comportements parasuicidaires ainsi que la réduction des symptômes dépressifs chez des patients adultes borderlines ayant suivi la *Dialectical Behavior Therapy*.

4) ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement

C'est une TCC visant à améliorer la flexibilité psychologique (capacité d'être en contact avec ses émotions et pensées en étant capable de les adapter selon ses objectifs). Ex : accepter l'anxiété puisque rechercher l'évitement de cette émotion peut conduire à l'échec de la poursuite des valeurs et des buts de l'individu. Pour développer la flexibilité, l'ACT vise le développement d'habiletés pour faire face aux pensées et sentiments négatifs = habiletés dites de pleine conscience (mindfulness). Pour favoriser cet état d'attention et d'ouverture à l'expérience du moment présent, la méditation est utilisée comme outil dans cette thérapie. Psychothérapie de troisième vague appartenant à la troisième vague de TCC (Thérapie Comportementales et Cognitives), mise au point par Steven Hayes (professeur et psychologue clinicien américain). L'ACT associe des techniques de pleine conscience à l'activation comportementale et à l'analyse du langage et de la cognition (Neveu, Dionne, 2010).

Cette méthode est caractérisée par six processus principaux :

- **Le contact avec le moment présent** : être psychologiquement présent, avoir conscience de « l'ici et maintenant » avec ouverture, intérêt et réceptivité.
- **La défusion cognitive** : apprendre à prendre du recul et à se détacher des pensées, inquiétudes et ruminations nuisant à l'épanouissement et au développement de l'individu.
- **L'acceptation** : capacité de se confronter aux pensées et émotions négatives sans chercher à les éviter et en les empêchant de submerger l'individu. Objectif visant à accroître les capacités d'accueil inconditionnel des pensées, émotions et autres phénomènes à connotation désagréable.
- **L'observation de soi** : capacité d'être observateur de soi et de ses pensées sans s'y identifier, en distinguant le « soi observateur » du « soi pensant ».
- **L'identification de ses propres valeurs** : découvrir, par l'introspection et l'observation non jugeante de soi, les valeurs qui sont indispensables à l'individu afin de parvenir à un mieux-être.
- **L'action engagée** : conduire l'individu à se fixer des objectifs en fonction de ses valeurs et mettre en place des stratégies efficaces de responsabilisation pour les atteindre.

La méta-analyse (Powers, Vörding, Emmelkamp, 2009) ayant examiné 18 études avec essai contrôlé randomisé, comptabilisant 917 patients au total, révèle que l'ACT est significativement efficace dans le traitement des symptômes psychotiques, du stress, de la douleur chronique, de la personnalité limite et de la toxicomanie comparativement aux groupes contrôles (Neveu, Dionne, 2010).

5) MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention

La Prévention de la rechute basée sur le pleine conscience (Mindfulness-Based Relapse Prevention) est un programme intégrant la pratique de la méditation de pleine conscience et la prévention de la rechute traditionnelle (PR). La prévention de la rechute traditionnelle est une intervention cognitivo-comportementale créée pour prévenir ou gérer la rechute chez les patients possédant un traitement pour comportements addictifs. Ce programme est postcure ambulatoire et permet d'accompagner les progrès acquis lors du traitement et du suivi de cure que nous

développerons plus tard avec l'exemple d'une *clinique l'alcoologie*. Il permet aux patients de développer des stratégies cliniques notamment face au *cravings*. Ce programme est inspiré et basé sur les travaux de Jon Kabat-Zin et de ses collègues du Centre pour la pleine conscience dans le domaine de la santé en médecine et de l'école de Médecine de l'Université du Massachusetts. Il est composé de huit séances collectives. Nous développerons les études et méta-analyse lié à ce programme en dernière partie.

PARTIE II : LES ADDICTIONS

I. L'addiction

1) Définition

Le psychiatre anglais Aviel Goodman définit l'addiction : « processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (1990). Voici les critères qu'il établit :

- Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.
 - Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.
 - Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.
 - Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.
 - Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiales ou sociales.
 - Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.
 - Perpétuation du comportement bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
 - Tolérance marquée : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.
 - Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.
- Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois et ses sont répétés pendant une période plus longue.

Le DSM (Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association de psychiatrie Américaine) et la CIM (Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé) sont les deux plus importantes classifications internationales des troubles mentaux. Elles élaborent les critères diagnostiques face aux addictions. On retrouve deux types d'addictions : les addictions liées à un produit (drogue, substance) et les addictions comportementales (addiction au jeu, cyberaddiction, addiction au sexe, addiction au travail ou *workaholism*, addiction au sport ou bigorexie, les achats compulsifs et les troubles des conduites alimentaires).

Le terme « drogue » est ainsi défini : « toutes substances chimiques qui peuvent modifier le fonctionnement du cerveau et provoquer ainsi des modifications psychiques et comportementales (Morel, Couteron, 2008). Ainsi, malgré l'existence d'addictions comportementales, nous nous focaliserons sur les addictions aux substances et plus spécifiquement sur l'alcoolodépendance.

2) Les substances psychoactives

Le DSM-V définit les troubles liés à une substance selon 10 classes séparées de drogues : alcool, caféine, hallucinogènes, substances inhalées, opiacés, sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, stimulants, tabac et substances autres ou inconnues. Toutes ces substances, prises en excès, ont en commun une activation directe du système cérébral de récompense qui est impliqué dans le renforcement des comportements et la production de souvenirs.

Ces substances induisent une activation si intense du système de récompense que certaines activités habituelles peuvent s'en trouver négligées.

Les substances psychoactives agissent sur le psychisme en modifiant les perceptions, les sensations, les cognitions et le comportement des sujets. Il existe trois types de substances psychoactives, dont les psycholeptiques incluant l'alcool, sur lesquels nous nous focaliserons (Morel, Couteron, Fouilland, 2015) :

- **Les psychoanaleptiques ou « stimulants »** : Les psychoanaleptiques ou stimulants vont au contraire augmenter et accélérer l'activité du système nerveux central, engendrant alors une excitation physique et psychique. Dans cette catégorie, on retrouve la nicotine, la caféine, la théine, la cocaïne, les amphétamines (speed, ecstasy, MDEA et MDA, ritaline etc.), les méthamphétamines, les antidépresseurs, le poppers etc. Généralement, ces substances diminuent la sensation de faim et de fatigue et donnent une impression de gain d'énergie en et en capacité. A haute dose ou à consommation répétées, elles peuvent provoquer des troubles cardio-vasculaires et engendrer un épuisement (fatigue intense et humeur dépressive) lors de la récupération.

- **Les psycholeptiques ou « perturbateurs »** : Cette dernière catégorie regroupe les substances perturbant l'activité cérébrale, particulièrement au niveau des fonctions perceptives (perturbations des perceptions temporo-spatiales, hallucinations). On y retrouve le cannabis (THC) et les hallucinogènes (ex : LSD).

- **Les psycholeptiques ou « dépresseurs »** : Les psycholeptiques sont des substances ayant pour principale action une sédation et une diminution de l'activité cérébrale (sédation et analgésie). Dans cette catégorie on trouve les opiacés (ex : opium, morphine, codéine, héroïne, méthadone, buprénorphine etc.), les tranquillisants (benzodiazépines, barbituriques), les solvants volatils (éther etc.), les anesthésiants (GHB, kétamine etc.) ainsi que l'alcool (éthanol).

Au sein de l'encéphale, les substances psychoactives agissent en mimant les effets des neurotransmetteurs endogènes au niveau synaptique. En effet, la fente synaptique est, dans notre organisme, le lieu d'interaction entre les neurones. Ces derniers communiquent par le biais de messages neuronaux de nature chimique. L'axone d'une neurone présynaptique libère un messenger chimique dans la fente synaptique, appelé neurotransmetteur, à destination d'un neurone post-synaptique. Les substances psychoactives, qui miment ces neurotransmetteurs endogènes interviennent alors de diverses manières en bloquant une fonction ou en altérant les processus de stockage, de libération et d'élimination des neurotransmetteurs ou encore en empêchant la recapture des neurotransmetteurs, provoquant ainsi une prolongation des effets qui sont alors amplifiés.

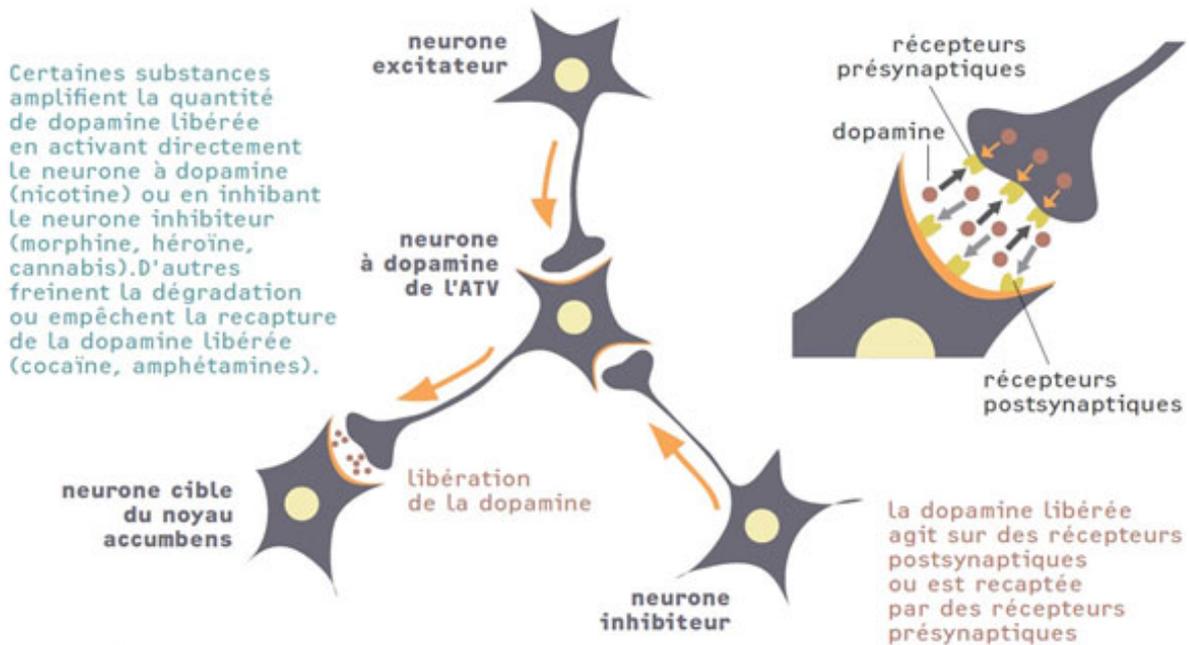


Figure 4 : transmissions synaptiques et neurotransmetteurs

3) La dépendance

La CIM-10 définit la dépendance comme « l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit) » (OMS).

Les critères diagnostiques de la dépendance établis par le DSM-IV sont les suivants :

- La substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu.
- Incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter.
- Apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage.

- Existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant.
- Beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets.
- Réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance.
- Persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.

Les substances psychoactives possèdent chacune des propriétés et des spécificités mais ont pour point commun le fait d'agir sur la voie dopaminergique mésolimbique, située au niveau de l'aire tegmentale ventrale et du noyau accumbens. Sont impliquées dans la consommation de substances psychoactives les régions cérébrales suivantes (Morel, Couteron, Fouilland, 2015) :

- **Aire tegmentale ventrale (ATV)** : Située dans le tronc cérébral, est informée en permanence du niveau de satisfaction des besoins fondamentaux. Elle contient les neurones dopaminergiques. Lorsque ces derniers sont stimulés par une activité ou une substance psychoactive, cela entraîne une augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens et le cortex préfrontal.
- **Noyau accumbens** : il transmet l'information dans des régions cérébrales impliquées dans l'évaluation de la valeur émotionnelle d'un événement : l'amygdale, la mémorisation de souvenirs liés à une expérience (l'hippocampe) et la recherche de plaisir (l'insula).
- **Cortex préfrontal** : il est impliqué dans le jugement, la motivation, la prise de décision, la planification, la mise en œuvre de comportements adaptés au contexte et aux situations. Il est fortement impliqué dans l'addiction, les facteurs de vulnérabilité et constitue le siège des fonctions exécutives.
- **Hippocampe** : zone cérébrale impliquée dans la mémorisation des sensations agréables.
- **Amygdale** : zone cérébrale impliquée dans la connotation émotionnelle des expériences, en leur attribuant un caractère plaisant ou non.

- **Hypothalamus** : zone cérébrale impliquée dans le genèse des comportements de répétition notamment lorsqu'il s'agit de finalités agréables.

Les théories et modèles explicatifs de l'addiction sont les suivants :

- Loi de l'effet (Thorndike, 1898)
- Théorie de la récompense
- Théorie des renforcements
- Théorie du conditionnement (Pavlov, 1903)
- Théorie de l'habituation

Le système de récompense :

Le système de récompense ou système hédonique est un circuit dopaminergique encéphalique. L'activation de ce système aboutit à la libération de dopamine, neurotransmetteur chimique endogène lié au plaisir. Cette libération synaptique de dopamine engendre la mémorisation du stimulus agréable l'ayant déclenchée. Cette mémorisation incite à la répétition du comportement nous ayant procuré du plaisir. Il s'agit de renforcement positif.

La trace mnésique issue du stimulus agréable et du plaisir qu'il a procuré aboutit à un conditionnement. En effet, le sujet consommateur voit son seuil de sensibilité au produit modifié en lien avec l'implication du système de récompense et du déséquilibre neurobiologique et homéostatique induit par l'excès de la substance. Ainsi, le même stimulus ne produit plus le même effet et le consommateur augmente les doses consommées pour obtenir un effet similaire aux prises précédentes. Un cercle vicieux d'habituation, de conditionnement et de renforcement du comportement s'installe alors jusqu'à conduire à la dépendance.

Le système de récompense

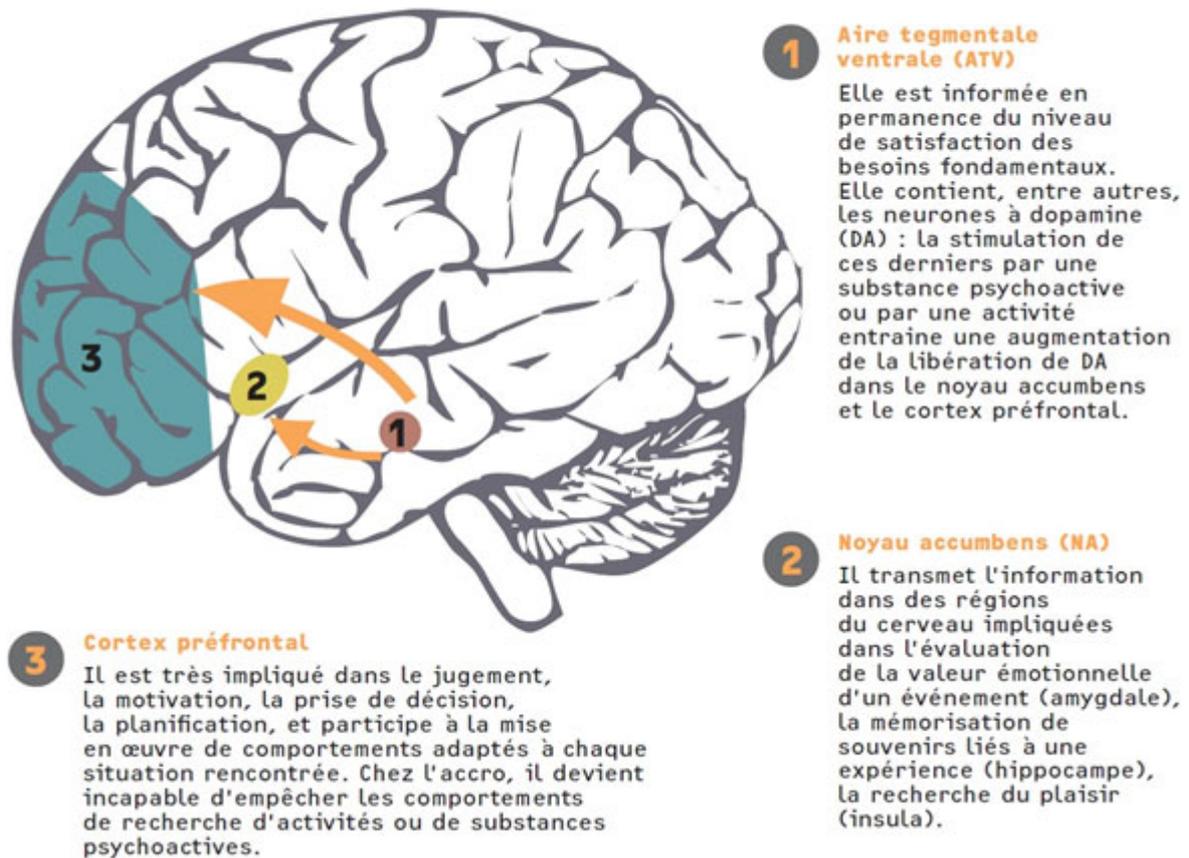


Figure 5 : le système de récompense

La notion d'homéostasie correspond au maintien d'un équilibre physiologique au sein de l'organisme qui s'autorégule. Lors de la consommation de drogue, cet équilibre est modifié par l'apport de substances psychoactives. Le corps s'habitue au produit dont il devient dépendant. Cela explique les *cravings*, désirs compulsifs de consommer dus à la modification physiologique et à l'attache psychique du sujet au produit. Cela explique aussi la phase difficile de sevrage et le *syndrome de sevrage* au cours duquel de nombreuses manifestations somatiques ont lieu en raison de la réadaptation de l'organisme face à la privation du produit auquel il était accoutumé (Morel, Couteron, Fouilland, 2015).

II. L'addiction à l'alcool

1) Définition

L'addiction à l'alcool est ainsi définie par Pierre Fouquet, médecin français et grand protagoniste du développement de l'alcoologie et de sa compréhension clinique : « perte de liberté de s'abstenir de boire » (1913). L'alcoolodépendance possède une forte prévalence et constitue une problématique de santé publique.

L'alcool est un toxique pour le cerveau. Il altère le fonctionnement cognitif de l'individu, et donc son adaptation environnementale, par plusieurs mécanismes qu'il induit tels que la modification de la plasticité des membranes neuronales, l'inhibition de la libération des neurotransmetteurs ainsi que la réduction de la neurogénèse. L'alcool (éthanol) et son métabolite : l'acétaldéhyde, induisent des pertes neuronales par nécrose et apoptose via des mécanismes de neurotoxicité (Vabret, Paille, Dematteis, 2016). L'alcool induit donc des troubles cognitifs, métacognitifs, attentionnels et exécutifs notamment qui compromettent les capacités d'adaptation et de résilience du sujet. L'alcool altère également la capacité de perception de ses propres émotions ainsi que la distinction des sensations corporelles (Taieb, Corcos, Loas, Speranza, 2002 ; Richard, 2016). Ces nombreuses altérations peuvent être globalement regroupées sous les caractéristiques suivantes.

2) Les caractéristiques de la maladie alcoolique et notion des « 7 A »

La maladie alcoolique peut également se caractériser par un ensemble de troubles induits par la consommation d'alcool distincts et objectivables. Ces troubles sont au nombre de sept et constitue un ensemble que nous nommerons « les sept A » :

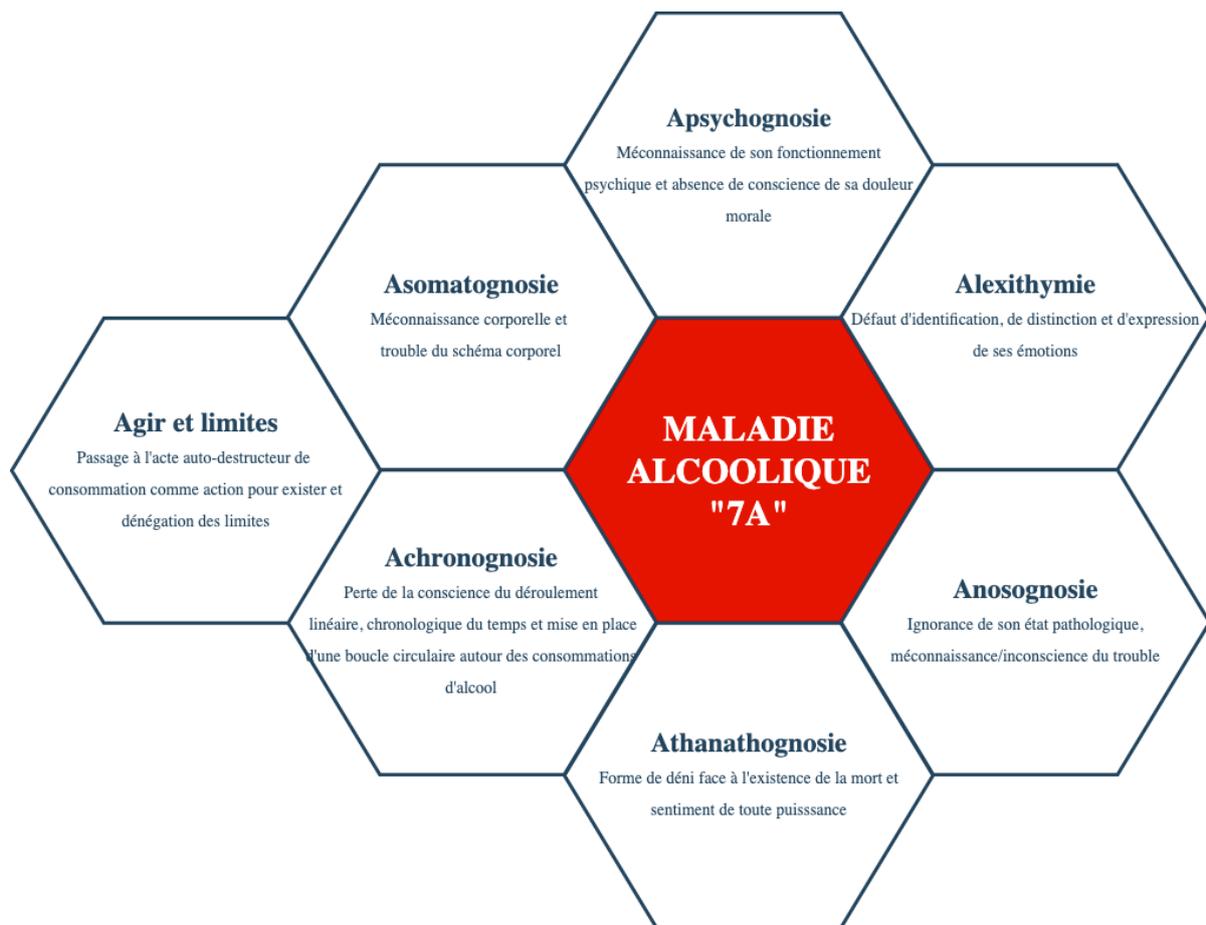


Figure 5 : Les « 7 A » de la maladie alcoolique

Apsychognosie :

L'ap psychognosie se caractérise par la méconnaissance de son fonctionnement psychique et de l'absence de conscience de sa douleur morale. Il s'agit d'un trouble qui possède plusieurs impacts tels que la diminution de la qualité des relations sociales, la présence de troubles mnésiques ainsi qu'une altération de la vigilance.

On observe également une perte des capacités d'introspection, du sens critique et autocritique, un déni des conséquences de ses alcoolisations par le sujet, l'établissement d'une pensée de type « opératoire » (Marty, 1990) caractérisée par une expression factuelle (Descombey, 1985) et une absence d'impact émotionnel, affectif ou psychologique. Enfin, on observe la mise en place d'un discours normatif qui tend à minimiser la situation problématique : « je bois comme tout le monde ».

Pierre Fouquet définit l'apsychognosie en 1963. Il précise qu'il s'agit d'un état psychopathologique à la fois très fréquent et cliniquement peu apparent, donc d'un trouble discret caractérisé par des altérations fines mais omniprésentes du fonctionnement psychologique. Il donne désigne le néologisme de l'apsychognosie comme un « état psychopathologique spécifique résultant de l'action lytique de l'alcool sur le cerveau. Cette organisation psychique spéciale s'installe lentement à l'insu de l'individu qui ne peut pas s'en plaindre. Elle est souvent assez discrète pour rester compatible avec une apparence de normalité. Elle évolue lentement sur un mode mineur et, pour tout dire, infraclinique ».

On constate également un faible insight au sens de défaut de vision introspective (Derouesné, 2009). Le sujet alcoolique est en difficulté avec la verbalisation de son ressenti psychique. Le déni est sous-tendu par des éléments tels que les mécanismes de défenses, de minimisation, de rationalisation, d'évitement et d'occultation de la réalité (Lonescu, Jacquet et Lhote, 2012). Il y a une ignorance de l'anxiété et/ou de la dépression, fortement corrélée à l'alcoolodépendance (Lejoyeux, Cardot, 2001).

Or, la méditation de pleine conscience constitue à porter une attention focalisée sur les événements internes tels que les pensées et les émotions (Christophe André, 2021). Par l'observation de soi, le sujet va améliorer la connaissance de son fonctionnement psychique. Il s'agit de prendre conscience de ses ressentis, de s'écouter et de prendre conscience de ses états internes. Les pensées sont observées, considérées et ce sans jugement.

De plus, les protocoles de mindfulness sous forme de pratique de groupe confrontent le patient à des individus possédant les mêmes problématiques que lui. Une psychoéducation est élaborée autour de l'alcoolodépendance et de la prévention des rechutes (MBRP). Les échanges de groupes et les écrits de vécus expérimentiels relatifs aux pratiques méditatives à domicile permettent une amélioration de la conscience de soi et de la situation du patient (vis-à-vis de ses ressentis, de sa pathologie, de son état émotionnel etc – en lien avec l'alexithymie et l'anosognosie).

Alexithymie :

L'alexithymie est, de manière générale, fortement corrélée aux conduites de dépendances (Loas, 2010) mais on peut également établir un lien entre alexithymie, toxicomanie et aussi avec la dépression (Farges, Corcos, Speranza, Loas, Perez-Diaz, Venisse, Jeanmmet, 2004). Il s'agit de l'incapacité à exprimer verbalement ses émotions ou ressentis. Ce trouble induit une limitation de la vie imaginaire, une tendance à recourir à l'action pour éviter ou résoudre les conflits. L'alexithymie est un trouble de la régulation émotionnelle fortement corrélé et étudié dans son lien au dépendances de substances psychoactives. On observe également une défaillance du symbolisme et de la représentation des émotions qui favorise une expression somatique de la douleur morale ainsi qu'une rupture du lien entre corps et esprit.

Ce néologisme a été proposé par Sifneos en 1973 qui le définit comme un déficit de l'affect : « une vie fantasmatique pauvre avec comme résultat une forme de pensée utilitaire, une tendance à utiliser l'action pour éviter les conflits et les situations stressantes, une restriction marquée dans l'expression des émotions et particulièrement une difficulté à trouver les mots pour décrire ses sentiments ». On constate, d'une part, une difficulté du sujet à communiquer ses sentiments à autrui, mais également une incapacité à identifier ses sentiments et à distinguer les sensations corporelles (Celine Jouanne, 2006).

Le sujet alexithymique présente donc des symptômes physiques pouvant être compris comme une tentative d'expression des sentiments que le sujet n'est pas en mesure d'élaborer (Celine Jouanne, 2006). Les plaintes somatiques sont nombreuses car le sujet a peu de capacités imaginatives et élaboratives. L'alexithymie se situe donc entre le déficit émotionnel et le déficit du processus adaptatif de l'individu.

Or, la pratique de la méditation améliore l'intelligence émotionnelle, la régulation émotionnelle chez les patients alexithymiques (El Beze Rimasson, Bouvet, Hamdi, 2018) grâce à l'observation consciente de soi et à la prise de recul selon les trois attitudes fondamentales qui caractérisent la méditation. La régulation émotionnelle est l'un des piliers centraux de la méditation, tout comme l'alexithymie occupe une place prédominante dans l'alcoolodépendance. La méconnaissance de soi et de ses états émotionnels conduit l'individu à consommer dans une recherche d'apaisement et de fuite du vécu émotionnel désagréable. La méditation de pleine conscience a au contraire pour objectif l'observation non jugeante des états émotionnels. L'alexithymie est un facteur de rechute considérable dans l'alcoolodépendance.

L'individu consomme dans l'objectif de s'apaiser et « d'anesthésier » des émotions déplaisantes qu'il souhaite éradiquer et fuir. L'alcool est alors une forme d'automédication destinée à augmenter la tolérance ou à faire oublier des ressentis émotionnels que l'individu ne parvient pas à gérer (Barucq, Chabaud, Larroque, Richard, 2010).

Asomatognosie :

L'asomatognosie est la profonde méconnaissance corporelle et l'absence de représentation psychique articulée et unifiée du corps. Elle induit une absence de limites physiques et psychiques ainsi qu'une rupture du lien entre le corps et l'esprit (Fouquet, 1963). La consommation de substance induit un dysfonctionnements des traitements intéroceptifs et de la perception des sensations corporelles (Islam, Hasan, 2020).

Or, la méditation de pleine conscience permet d'améliorer l'interoception et la perception des sensations corporelles par l'exercice de focalisation attentionnelle sur des stimuli tel que le rythme respiratoire (Christophe André).

L'individu est alors plus apte à identifier les prodromes (Strub, Tarquinio, 2013) évoquant un risque de rechute (sensations corporelles liées au stress, aux émotions négatives constituant des risques de rechutes).

L'exposition au stress et l'anxiété sont étroitement liées à la consommation d'alcool et constituent des facteurs de risques de rechutes (Le Strat, Dubertret, 2012). En effet, le trouble anxieux et l'alcoolodépendance peuvent être comorbides et la consommation de l'alcool peut être effectuée dans un but de soulagement momentanée (Palazzolo, 2007). Ce soulagement constitue une stratégie à court terme, inefficace car elle engendre un apaisement provisoire qui ne permet pas au sujet de se sentir mieux à long terme.

L'anxiété et le stress sont corrélés à des états somatiques et à des manifestations physiologiques spécifiques tels que la tachychardie, les tensions musculaires ou la sudation. L'apprentissage de la reconnaissance de ses états internes de tensions par la méditation de pleine conscience permet la mise en place d'un comportement alternatif à la consommation. La reconnaissance des prodromes est permise par l'amélioration de la connaissance et de la perception des sensations corporelles.

Enfin, les perceptions des sensations corporelles sont altérées. Or, la méditation permet cette amélioration de l'intéroception (Christophe André, 2021) bénéfique à l'ancrage du patient dans le présent (focalisation sur le souffle).

Anosognosie :

Il s'agit du déni de son état pathologique (De Timary, Ogez, Van den Bosch, Starkel et Toussaint, 2007) caractérisé par l'incapacité à faire le lien entre ses alcoolisations et les conséquences sur l'altération de son état physique et psychologique. Pour le consommateur, l'alcool n'est pas le problème mais la solution. Il est en difficulté lorsqu'il se trouve sans alcool face aux relations à autrui, à la relation à lui-même, à la relation au temps, à l'accomplissement des tâches, au passé ainsi qu'à ses objectifs personnels.

L'anosognosie est un trouble particulièrement prononcé chez les sujets alcoolodépendants, également retrouvé sous l'appellation de déni ou de négation (Menecier et al., 2009 et Rotheval et al., 2009). A ce propos, des hypothèses de déficits cognitifs, attentionnelles et exécutifs ont été élaborées (Harwood et al., 2010). En effet, on constate également chez le sujet alcoolodépendant une récurrente présence du trouble apathique, caractérisé par des troubles motivationnels (Hazif, Thomas, 2014). Les troubles exécutifs pourraient être le reflet d'une hypofrontalité rencontrée en grande fréquence en association à des troubles addictifs et spécifiquement vis-à-vis de l'alcool (Danel, Karila, Mézerette, 2007).

La méditation permet de percevoir les dissonances cognitives avec plus de finesse. Le sujet est également accompagné dans la psychoéducation autour des troubles et également autour des notions de déni et de pilote automatique dans les protocoles de mindfulness tels que le MBRP.

Athanatognosie :

L'athanatognosie est une forme de déni face à la conscience de la mort qui place le sujet alcoolique dans un sentiment de « toute puissance » et d'immortalité (Fouet, 1963).

Or, la pratique de la pleine conscience permet de s'ancrer dans l'ici et maintenant (Christophe André, 2021). Le sujet peut alors renouer avec la temporalité en ne refusant pas l'expérience présente.

Achronognosie ou Atemporalité :

L'achronognosie ou atemporalité se caractérise par la perte de conscience du déroulement linéaire et chronologique du temps due à la mise en place d'une boucle circulaire autour de l'alcool. Le sujet, lorsqu'il consomme, associe alors l'alcool à un sentiment de toute puissance lui permettant de se sentir à la fois détendu, optimiste et confiant. Il soigne sa souffrance de manque non pas par l'apport de vécus affectifs, émotionnels et créatifs enrichissants et satisfaisants à long terme mais par une consommation et une avidité d'instantanés répétitifs, perpétuels et prévisibles auxquels il est accoutumé et habitué.

L'amélioration des capacités attentionnelles et des capacités intéroceptives (bénéfique vis-à-vis du déficit dû à l'asomatognosie) sont bénéfiques pour le patient qui peut s'ancrer dans le présent et retrouver un rapport rationnel au temps. La méditation permet un ancrage dans le réel, dans le présent, alors que nous avons tendance à sans cesse nous projeter dans le futur ou ruminer le passé (Christophe André, 2021).

Pour le sujet alcoolodépendant, les préoccupations sont souvent corrélées à l'usage de l'alcool autour, substance autour de laquelle la boucle circulaire et le cercle vicieux chronophage s'élabore (procuration du produit, alcoolisation, temps de récupération etc.). Le fait de ramener la conscience dans le présent réintroduit le patient dans le présent, où il peut agir.

Agir et Limites :

Afin de se sentir exister, l'individu consomme et se sent alors hors de l'emprise du temps et des impératifs. L'inaction constitue un vide intenable que le sujet supprime par un passage à l'acte destructeur en niant les limites.

La méditation permet l'acceptation de l'expérience présente. Le sujet se confronte alors à l'inaction et fait l'expérience du moment présent en observant sans jugements et sans chercher à fuir ou éviter les événements qui surviennent (émotions, sensations corporelles, pensées).

L'ensemble de ces troubles retrouvés dans l'alcoolodépendance peut donc être mis en parallèle avec les bénéfices de la pratique de la pleine conscience qui permet de s'ancrer dans le présent, de prendre du temps pour soi et pour l'observation de soi. La pratique de la pleine conscience

permet une meilleure modulation émotionnelle, une meilleure connaissance de soi et des pensées automatiques ainsi qu'une prise de recul non jugeante vis-à-vis de l'expérience (Cerveau & Psycho, 2021).

Les protocoles de méditation de pleine conscience tels que le MBRP ont pour objectif la psychoéducation des patients autour de l'alcoolodépendance. Ils sont invités à ne pas agir impulsivement, à ne pas réagir mais à observer et à « s'installer » dans le présent. Les actions permanentes qu'ils mettaient en place pour tenter de se soulager psychiquement leur nuisent et c'est par une rééducation de l'attention, de la réflexion avant la prise de décision et du choix de stratégies adaptées (comportements alternatifs à la consommation) que sera permit leur rétablissement. L'omniprésence du pilotage automatique et de son lien avec les impulsions doit être compris par les sujets. Le pilote automatique gouverne en effet beaucoup de nos actions (Christophe André, 2021, ce qui est d'autant plus vrai pour les sujets alcoolodépendants qui perdent le contrôle de leur consommation et de leur actions (Naassila, 2018).

3) Facteurs de risques, comorbidités et troubles associés à l'alcoolodépendance

L'alcoolodépendance est associée à des comorbidités psychiatriques fréquentes telles que la schizophrénie, le trouble bipolaire, la dépression ou encore le trouble anxieux (Cognat-Brageot, Louville, Limosin, 2013).

Il est également associé à des facteurs de risque tels que, justement, le trouble anxieux et la dépression (Carlier et Pull, 2006). L'état de stress post-traumatique, le vécu de traumatismes, est également un facteur de risque de mésusage de l'alcool (Moiras, 2007). En parallèle, l'état de stress post-traumatique peut être une comorbidité induite par l'alcoolodépendance en raison des conduites à risques engendrées par l'addiction, ce qui constitue donc une forme de cercle vicieux autour du traumatisme (Kullack, Laugharne, 2017). La présence d'un trouble de l'usage de l'alcool majore également le risque de comorbidité avec un TDA/H (Lagacé, massé, Plourde, 2020). Les sujets dont le TDA/H est pré-existant sont également plus exposés à des risques d'utilisation abusive et addictive de substances psychoactives et spécifiquement l'alcool (Sala, Romo, Martinotti, Rouillon, Janiri, 2013).

Le stress, l'anxiété, les vécus traumatiques et état post-traumatiques ainsi que les troubles psychiatriques incluant déficits attentionnels (TDA/H), trouble de l'humeur (bipolarité) ou altération du système émotionnel (schizophrénie) sont fortement corrélés à l'alcoolodépendance (Dervaux, Laqueille, 2018 et Cognat-Brageot, Louville, Limosin, 2013).

Enfin, la consommation d'alcool induit des altérations cognitives, perceptives, motrices et psychologiques notamment. Les troubles classiquement retrouvés chez les patients alcoolodépendants sont (Vabret et al., 2013) :

- Troubles exécutifs
- Trouble de la mémoire épisodique et de la mémoire de travail
- Difficultés de traitement des informations visuo-spatiales
- Perturbation de l'équilibre

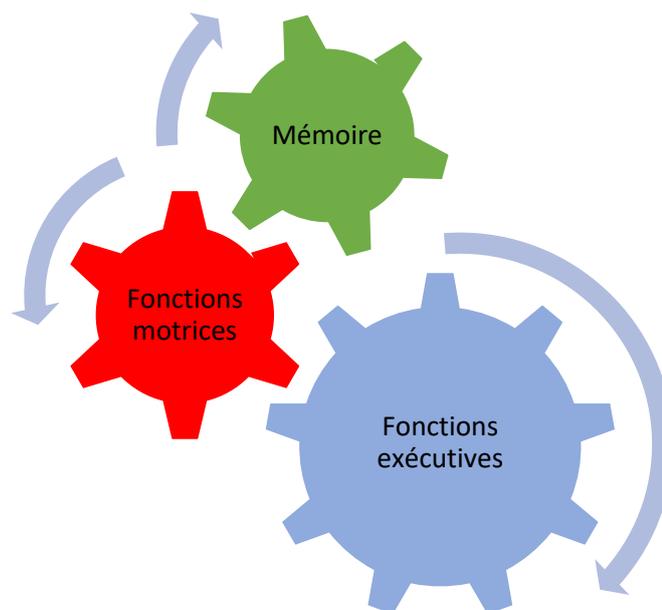


Figure 6 : altérations

Les troubles cognitifs liés à l'alcool sont une conséquence de l'exposition du cerveau à une alcoolisation régulière et/ou excessive. Les altérations cérébrales structurales et fonctionnelles

impactent principalement deux circuits cérébraux : le circuit de Papez et le circuit fronto-cérébelleux (Vabret, Lannuzel, Cabe, Ritz, 2016) :

Ces atteintes engendrent des troubles cognitifs et mnésiques hétérogènes qui sont à l'origine de difficultés concernant le changement de comportement vis-à-vis de la consommation avec une présence de surestimation des capacités de résilience vis-à-vis de l'addiction. On constate donc la présence également de troubles de la métacognition chez les patients alcoolodépendants (Vabret, Beaunieux, 2016). Les troubles neuropsychologiques induits par l'alcoolodépendance sont directement liés à l'origine d'une potentielle rechute. Ils sont des facteurs de risques puisque le sujet alcoolodépendant subit un impact des fonctions exécutives, une altération de la métacognition ainsi qu'un déficit de l'insight : anosognosie (Lalova, 2012 ; Cabé, Laniepece, Boudeent, Pitel, Vabret, 2018). La prise de décision, en lien avec les fonctions exécutives, tout comme les stratégies de coping efficaces sont donc significativement déficientes chez le sujet alcoolodépendant (Vabret, Paille, Dematteis, 2016).

III. La rechute dans l'addiction à l'alcool

1) Définition

La rechute constitue le fait de tomber à nouveau dans l'addiction et la consommation après une période d'abstinence. Comme vu précédemment, elle peut être mise en lien avec les troubles neuropsychologiques et métacognitifs (Vabret, Beaunieux, 2016) induits par la substance (éthanol).

2) Les facteurs de risque de la rechute

Le stress est considéré comme l'un des facteurs prédictifs majeurs de la rechute. La consommation d'alcool peut être assimilée à une forme d'automédication du stress pour le sujet qui ne parvient pas à gérer ses émotions négatives. La capacité de gestion du stress, en revanche, est un facteur protecteur contre la rechute (Besson, Borgeat, 2002).

Le sentiment d'efficacité personnelle intervient également comme facteur prédictif de rechute. Ainsi, un sujet ayant déjà rechuté sera confronté à un sentiment de honte, de culpabilité et

d'inefficacité. Il verra alors son risque de rechute augmenter (Marlatt, 1985). Le style d'attribution des événements (attribution de la réussite/de l'échec d'une situation à soi ou au milieu extérieur) intervient, de même que la dissonance cognitive (évaluée par le biais de la balance décisionnelle lors de l'entretien motivationnel).

D'autres déterminants de la rechute sont la présence ou non de soutien social, de pression sociale, de conflits avec l'environnement ainsi que la nature des attentes vis-à-vis de la substance (ex : forte croyance que le produit va apaiser la souffrance psychique), le niveau de motivation (évaluer et renforcer lors de l'entretien motivationnel) ainsi que la connotation des états émotionnels (Marlatt, 1985). Enfin, les stratégies de coping (capacités de l'individu à faire face à une situation stressante, à la maîtriser et/ou à en diminuer l'impact sur son bien-être physique et psychique – en lien avec les fonctions exécutives chaudes et les capacités de résilience) sont impliquées dans le pronostic de rechute (Marlatt, 1985).

Selon une étude de Décamps, Scroccaro et Battaglia (2007), le maintien de l'abstinence est un comportement qui met en jeu les capacités adaptatives des patients alcooliques. Cette étude menée sur 28 patients alcooliques abstinents a permis de tester les liens entre les stratégies de coping et les expériences de rechute au cours de la prise en charge des patients. Les résultats montrent que les rechutes sont généralement associées à un faible recours aux stratégies de coping centrées sur le problème. De plus, le soutien social favorise le maintien de l'abstinence tandis que sa absence est un facteur de risque de rechute (Décamps, Scroccaro, Battaglia, 2007).

L'anxiété, la dépression, et les symptômes anxio-dépressifs sont également des facteurs de risque de rechutes. Or, de fortes corrélations ont été relevées entre l'anxiété, la dépression, le coping, le risque de rechute et la qualité de vie (Ciobanu, 2017). Ces éléments et facteurs prédictifs de rechute peuvent être évalués par le biais de questionnaires tels que le HADS pour l'anxiété-dépression et le Brief COPE pour le *coping*.

L'impulsivité et les capacités de gestion de cette dernière (inhibition, fonctions exécutives) est également impliquée dans les facteurs de risques de rechute lorsque la capacité de gestion est faible (Pinel, 2014).

Tous ces éléments sont à mettre en lien avec la pratique de la méditation de pleine conscience pour laquelle l'amélioration des fonctions exécutives et de la gestion des impulsions font partie

des bénéfiques, tout comme la diminution de l'impact des émotions négatives et l'augmentation des vécus émotionnels positifs (Cerveau & psycho, 2021). La pratique de la pleine conscience, comme l'ont montré les études sur le programme MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction et sur le programme MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy, a aussi pour bénéfices la réduction du stress, de l'anxiété, des symptômes dépressifs et de leurs impact. De plus, nous verrons que le programme MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention impacte positivement le sentiment d'efficacité personnelle, de motivation tout en constituant un groupe thérapeutique aux vertus de soutien social.

Les stratégies de coping et les fonctions exécutives sont liées tandis que le stress les impacte ces dernières (Ouakrim, Souhaïla, 2017). Le stress est un facteur de risque de rechute, comme vu précédemment, et peut induire des réductions temporaires des fonctions exécutives, soit les performances cognitives à l'origine de la prise de décision. Ainsi, le sujet est vulnérable lorsqu'il est confronté au stress ou à des symptômes anxio-dépressifs. La psycho-éducation des prodromes de craving tels que les pensées négatives, les anticipations anxieuses du futur, les ruminations du passé ainsi que les réactions physiologiques telles que la tachycardie, les tremblements et la sudation par le biais de la méditation de pleine conscience et de la focalisation attentionnelle sont bénéfiques au patient et ont un intérêt préventif dans la prévention de la rechute.

3) Le cycle de Prochaska et DiClemente

Le cycle du changement ou modèle transthéorique du changement de Prochaska et DiClemente est un modèle explicatif des étapes de cheminement, au sein de l'addiction, qui conduisent le sujet soit au maintien du comportement d'abstinence, soit à la rechute. Ce modèle a été développé en 1982 par les psychologues James Prochaska et Carlo DiClemente. Il précise les étapes de changements comportementaux correspondant aux différents stades dans lesquels se situe la personne consommatrice. Pour chacun de ces stades, le thérapeute adapte son discours face au patient dans l'objectif d'induire le passage au stade suivant.

Étape 1 : la pré-contemplation : l'étape de pré-contemplation ou de pré-intention constitue une étape au sein de laquelle la volonté de changement est immature. Le patient est dans le déni du trouble, l'anosognosie. Il n'envisage pas de changer de comportement. Il n'est pas en mesure d'établir de liens entre ses consommations d'alcool et les conséquences négatives qui en découlent (fonctionnement adaptatif, social, professionnel etc.). Pour lui, l'alcool confère essentiellement des bénéfices. La substance est alors la solution et non le problème. Ex : « Je bois comme tout le monde. C'est mon plaisir ! »

Étape 2 : la contemplation : il s'agit de l'étape à laquelle de changement de comportement est envisagé. L'ambivalence se manifeste alors car le patient a pris conscience des conséquences négatives de ses consommations mais n'est pas prêt pour autant à renoncer aux bénéfices qu'il attribue à sa situation actuelle. Ex : « C'est vrai qu'il serait préférable que j'arrête mais je ne me vois pas vivre sans boire. »

Étape 3 : la préparation/ détermination à agir : à ce stade le patient a la volonté de changer de comportement et élabore une forme de plan d'action en prenant des décisions concrètes. L'attitude du thérapeute est alors caractérisée par le fait de valoriser cette décision de changement et l'accompagnement dans la détermination de buts précis et de stratégies pour y parvenir.

Étape 4 : l'action : des actions concrètes sont mises en place au quotidien et le style de vie est modifié avec abandon des comportements de consommation ultérieurs. Le thérapeute soutient et accompagne le sujet.

Étape 5 : le maintien : il s'agit de la phase de consolidation des acquis. Le sujet est parvenu à modifier ses comportements problématiques mais la prudence est requise afin d'éviter une potentielle rechute. Le thérapeute aide le patient en listant les situations à risque de rechute. Il établit avec le sujet un plan d'action en cas de rechute et valorise les efforts réalisés. Il est nécessaire que le sujet ait connaissances des signes prodromiques pour se défaire des comportements de consommation. A cette étape, le sujet parvient donc à maintenir ses nouveaux comportements d'abstinence et sort de l'addiction ou rechute.

Étape 6 : la rechute : La rechute induit un retour dans l'addiction et donc une réinitialisation du processus de changement. Le sujet se retrouve au stade 1 (ou 2) et devra à nouveau franchir les différentes étapes s'il compte réitérer la tentative d'arrêt.

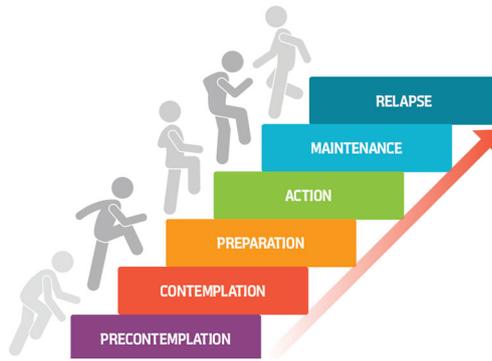


Figure 7 : les étapes du cycle de Prochaska et Diclemente

La sortie permanente du cycle constitue la réussite finale et aboutissement du processus lorsque le sujet est parvenu à consolider la phase de maintien.

Le cycle de Prochaska et Diclemente est un outil intéressant dans le sens où il permet de situer le patient dans le processus de changement afin d'agir sur l'anosognosie, sur la dissonance cognitive afin de résoudre l'ambivalence ou le sentiment d'efficacité personnelle et de motivation dans des stades plus avancés. Dans le programme MBRP, le sujet a déjà pris la décision de s'engager dans un processus de changement. Ainsi, on se situe dans une action de consolidation de la motivation, une phase de maintien et de prévention de la rechute.

IV. La prise en charge du sujet alcoolodépendant

1) Les objectifs thérapeutiques

Les objectifs thérapeutiques en alcoologie sont, entre autres, la valorisation des activités positives et saines, la permission de l'expression du vécu émotionnel du patient alcoolodépendant qui est en difficulté avec la verbalisation (médiation, prise en charge pluridisciplinaire, échanges en groupes thérapeutiques), la psychoéducation et l'accompagnement de la mise en place de stratégies adaptées et efficaces. On souhaite amener le patient à développer de nouvelles compétences de gestion émotionnelle et de stratégies de coping adaptées afin de le rendre autonome dans la poursuite de son bien-être. L'alexithymie et l'amélioration des capacités de régulation émotionnelle sont centrales puisque c'est souvent la souffrance psychique et son ignorance qui pousse le sujet à boire, en recherchant un apaisement immédiat corrélé à une forme « d'automédication ».

Le sujet alcoolodépendant étant souvent apsychognosique et alexithymique, il n'a pas forcément conscience de cet état émotionnel négatif et de l'impact que ce dernier a sur les cravings et risque de rechute, tout comme le stress. Ainsi, on amène le patient à prendre connaissance de ces ressentis, à prendre soin de lui, à identifier son mal-être et à l'amener à établir son bien-être par le biais d'activités saines qui permettront qu'un mieux-être pérenne et efficace, contrairement à l'usage d'alcool qui nuit gravement aux objectifs à long terme et à la santé mentale du sujet qui s'engouffre dans un cercle vicieux de dévalorisation, de culpabilité et de symptômes dépressifs.

La prise en charge en groupe a un effet bénéfique. Le sujet se retrouve en présence d'individus possédant les mêmes problématiques que celles auxquelles il est confronté, ce qui permet des échanges non-jugeant et constructifs.

Les protocoles de mindfulness font partie des outils thérapeutiques efficaces pour éviter la rechute.

2) Clinique d'addictologie

La prise en charge en addictologie est pluridisciplinaire avec la présence d'une équipe de professionnels de santé notamment composée de médecins, infirmiers, psychologues, diététiciens, ergothérapeutes, psychomotriciens, assistantes sociales. La prise en charge alterne entre suivis individuels et suivis collectifs tels avec des activités de groupes thérapeutiques (médiations, échanges verbaux etc.). Les cliniques d'addictologie incluent un hôpital de jour et des prises en charge externes.

3) Les outils d'évaluation

Entretien motivationnel : L'entretien motivationnel est une trame d'entretien et de savoir-être auprès de patients chez lesquels on souhaite induire un changement de comportement influençant la santé (tabac, alcool, exercice physique, alimentation, prise de médicaments etc.). Il se base sur l'hypothèse que la plupart des patients qui arrivent en consultation ne sont pas nécessairement prêts à changer.

Il a été créé par deux psychologues, William Miller et Stephen Rollnick, dont l'ouvrage est paru en 1991 et qui le définissent comme : « une approche directive, centrée sur la personne, ayant pour objectif de susciter une motivation intrinsèque en explorant et en dépassant l'ambivalence vis-à-vis du changement ». Il a tout d'abord été utilisé spécifiquement vis-à-vis des addictions et en particulier dans le traitement des dépendances à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites avant que son usage ne soit étendu à toute les situations d'accompagnement thérapeutique du changement (HAS, 2014).

L'entretien motivationnel est basé sur l'écoute active, l'attitude empathique et l'approche motivationnelle. Elle tient compte des perceptions du risque par le patient (HAS, 2014). Il inclue des questions ouvertes, des reformulations garantant de la bonne compréhension du thérapeute et permettant au sujet de poursuivre ses propos avec davantage de précisions.

Ainsi, l'entretien motivationnel (EM) se caractérise par des formulations de questions ouvertes, la pratique de l'écoute réflexive ou active, le fait de résumer les propos du patient et de lui exprimer son empathie. On va également pouvoir identifier les forces et ressources du patient, lui permettre de se sentir compris, repérer et mettre en évidence les dissonances

cognitives qui constituent des facteurs de risques de rechutes et des freins au changement. Les principes généraux de l'EM sont (Lécallier, Michaud, 2004) :

- « Faire preuve d'empathie »
- « Développer les divergences »
- « Rouler avec la résistance »
- « Renforcer le sentiment d'efficacité personnelle »

L'entretien motivationnel se base sur les théories motivationnelles suivantes (Tremblay, Simoneau, 2021) :

- Théorie de l'autodétermination
- Théorie des préoccupations actuelles

L'entretien motivationnel est un outil intéressant car il permet de situer le sujet dans les différents stades du cycle de changement du cycle de Prochaska et Diclemente et de renforcer la bases de la motivation du patient en ciblant la dissonance cognitive et l'ambivalence. On ne confronte pas frontalement le patient à aux incohérences de son discours (ambivalences, dissonances cognitives etc.) ni à un objectif d'abstinence totale immédiate qui le ferait fuir et le mettrait en échec. Au contraire, on établit progressivement une alliance thérapeutique en aidant le patient à structurer sa démarche et son souhait de changement. On l'aide à structurer sa pensée vis-à-vis des avantages et inconvénients de la consommation comme de l'abstinence (balance décisionnelle). On l'amène à se positionner lentement, progressivement, et consciemment dans un souhait de modulation de sa consommation ou d'abstinence. Il est maître de ce processus qui sollicite son agentivité et ses capacités de résilience. Le patient est acteur de sa prise en charge et prend sa décision seule, sous la bienveillance et la supervision du thérapeute qui tente uniquement de faciliter son cheminement.

La balance décisionnelle : La balance décisionnelle est ou un outil élaboré par Janis et Mann en 1977. Elle est une méthode d'aide à la prise de décision par confrontation des avantages et inconvénients d'une situation donnée. En addictologie, l'image de la balance peut être matérialisée sous forme de tableau afin de visualiser et regrouper les aspects positifs et négatifs de la consommation.

Le BEARNI : Le BEARNI (Brief Evaluation of Alcohol Related Neuropsychological Impairment) est un test et outil de dépistage des troubles neuropsychologiques induits par les troubles de l'usage de l'alcool. Il a été créé par Hélène Beaunieux (2015). Or, les troubles neuropsychologiques peuvent être à l'origine des phénomènes de rechute. Leur évaluation a donc son intérêt dans la prise en charge du sujet alcoolodépendant ainsi que dans la prévention de la rechute.

Le MoCA : Le MoCA (Montreal Cognitive Assessment) est un test conçu par Nasreddine en 2005. Il a pour objectif d'évaluer la neurocognition via les fonctions suivantes : mémoire à court terme, habiletés visuospatiales, fonctions exécutives, attention, concentration, mémoire de travail, langage et orientation spatio-temporelle (CNFS, 2021). Ce test n'est pas spécifique aux troubles induits par l'usage de l'alcool mais est un outil d'évaluation pertinent en alcoologie (Vabret, Lannuzel, 2016).

La BRIEF-A : La BRIEF-A (Behavior Rating Inventory of Executive Function - Adult) est un questionnaire d'évaluation des fonctions exécutives (régulation et contrôle cognitif, émotionnel et comportemental) chez l'adulte, dans le contexte écologique. Il a été développé par Roth, Isquith et Gioia en 2005. Il évalue deux grands champs des processus exécutifs et les compétences exécutives qui les constituent :

- La régulation comportementale : Inhibition, Flexibilité, Contrôle émotionnel, Contrôle de soi.
- La métacognition : Initiation, Mémoire de Travail, Planification/Organisation, Organisation du matériel, Contrôle de la tâche.

Il est notamment utilisé face aux patients TDA/H mais également alcoolodépendants. Il a un intérêt dans la prise en charge en alcoologie puisque les fonctions exécutives et leur altération constitue des facteurs de rechute dans l'alcoolodépendance.

La Brief Cope : évaluation de 14 dimensions afin d'estimer les compétences de coping, impliquées dans l'alcoolodépendance et dans les facteurs prédictifs de rechute lorsqu'elles sont faibles.

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale : échelle permettant d'évaluer les troubles anxieux et dépressifs selon 14 items dont une partie est consacrée aux symptômes anxieux

tandis que l'autre est dédiée au dépistage des symptômes dépressifs. Or, ces éléments sont également impliqués dans les facteurs de risque de rechute. Leur utilisation, combinée à la pratique de la méditation de pleine conscience, permet d'établir une prise en charge préventive vis-à-vis de l'alcoolodépendance (HAS).

Les colonnes de Beck : les colonnes de Beck constituent un outil pertinent de prévention dans la rechute alcoolique en intervenant sur la favorisation du changement du contenu des pensées, notamment dépressives, qui conduisent au craving et à la rechute (Strub, Tarquinio, 2012).

PARTIE III : APPORTS DU MINDFULNESS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ALCOOLODEPENDANCE

I. Le MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention

1) Introduction

Le MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention), soit le *Programme de Prévention de la Rechute Basé sur le Pleine Conscience*, est un programme de postcure intégrant des outils de prévention de rechute cognitivo-comportementaux associés à une pratique de pleine conscience. Il est à destination des sujets qui ont déjà achevé un premier traitement lié à des problématiques de consommation de substance (alcool et substances psychoactives) étant motivés par la perspective de maintien de leurs objectifs de traitement et désireux d'accomplir des changements vis-à-vis de leur style de vie dans l'optique d'accroître leur bien-être et de parvenir à un rétablissement pérenne.

Ce programme a été développé par Sarah Bowen, Neha Charwla et Alan Marlatt en 2011. Ces trois auteurs se sont largement inspirés des travaux précurseurs des protagonistes, dont ils admirent les apports dans le domaine de la santé et de la médecine, tels que Jon Kabat-Zin et la réduction du stress basée sur la pleine conscience – le MBSR (1990) ainsi que Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale, fondateurs de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression soit le MBCT.

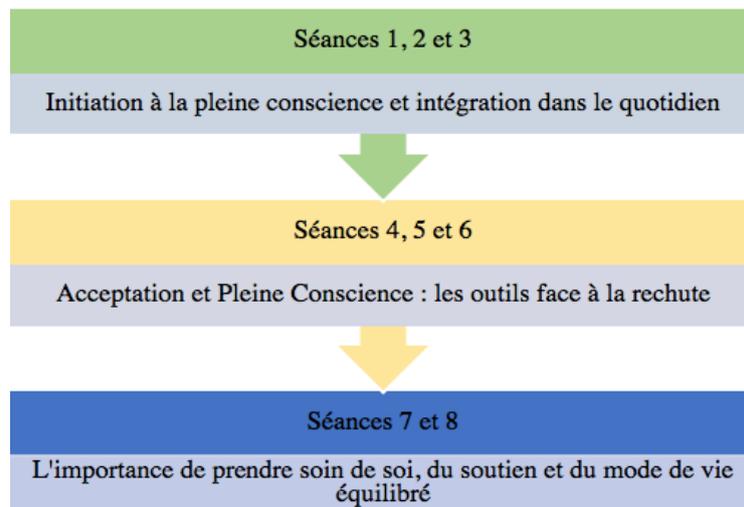
Parmi les nombreux objectifs de ce programme, les auteurs citent une volonté de favoriser une conscience accrue des déclencheurs, des habitudes récurrentes et des réactions automatiques mais aussi le développement de la capacité à s'arrêter et à observer l'expérience présente, de prendre conscience de la somme de choix qu'offre chaque moment. L'objectif transversal est la libération de l'individu vis-à-vis de ses habitudes de pensées et de comportements afin de se défaire de l'addiction et d'accéder à un épanouissement.

L'association de la thérapie cognitivo-comportementale et de la pratique du mindfulness permet une psychoéducation. D'une part, le patient apprend à identifier les déclencheurs personnels ainsi que les situations dans lesquelles il est particulièrement vulnérable et les compétences à utiliser dans ce type de circonstances. D'autre part, les participants apprennent les pratiques de pleine conscience qui favorisent une amélioration de conscience et changent leurs relations aux expériences internes (émotions, pensées, sensations) comme externes (informations, signaux et stimuli provenant de l'environnement). Tout cela permet d'accroître la capacité de choix, la résilience, l'adaptation des stratégies et donc la liberté de l'individu qui est acteur de son évolution.

2) Séances et objectifs thérapeutiques

Les 8 séances de ce programme abordent des thématiques différentes afin d'aboutir à un cheminement thérapeutique progressif et cohérent. Chaque séance s'élabore sur le socle de connaissance offert par l'expérience de la séance précédente. Le protocole est structuré avec un agenda séance par séance des pratiques et des fiches (principes de TCC et enseignements traditionnels de la pleine conscience).

La structuration et la chronologie des séances sont élaborées afin de suivre l'évolution des perceptions du patient. Les trois premières séances se focalisent sur la pratique de la conscience de l'esprit et sur l'intégration des pratiques de pleine conscience dans la vie quotidienne. Les trois suivantes concernent l'acceptation de l'expérience présente ainsi que l'application des pratiques de la pleine conscience à la rechute. Enfin, les deux dernières séances abordent l'importance de prendre soin de soi, de créer un réseau relationnel sain source de soutien et valorisent la mise en place d'un style de vie équilibré.



Séance 1 : « Pilote automatique et rechute » : La première séance du programme aborde les thématiques de pilote automatique, de craving et de réactions inconscientes. Elle établit que lorsque nous avons des envies ou impulsions de consommation d'alcool, les comportements adoptés sont le plus souvent réactifs. Le sujet réagit sans être pleinement conscient de ses actes et des conséquences qui s'en suivent. Or, la notion de pilote automatique est en lien direct avec la rechute. La première étape permise par la pleine conscience est l'identification de ce phénomène de pilote automatique. Après la prise de conscience de ces habitudes comportementales, des stratégies peuvent être mises en place afin de les éviter. Il s'agit d'observer ce qui se passe dans le corps et l'esprit sans réagir de manière automatique et en l'occurrence, auto-destructrice. Deux exercices se succèdent au cours de cette introduction : *l'exercice du raisin sec* et le *body scan* ou *balayage corporel*.

Les objectifs :

- Introduction de la notion de « pilote automatique » et constat que nous sommes souvent inconscients de son impact
- Introduction des bases et des pratiques du MBRP
- Introduction de la pleine conscience, via l'exercice du raisin sec, comme manière de prendre conscience des patterns de l'esprit.
- Introduction du body scan comme moyen de prendre conscience des manifestations physiques.

Séance 2 : « Conscience des déclencheurs et des fortes envies » : La seconde séance du programme cible l'identification des déclencheurs et la compréhension de la manière dont ils engendrent une succession de sensations, de pensées, d'émotions et de comportements. La pleine conscience permet alors de rendre ce processus plus clair, plus compréhensible et de l'observer objectivement grâce à une prise de recul. La pleine conscience et la prise de conscience de ces phénomènes peuvent permettre l'interruption de ces comportements réactifs automatiques en mettant en place des comportements alternatifs grâce à une flexibilité cognitive et une conscience des choix.

Les objectifs :

- Poursuite de la pratique avec augmentation de la conscience des sensations corporelles
- Prise de conscience et identification des réactions physiques, émotionnelles et cognitives qui suivent les stimuli déclencheurs. En d'autres termes : connaissance des signes prodromiques annonciateurs des cravings.
- Prise de conscience du processus par lequel ces réactions induisent des comportements automatiques liés à la perte de conscience des phénomènes qui se déroulent dans le moment présent.
- Introduction de la pleine conscience comme moyen d'interruption de ce processus automatique. Autrement dit : établissement de la pratique de la pleine conscience comme comportement et stratégie alternative lors de perte de contrôle et d'envies irrésistibles de consommer de l'alcool.

Séance 3 : « La pleine conscience dans la vie de tous les jours » : La troisième séance aborde le fait que la pleine conscience permet d'élargir notre conscience et donc ainsi d'effectuer des choix plus pertinents dans la vie quotidienne. L'une des cibles attentionnelles principales lors des pratiques est la respiration, qui est une expérience constante, une cible mouvante omniprésente. La respiration permet donc de nous centrer sur le moment présent et de ramener l'attention au corps. La présence et la conscience permettent d'être moins réactif et de sélectionner des décisions plus adaptées. La méthode de respiration SOBER (Stopper, Observer, Basé sur la respiration, Élargir la conscience de la respiration au corps entier, Réfléchir avant d'agir), adaptation de l'espace de respiration de 3 minutes utilisé dans le MBCT, est introduite. Elle permet d'élargir la qualité de conscience issue de la pratique de méditation formelles, assises ou couchées, à des situations écologiques, à des défis auxquels le

sujet est confronté. Elle est un outil d'autogestion transmis au patient afin qu'il puisse faire face à l'adversité, y répondre de manière adaptée et donc développer ses capacités de résilience.

Les objectifs :

- Introduction de la pratique formelle assise
- Introduction de l'espace de respiration SOBER
- Poursuite des pratiques et de l'intégration de la pleine conscience dans la vie quotidienne

S	O	B	E	R
<ul style="list-style-type: none">• Stop :• s'arrêter, faire une pause.	<ul style="list-style-type: none">• Observer :• observer ce qui se passe en ce moment (sensations, émotions, pensées).	<ul style="list-style-type: none">• Baser :• se baser sur la respiration et focaliser son attention sur les sensations physiques de la respiration.	<ul style="list-style-type: none">• Elargir :• élargir la conscience de la respiration au corps tout entier ainsi qu'à la situation présente.	<ul style="list-style-type: none">• Réfléchir avant d'agir :• choisir en pleine conscience le comportement le plus adapté et plus efficace

Figure 8 : La technique de respiration SOBER

L'espace de respiration SOBER est un exercice créé en vue d'aider le patient à réguler son attention et à reprendre le contrôle de son comportement lors de situations difficiles dans son environnement quotidien. Il est simple et facilement applicable car rapide à mettre en place. Il est préconisé de l'utiliser en milieu écologique face à une situation stressante ou à haut risque, lorsque le sujet est fatigué ou encore lors de forte envie de consommer (cravings).

Le patient doit identifier des expériences spécifiques telles que des sensations physiques (ex : accélération du rythme cardiaque, tremblements, fatigue), émotions ou cognitions. Ces expériences cognitives et physiologiques pourront alors servir de signal annonçant la nécessité de la mise en place de la pratique de l'espace SOBER. Le signal indique à la personne, en lui servant de repère, qu'il est temps de prendre une pause, d'observer la situation et de se focaliser sur sa respiration afin d'ancrer son attention dans le moment présent. Ce repérage des

prodromes et déclencheurs dans les situations à risque permettra de sortir du pilotage automatique.

Séance 4 : « La pleine conscience dans les situations à haut risque » : La quatrième séance a pour but de former le sujet dans des situations écologiques présentant des difficultés et qui furent auparavant associées à un comportement réactif et à une consommation d'alcool. Il s'agit d'apprendre à émettre une autre réponse comportementale lors de la confrontation aux pressions écologiques et aux cravings.

Objectifs :

- Augmentation de la conscience des situations individuelles à haut risque et des sensations corporelles, émotions et pensées corrélées à leur survenue
- Apprendre à rester en présence de sensations et émotions intenses ou désagréables plutôt que d'adopter une attitude de d'évitement ou de fuite vis-à-vis d'elles
- Apprendre à exploiter des outils qui aident à rester présent et à ne pas céder automatiquement à la pression de consommer de l'alcool dans ces situations que le sujet a associé à la consommation
- Introduction de l'exercice de marche en pleine conscience afin de diversifier la pratique de la pleine conscience, de vivre différemment certaines sensations physiques habituelles afin d'inclure la pratique dans la vie quotidienne

Séance 5 : « Acceptation et comportements efficaces » : La cinquième séance tend à trouver un équilibre juste et bénéfique au patient entre l'acceptation des faits et l'encouragement et la valorisation de la mise en place de comportements sains et positifs dans le quotidien. En effet, on ne peut pas systématiquement contrôler le déroulement des événements de notre vie et il faut l'accepter, car lutter contre les événements sur lequel le sujet n'a pas d'emprise ne peut engendrer des émotions négatives (frustration, colère, découragement désespoir) et donc aboutir à des envies de consommation. Néanmoins, l'acceptation objective et à différencier d'un défaitisme passif. Ainsi, pour pouvoir poser des actes positifs en vue d'un changement, il faut préalablement comprendre et accepter les éléments indéniables qu'imposent la réalité. Cela passe notamment par une forme d'acceptation de soi avant de pouvoir agir positivement sur sa vie.

Objectifs :

- Apprendre à entretenir un lien différent avec les vécus difficiles (émotions, sensations et situations désagréables)
- Discuter le rôle de l'acceptation dans le processus de changement

Une fiche à remplir concernant les situations à risque (déclencheurs) et l'espace SOBER est fournie aux participants. Elle se présente sous forme de tableau, de manière semblable au schéma suivant :

Situations à risques (déclencheurs)	Réactions (signaux SOBER)	SOBER ? Oui/Non	Qu'avez-vous fait ?
<i>Listez les situations difficiles de la semaine, ainsi que le contexte (lieux, personnes, émotions associées) qui auraient pu représenter un risque de rechute</i>	<i>Notez les réactions (sensations, émotions, pensées) pouvant être considérées comme des signaux d'invitation à la pratique de la respiration SOBER</i>	<i>Indiquez si vous avez pu pratiquer la respiration SOBER pour faire face à cette situation ou non</i>	<i>Indiquez si ce que vous avez finalement fait en termes d'actions concrètes</i>

Fiche de travail SOBER

Ces données permettent au sujet d'apprendre à connaître les facteurs de vulnérabilité et de risques qui lui sont propres ainsi que les réactions physiologiques et émotionnelles qui lui appartiennent constituant les prodromes et les signaux d'alerte qu'il utilisera en cas de situations à risques. Il peut également visualiser l'évolution de sa réponse comportementale aux vécus désagréables et potentiellement accroître son sentiment d'efficacité personnelle et de compétences de résilience.

Séance 6 : « Voir les pensées comme des pensées » : Les précédentes pratiques ont permis aux patients de constater l'indéniable prédisposition de l'esprit à s'égarer dans un flux continu de pensées et de productions mentales. Ils se sont entraînés à ramener leur attention vers des cibles attentionnelles telles que la respiration et les sensations corporelles lors de ces vagabondages. La sixième séance a pour objectif d'apprendre aux sujets à considérer les pensées comme de pures et simples images, mots et productions mentales dont les afférences sont inévitables. Néanmoins, la pensée passe et le patient n'est pas obligé de s'y identifier ni de

s’y investir émotionnellement : il peut décider de croire ou non cette pensée. Il apprend à se détacher de la pensée et à la considérer avec du recul et de l’objectivité. En effet, les pensées et les croyances ont un grand rôle dans le cycle de rechute. Le cycle de la rechute est donc expliqué aux patients au cours de cette séance. Il correspond au schéma suivant, issu de l’ouvrage du MBRP (Bowen, Chawla, Marlatt, 2019).

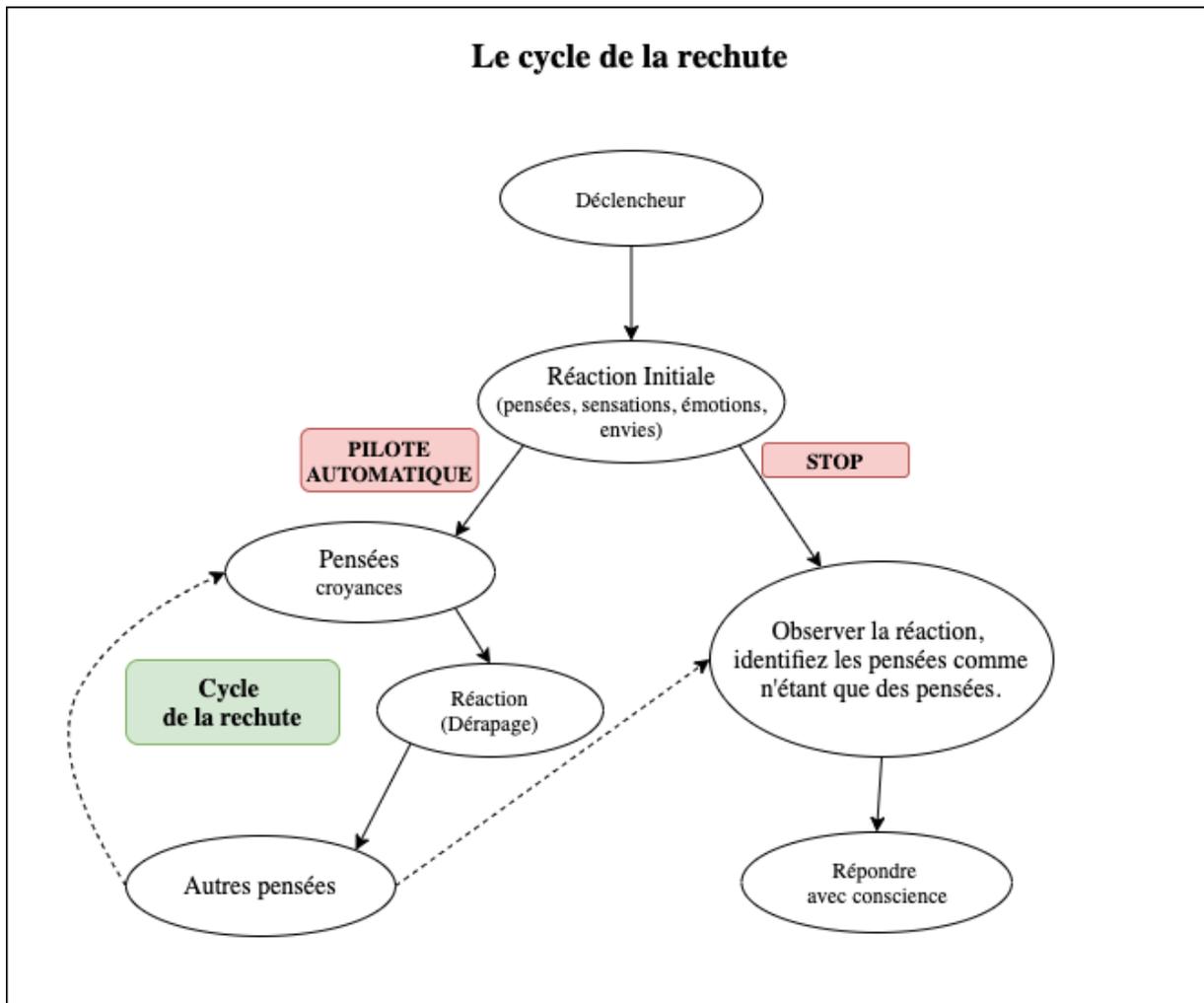


Figure 9 : le cycle de la rechute

Objectifs :

- Réduire le degré d’identification aux pensées, compréhension du fait que nous ne sommes ni contraints de nous y soumettre et que tenter de les contrôler n’est pas bénéfique

- Discussion et prise de conscience autour du cycle de la rechute et du rôle des pensées dans le maintien de ce cycle

Une fiche de travail est ensuite fournie aux participants afin de les aider à décrypter les comportements issus du pilote automatique et à les différencier des comportements alternatifs mis en place grâce à la conscience. Cette fiche de travail correspond au schéma ci-dessous (Bowen, Chawla, Marlatt, 2019).

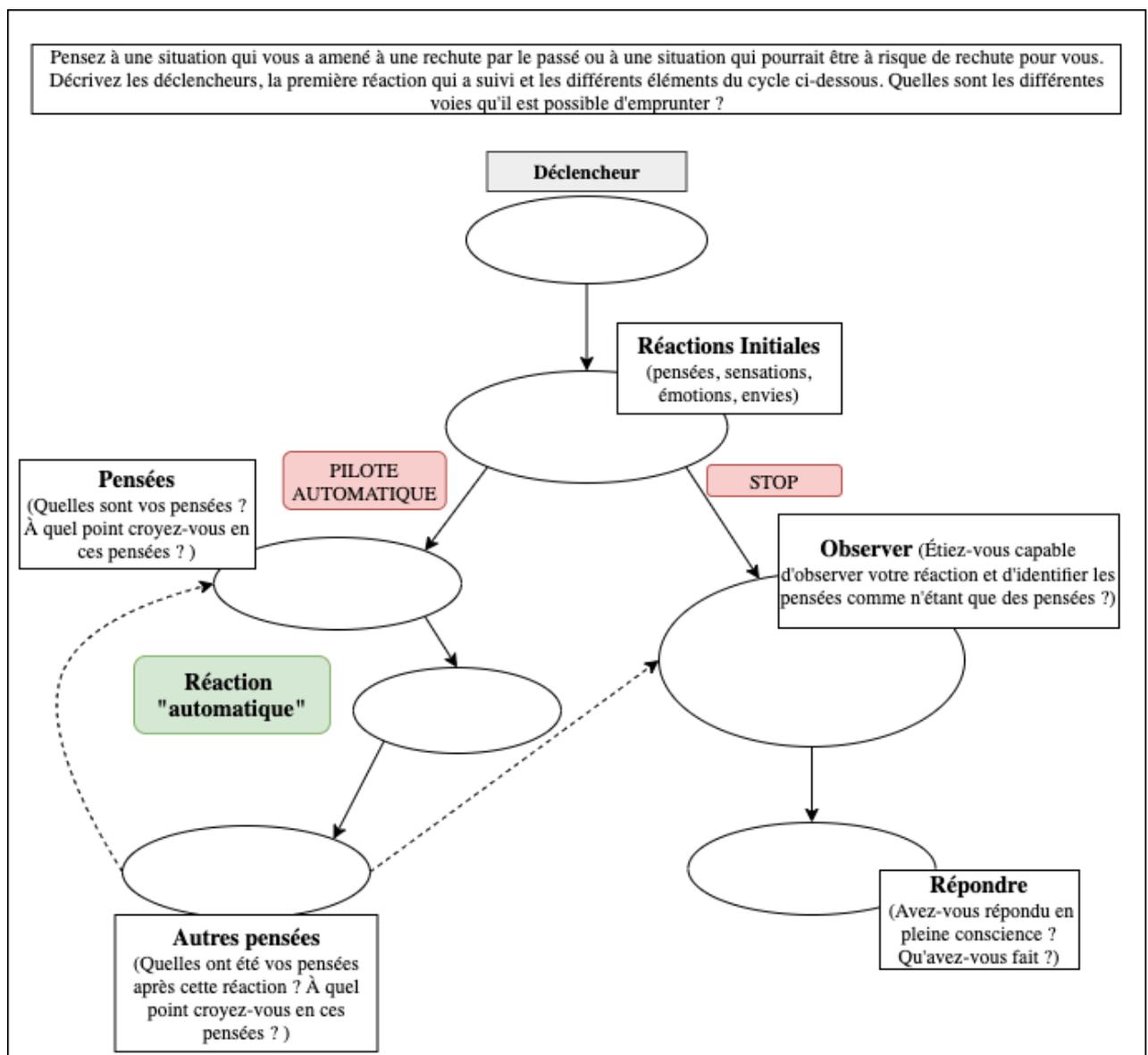


Figure 10 : fiche de travail du cycle de la rechute

Séance 7 : « Prendre soin de soi et style de vie équilibré » : Après plusieurs semaines de pratique axée sur des situations écologiques spécifiques ainsi que sur les pensées et émotions qui induisent des situations à risque de rechute, la pleine conscience est abordée auprès des patients dans une perspective plus large. En effet, la septième séance consiste cette fois à identifier les facteurs qui favorisent une vie plus positive et plus saine comparativement aux facteurs qui placent le sujet en haut risque de rechute.

Les auteurs établissent également l'acronyme HALT (en anglais : *Hungry, Angry, Lonely, Tired* qui se traduit en français par : Affamé(e), Énervé(e), Seul(e), Fatigué(e) en français). Il s'agit d'identifier les facteurs qui influencent le taux de vulnérabilité face à la rechute dont font partie de nombreuses expériences courantes de la vie quotidienne. Le but est alors de reconnaître ces facteurs favorisant la vulnérabilité et de les considérés comme des signes avant-coureurs (signes précurseurs, prodromiques). Les auteurs rappellent ainsi l'importance de prendre soin de soi et d'anticiper le fait que notre vulnérabilité est exacerbée lorsque nous avons manqué à certains de nos besoins. Ainsi, pour comprendre les réactions face aux déclencheurs, ils préconisent d'interroger notre état afin d'identifier ce dont nous avons réellement besoin.

H.A.L.T			
<i>Hungry/Affamé(e)</i> "Ai-je faim ?"	<i>Angry/Enervé(e)</i> "Suis-je triste ?"	<i>Lonely/Seul(e)</i> "Me suis-je senti seul ?"	<i>Tired/Fatigué(e)</i> "Suis-je fatigué ou soucieux ?"
"Que puis-je faire pour prendre davantage soin de moi ?"			
"De quoi ai-je réellement besoin ?"			

Figure 11 : l'acronyme HALT et l'identification de ses besoins

Le patient est amené à considérer ses réels besoins. Le craving survient parfois lorsqu'un besoin est insatisfait. La consommation d'alcool apaise le sujet mais n'améliore pas la situation à long terme car des insatisfactions sous-tendent son état émotionnel de ressentis désagréables. Plutôt que de fuir cela, il faut observer ce qui se passe réellement. La séance sept comporte aussi l'apport d'un outil préventif en cas de risque élevé de rechute : la carte de rappel du plan d'urgence.

Il s'agit d'un document conçu comme une ressource pour soutenir les efforts du patient lorsqu'il se retrouve confronté à une situation d'urgence. Cette petite carte comporte quatre secteurs et comprend des informations de soutien : la liste des participants désireux de continuer de faire le choix de la sobriété, les comportements les plus efficaces pour faire face aux cravings, les numéros de téléphone d'urgence ou de soutien ainsi qu'un rappel des étapes à suivre pour pratiquer l'espace de respiration SOBER. Elle correspond schématiquement au schéma ci-dessous.

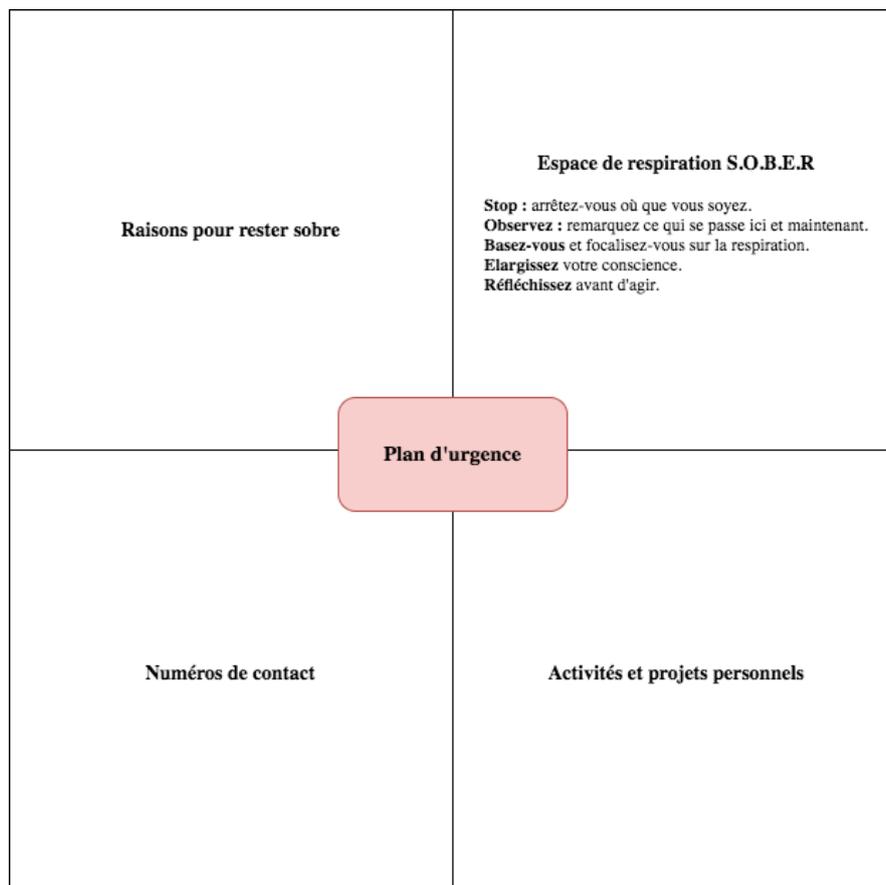


Figure 12 : carte de rappel du plan d'urgence

Nous pouvons supposer que, tout comme l'entretien motivationnel, ce plan d'urgence se base sur des théories motivationnelles telles que :

- Théorie de l'autodétermination (Ryan & Deci, 2000)
- Théorie des préoccupations actuelles (Klinger Kox, 2004)
- Théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977)

Séance 8 : « Soutien social et poursuite de la pratique » : Enfin, la huitième séance vient clôturer le programme. Elle apporte une conclusion et une synthèse des différentes notions abordées et des acquis. Le rétablissement et la pratique de la pleine conscience sont deux cheminements qui exigent de l'engagement ainsi qu'une grande implication personnelle. Beaucoup de difficultés peuvent être rencontrées dans le parcours du patient. L'ensemble des précédentes séances a permis un apport de connaissances considérant différents points fondamentaux tels que la nature des facteurs exposant le sujet au risque de rechute, les compétences qui peuvent être mobilisées pour faire face aux obstacles en vue de l'abstinence, les situations à haut risque ainsi que l'importance du maintien d'un style de vie équilibré.

Le groupe thérapeutique de mindfulness du MBRP constitue en lui-même une source permettant l'émergence d'un sentiment de soutien et d'appartenance à une communauté. Le réseau de soutien social est un point essentiel pour garantir la poursuite de la pratique ainsi que l'optimisation des chances de rétablissement. L'appui sur un système de soutien dans le processus de traitement peut aider le patient à reconnaître les signes de rechute (prodromes) et peut offrir une aide lorsque le patient se sent en situation à haut risque. En parallèle, l'accompagnement dans la pratique de la méditation peut encourager le sujet à la poursuivre et à choisir d'être présent de manière consciente et bienveillante envers lui-même au sein de sa vie.

Objectifs :

- Mise en évidence de l'importance des réseaux de soutien comme moyen de réduire le risque de rechute et de maintenir le rétablissement
- Trouver des façons de surmonter les obstacles pour demander de l'aide
- Discussion et réflexion des participants sur ce qu'ils ont appris au cours de ce programme et partage des raisons qu'ils évoquent pour légitimer le maintien de la pratique

- Élaboration d'un plan d'action pour permettre la poursuite de la pratique et intégrer la pratique à la vie quotidienne.

Les pratiques de la pleine conscience à domicile sont à effectuer avec des exercices donnés entre chaque séance et des fiches de travail à remplir qui seront ensuite discuter entre les participants et avec l'accompagnement des thérapeutes. Les concepts clés en lien à l'addiction sont discutés à chaque séance.

En somme, le programme MBRP a pour objectifs divers éléments incluant la psychoéducation et la métacognition. Il intègre des éléments de thérapies cognitivo-comportementales et de pratiques méditatives de forme diverses, des pratiques à domiciles sous forme de « tâches » à rapportées sur des fiches d'enregistrements, des échanges de groupe ainsi des outils de prévention. Il cible l'amélioration des fonctions exécutives, de l'attention, de la perception des sensations corporelles, de l'identification des prodromes liées aux cravings et situations à risque de rechute, de la connaissance de soi et de l'amélioration du système émotionnel en vue de permettre au sujet de développer des compétences adaptatives pour lui permettre de mettre en place des stratégies efficaces et adaptées et de comportements alternatifs à la consommation. L'objectif est la pérennité du bien-être ainsi que l'optimisation des facultés de résilience.

II. Efficacité du MBRP et mécanismes d'action

L'efficacité du MBRP dans le traitement des troubles de l'usage à l'alcool a été démontré par plusieurs études. La participation au programme augmente le niveau de pleine conscience, de flexibilité cognitive et réduit les survenues de cravings (F Von Hammerstein-Equord 2018). La pratique de la pleine conscience à domicile occupe une place centrale dans le programme et confère aux pratiquants des objectifs réalisables et accessibles qui renforcent le sentiment d'efficacité personnelle et la motivation. Le programme permet de diminuer l'impact des émotions négatives, d'augmenter les émotions positives et de réduire les risques de rechute grâce à la psychoéducation et l'identification des déclencheurs externes et des pensées associées aux consommations et aux cravings. Le programme MBRP, toujours selon l'étude de Equord (2018), est efficace dans le traitement des addictions de par son action sur des processus sous-jacents de la pathologie addictive tels que les affects dépressifs et anxieux et de par la réduction

des cravings permise par l'augmentation des capacités de flexibilité mentale due à l'amélioration des fonctions exécutives du sujet (F Von Hammerstein-Equord, 2018).

L'intérêt du MBRP et son efficacité sont également intrinsèquement liés à l'association de la pleine conscience et de l'autocompassion (Cora Von Hammerstein, Lucia Romo, 2019). Une autre étude s'intéresse au développement de la Prevention Adherence and Competence Scale (MBRP-AC), une échelle psychométrique mesurant l'intégrité du traitement pour la prévention des rechutes basée sur la pleine conscience (Chawla, Collins, Bowen, Hsu, Grow, Douglass et Marlatt, 2010). Le MBRP-AC est un outil qui a été développé dans le contexte d'un essai contrôlé et randomisé (ECR) sur l'efficacité du MBRP. Il se compose en deux sections : Adhésion (adhésion aux composantes individuelles du MBRP et discussion des concepts clés) et Compétence (évaluation du style/de l'approche du thérapeute et de sa performance).

Des chercheurs se sont penchés, auprès de patients alcoolodépendants, sur l'efficacité du MBRP par une comparaison avant et après intervention. Ils ont évalué la consommation d'alcool, les pensées automatiques, les capacités à faire face (résilience) ainsi que les niveaux de pleine conscience, d'impulsivité et d'anxiété. Leurs résultats indiquent une réduction significative de la consommation d'alcool chez les alcoolodépendants participant au MBRP, une baisse de l'impulsivité, une augmentation de la pleine conscience, de la flexibilité cognitive ainsi que la présence d'un haut degré de satisfaction chez les participants.

Une étude établit trois autres facteurs en lien avec l'efficacité du MBRP (Carola, Van der Linden, Khazaal, Yasser, 2013) :

- La modification de certaines croyances cognitives et métacognitives jouant un rôle crucial dans la perpétuation de l'utilisation de l'alcool (boucle de renforcement et théorie des préoccupations actuelles)
- Interférence cognitive avec les épisodes de craving : les patients sont plus aptes à identifier les prodromes pour interrompre le processus qui pourrait les conduire à la rechute.
- Mise en place d'intentions visant à implémenter un comportement alternatif à la consommation d'alcool (mise en place de stratégies adaptées)

Les bénéfices perçus de la pratique du MBRP sont la diminution de l'anxiété, l'amélioration de l'humeur, la diminution des impulsions et le changement dans les habitudes de vie (Carpentier,

Romo, Bouthillon-Heitzmann, Limosin, 2015). Les mécanismes d'action du MBRP permettant ces bénéfices sont l'amélioration de la connaissance et de la gestion de soi, une plus grande conscience des expériences internes (sensations corporelles et marqueurs de Damasio, 1995) ainsi que la facilitation induite par le processus de groupe. Or, les mécanismes d'actions reconnus dans la pratique de la pleine conscience pour diminuer les symptômes dépressifs et anxieux (Hamel, 2020) sont l'augmentation de la conscience cognitive (capacité à reconnaître les pensées et à s'en décentrer), l'exposition intéroceptive (la désensibilisation face aux pensées, émotions et sensations physiques), l'acceptation expérientielle (capacité à vivre l'expérience telle qu'elle se présente, sans tenter de la modifier), la gestion de soi (élargir le répertoire de comportements adaptés et efficaces pour répondre à une sensation, pensée ou émotion) et le contrôle de l'attention (capacité à revenir au moment présent lorsque l'esprit vagabonde (Ngô, 2013).

Le MBRP est aussi basé sur la théorie du renforcement ainsi que sur les principes du conditionnement opérant de Skinner (1974). Ainsi, le programme met l'accent sur l'importance du soutien social. L'individu est encouragé à adopter des comportements nouveaux et des activités sans consommation de substances psychoactives, qui seront valorisés par l'entourage (Beaulieu, Bourgeois et al., 2016). Un environnement social soutenant des activités saines a un impact significatif sur la diminution voire l'arrêt du comportement d'addiction, mais aussi sur la diminution des symptômes anxieux et dépressifs (Meyers, Roozen, Smitch, 2011).

Le MBRP est développé à partir de la théorie des processus de Marlatt (1985) et de la théorie de l'apprentissage social de Bandura (1977). L'objectifs de l'approche est d'amener le patient souffrant d'alcoolodépendance à reconnaître les signes et les situations associés à la rechute (états émotionnels, pression sociale, conflits, endroits de consommation induisant une reviviscence et une réactivation du réseau synaptique lié à l'encodage des souvenirs de consommations etc) afin de développer des stratégies efficaces de gestion des situations (Marlatt, Witkiewitz, 2005). Une méta-analyse atteste que ce programme, grâce aux principes énoncés ci-dessus, contribue à diminuer les cravings, à augmenter le sentiment d'efficacité personnelle et à favoriser la modération de la consommation à long terme. Le traitement diminuerait également les symptômes dépressifs et anxieux corrélés aux situations à haut risque de rechute (Barrick, Connors, 2002).

Le MBRP repose également sur le modèle de traitement Minnoseta, aussi connu sous le nom d'approche des douze étapes, qui est un modèle de dépendance apparue dans les années 1940 aux Etats-Unis (McElrath, 1997). Il est caractérisé par l'entraide et l'effet de groupe. L'aspect social de groupe d'entraide et d'accompagnement par les thérapeutes permettent la diminution du sentiment de culpabilité associé à l'addiction. Le MBRP se légitime donc également par l'adhésion à des groupes d'entraide pour alimenter un sentiment d'appartenance bénéfique au rétablissement. Ces éléments sont impliqués dans les mécanismes d'action démontrés comme favorisant le changement (McElrath, 1997). L'approche Minnesota, utilisée dans le MBRP, serait donc très efficace dans les prises en charge préventives de la rechute chez les consommateurs d'alcool (Kelly et al., 2009). Le MBRP améliore l'efficacité de la prise en charge notamment en réduisant la symptomatologie psychiatrique ainsi qu'en réduisant le sentiment de stress perçu (Skanavi, Laqueille, Aubin, 2010).

La méditation s'avère également efficace dans le traitement de la dépendance grâce à sa contribution dans la diminution des symptômes dépressifs et anxieux, qui font souvent partie des facteurs déclencheurs de la rechute (Bouthillon-Heitzman et coll, 2015 ; Young et coll, 2011). La méditation de pleine conscience a aussi un impact sur les facteurs déclencheurs de la rechute tels que la pression des pairs, car elle permet à la personne d'être à l'écoute de ses émotions sans nécessairement réagir ou les laisser escalader et s'amplifier (Temme et coll, 2012). Elle est une stratégie de coping efficace pour changer le mode de réponse comportementale et émotionnelle face aux événements de vie et permet de diminuer la détresse émotionnelle tout en augmentant le sentiment de contrôle et donc d'efficacité personnelle (Berghmans, Marina, Strub et tarquino, 2009 ; Chiesa et Serretti, 2014 ; Garland, Howard, Kelly, Schwartz, 2012). La pleine conscience réduit les réactions impulsives aux frustrations et permet au sujet de percevoir les stressors de la vie quotidienne comme des défis momentanés qu'il est capable de surmonter (Garland et coll, 2012). Enfin, la méditation permet une meilleure gestion de la colère et augmente la motivation pour le maintien de l'abstinence et la confiance en soi (Temme, Young, 2011).

On constate que l'impression de « mal faire » concernant les pratiques méditatives, notamment concernant les pratiques à domicile, ainsi que l'absence d'effets immédiats, constituent des freins à la pratique autonome (Lucia, Romo, 2018).

L'étude, menée par Carpentier, Romo, Bouthillon-Heitzmann et Limosin (2015), se penche sur l'évaluation de l'impact du mindfulness dans un groupe de prévention de la rechute auprès de patients alcoolodépendants. Ils ont cherché à mettre en évidence les mécanismes d'action corrélés aux bénéfices et à l'efficacité du MBRP. Pour cela, ils se sont basés sur le protocole évaluant la consommation d'alcool, la pleine conscience, l'impulsivité, les pensées automatiques, l'anxiété et la capacité à « faire face » (stratégies de coping et capacités de résilience). Ainsi, 26 patients ont suivi un protocole de MBRP pour lequel ils furent répartis dans trois groupes distincts. Ils ont été interrogés sur leur consommation d'alcool et évalués avant et après le suivi du programme MBRP grâce à sept évaluations : Five Facets Mindfulness (FFMQ), Impulsive Behavior Scale (UPPS), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ II), State Trait Anxiety Inventory (STAI-A, STAI-B), Questionnaire of the automatic thoughts (QPA) et enfin The Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-8).

L'étude a examiné les résultats du MBRP administré à cinq groupes de patients alcooliques dans un service psychiatrique français. Les résultats montrent une abstinence maintenue ou une modération de la consommation conduisant à l'abstinence. Les limites sont constituées par le faible effectif de la cohorte. Néanmoins, on constate des résultats significatifs. En effet, les patients acceptent mieux leurs pensées et leurs sentiments (FFMQ-jugement), leur tendance à céder aux impulsions diminue (urgence-UPPS) et leur tolérance à l'anxiété augmente (STAI-YA-YB). De plus, cette étude confirme que le MBRP permet également d'augmenter l'auto-efficacité et le sentiment d'efficacité-personnelle.

Une seconde étude (Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S.L., Grow, J, Chawla, N., Hsu & Larimer, 2014) a effectué un essai clinique randomisé afin d'évaluer l'efficacité à long terme du programme MBRP dans la réduction des rechutes par rapport à la RP classique (prévention de la rechute) et au traitement habituel (TAU : programme en 12 étapes et psychoéducation) pendant une période de suivi de 12 mois. L'étude a été menée entre octobre 2009 et juillet 2012 sur un total de 286 patients ayant terminé avec succès le traitement initial des troubles liés à la consommation de substances dans un centre de traitement. Ils ont été répartis au hasard sur les traitements post-cure MBRP, RP et TAU pour suivre 8 séances hebdomadaires et ont été suivis durant 12 mois. Les participants avaient entre 18 et 70 ans et 71,5% étaient des hommes.

Les résultats primaires comprenaient la rechute vers la consommation de drogues et la consommation excessive d'alcool (qui a été définie comme 4 verres pour les femmes et 5 pour les hommes) ainsi que la fréquence de consommation de substances au cours des 90 derniers jours. Les variables ont été évaluées au départ ainsi qu'à 3, 6 et 12 mois. Les mesures utilisées comprenaient l'autodéclaration de la rechute ainsi que les dépistages de drogues et d'alcool par analyse d'urine.

Comparativement au programme TAU, les participants assignés au MBRP et RP ont rapporté un risque significativement plus faible de rechute vers la consommation de substances et la consommation excessive d'alcool. Parmi ceux qui ont consommé, on constate un nombre significativement moins élevé de jours de consommation de substances et de consommation excessive d'alcool lors du suivi à 6 mois. Le programme cognitivo-comportemental de RP a montré un avantage sur le MBRP en ce qui concerne le délai avant la première consommation de drogue. Néanmoins, lors du suivi à 12 mois, les participants au MBRP ont rapporté un nombre significativement inférieur de jours de consommation de substances et une diminution significative de la consommation excessive d'alcool par rapport au RP et au TAU.

Concernant l'utilisation des compétences, la majorité des participants au MBRP (88,3%) et l'intégralité des participants du RP (100%) ont déclaré utiliser les compétences enseignées lors des sessions au moins une fois par semaine après la fin du cours. Lors du suivi à 12 mois, 67,6% des participants au MBRP et 100% des participants au RP ont fait cette même déclaration. Ainsi, les programmes RP et MBRP ont une efficacité supérieures à celle du programme habituel en 12 étapes et l'avantage était conféré au RP. Néanmoins, lors du suivi à 12 mois, les participants au MBRP ont déclaré 31% de jours de consommation de drogues en moins comparativement aux participants du RP ainsi qu'une probabilité significativement plus élevée de ne pas avoir consommé d'alcool de façon excessive.

Ainsi, cette étude que le MBRP possède des effets à plus long terme que les autres traitements. On peut expliquer ce constat par le fait que les participants améliorent leurs capacités à reconnaître et à tolérer l'inconfort associé à l'état de manque ou à l'affectif négatif. Le MBRP intègre des approches cognitivo-comportementales qui ont pour mécanismes d'action le fait d'accroître la prise de conscience des événements internes et environnementaux qui précipitent la rechute. Les sujets alcoolodépendants peuvent ainsi modifier leurs réponses à l'état de manque et à l'affect négatif grâce à l'exposition facilitée par la pleine conscience. La pratique

continue dans le temps contribue à renforcer la capacité à surveiller et à traiter les facteurs participant au bien-être de la personne de manière durable. Les patients acceptent mieux leurs sentiments, ils cèdent moins à leurs impulsions et subissent moins l'anxiété. Le sentiment d'auto-efficacité augmente.

Ainsi, les traitements basés sur la pleine conscience tels que le MBRP ont une efficacité dans la prise en charge de l'alcoolodépendance et dans la prise en charge de la rechute. Les mécanismes impliqués sont la psychoéducation, le fait d'apprendre aux patients à rester en contact avec leurs états affectifs, émotionnels ou physiques difficiles et à se comporter différemment. L'amélioration de la gestion émotionnelle permet au sujet de prendre des décisions plus adaptées à un bien-être à long terme. On favorise et valorise la mise en place de comportements alternatifs aux conduites de consommations ou d'évitement. Les patients sont amenés à identifier les raisons sous-jacentes de leurs comportements inadaptés. L'identification des facteurs de risques individuels et des facteurs de risque de rechute, l'identification des émotions, la gestion de l'impulsivité et l'effet du groupe thérapeutique comme source de soutien social interviennent. L'anxiété est réduite par la pratique, ainsi que les symptômes dépressifs, tandis que la conscience est augmentée. On permet ainsi une augmentation de la flexibilité mentale et comportementale dans la vie quotidienne du sujet. Par l'acceptation, la connaissance de lui et des facteurs de rechute, le sujet développe des capacités de résilience qui sont également liées à la motivation que le groupe renforce dans son aspect social. Le sujet est donc au cœur de son rétablissement que l'on accompagne.

Le psychomotricien, formé à l'approche thérapeutique par la méditation, trouve sa place dans l'essor de ces techniques. Les fonctions exécutives, attentionnelles, la gestion émotionnelle, la conscience corporelle et la psychoéducation sont impliquées dans ce type de prise en charge, légitimant l'intervention du psychomotricien auprès de ces patients souvent alexithymiques, apsychognosiques et asomatognosiques. Nous cherchons, par la rééducation, à favoriser les capacités de résilience du sujet et à introduire la notion d'agentivité dans le soin.

Conclusion

La méditation de pleine conscience, pratique ancestrale, suscite aujourd'hui un intérêt croissant dans les domaines de l'éducation et de la santé. Les études scientifiques montrent de très nombreux bénéfices conférés par la pratique régulière. Ces bénéfices concernent en particulier des aspects cognitifs, attentionnels et émotionnels.

Devant la validation thérapeutique retentissante de ce programme et de ces bienfaits, de nombreux programmes et protocoles de pleine conscience alliant thérapie cognitive et pratiques méditatives voient le jour pour traiter des pathologies psychiatriques. Parmi eux, le MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention. Ce programme est dédié à la prévention de la rechute face aux dépendances et aux addictions, en particulier aux substances psychoactives. L'alliance de principes issus des apports des thérapies cognitivo-comportementales associé à la méditation démontre une fois de plus son intérêt thérapeutique en tant qu'outil complémentaire adjuvant à la prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse. La méditation de pleine conscience s'avère plus efficace dans le traitement de l'alcoolodépendance que les méthodes de relaxation. Néanmoins, elle ne se substitue pas aux traitements initiaux (psychothérapeutiques et médicamenteux) mais prend sa place en augmentant l'efficacité de la prise en charge et en diminuant significativement le risque de rechute en s'associant à ces traitements de manière complémentaire.

Le sujet alcoolodépendant, par la pratique de la méditation, améliore son attention et son contrôle émotionnel. Il identifie les pensées du pilote automatique liées au risque de rechute, aux cravings et aux déclencheurs. Il identifie les sensations corporelles prédictives de la perte de contrôle et des impulsions (les prodromes) grâce une amélioration de l'intéroception. Il améliore ses capacités de mise en place de stratégies adaptées et efficaces en vue de la pérennité de son bien-être. La méditation permet également la diminution des symptômes dépressifs et anxieux ainsi que la diminution de leur impact dans l'alcoolodépendance. Les impulsions sont réduites par la pratique. Enfin, l'aspect social du groupe thérapeutique des programmes tels que le MBRP permet une plus forte adhésion et un soutien social. La méditation permet d'améliorer les compétences de résilience et le sentiment d'efficacité personnelle et favorise le rétablissement. Le psychomotricien est formé à la méditation et trouve sa place dans l'utilisation de cet outil thérapeutique impliquant la corporalité et la cognition et la psychologie.

Bibliographie

(2016). Troubles cognitifs liés à l'alcool: nature, impact et dépistage. *La Presse Médicale*, 45(12), 1124-1132.

Al-Khatib, S. M., LaPointe, N. M. A., Kramer, J. M., & Califf, R. M. (2003). What clinicians should know about the QT interval. *Jama*, 289(16), 2120-2127.

Albaret, J. M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2-Méthodes et techniques*. De Boeck Supérieur.

Appel, J., & Kim-Appel, D. (2009). Mindfulness: Implications for substance abuse and addiction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(4), 506.

Bagnis, C. I. (2021). *La méditation de pleine conscience*. Que sais-je.

Beaunieux, M. C. B. P. H., Pitelü, M. A. L., Eustache, P. F., & Vabret, F. (2012). Contribution de la neuropsychologie. *Alcoologie et Addictologie*, 34(2), 121-127.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241.

Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions: an antidote to suffering in the context of substance use, misuse, and addiction. *Substance use & misuse*, 49(5), 487-491.

Bondolfi, G., Jermann, F., & Zermatten, A. (2011). Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience (mindfulness). *Psychothérapies*, 31(3), 167-174.

Boulze, I., Launay, M., & Bruère-Dawson, G. (2008). Lecture psychanalytique du concept d'apsochognosie défini par Fouquet. *L'Evolution psychiatrique*, 73(3), 475-484.

Bowen, S., Chawla, N., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Publications.

Bowen, S., De Boer, D., & Bergman, A. L. (2017). The role of mindfulness as approach-based coping in the PTSD-substance abuse cycle. *Addictive behaviors*, *64*, 212.

Brady, K. T., & Sinha, R. (2005). Co-occurring mental and substance use disorders: the neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, *162*(8), 1483-1493.

Brousse, G., Geneste-Saelens, J., Cabe, J., & Cottencin, O. (2018). Alcool et urgences. *La Presse Médicale*, *47*(7-8), 667-676.

Carlier, P., & Pull, C. (2006, March). Les troubles anxieux comme facteurs de risque pour la dépression et les troubles liés à l'utilisation d'alcool. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 164, No. 2, pp. 122-128). Elsevier Masson.

Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic medicine*, *65*(4), 571-581.

Carpentier, D., Romo, L., Bouthillon-Heitzmann, P., & Limosin, F. (2015). Mindfulness-based-relapse prevention (MBRP): Evaluation of the impact of a group of Mindfulness Therapy in alcohol relapse prevention for alcohol use disorders. *L'encephale*, *41*(6), 521-526.

Clark, H. W., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M., & Sees, K. L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of substance abuse treatment*, *20*(2), 121-127.

Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique: Fondements et mise en oeuvre*. Dunod.

Cottraux, J. (2020). *Les psychothérapies cognitives et comportementales*. Elsevier Health Sciences.

Couzigou, P. (2006). Réagir contre la dépendance et pour la langue française. *Alcoologie & Addictologie*, 28, 369-74.

Cyrulnik, B., Bustany, P., Oughourlian, J. M., André, C., Janssen, T., & Van Eersel, P. (2012). *Votre cerveau n'a pas fini de vous étonner: entretiens avec Patrice Van Eersel*. Albin Michel.

Cyrulnik, B., Martin, N., Spire, A., & Vincent, F. (2009). *La résilience*. Le Bord de l'eau.

Dervaux, A., & Laqueille, X. (2018). Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale*, 47(6), 575-585.

Dervaux, A., & Laqueille, X. (2018). Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale*, 47(6), 575-585.

Dervaux, A., & Laqueille, X. (2018). Comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance. *La Presse Médicale*, 47(6), 575-585.

El beze Rimasson, D., Bouvet, C., & Hamdi, H. (2018). La gestion des émotions et ses déficits, chez les personnes atteintes de douleur chronique: une revue systématisée des études relatives à l'alexithymie, à l'intelligence émotionnelle, à la régulation émotionnelle et au coping. *Psychologie française*, 63(1), 51-72.

Éraldi-Gackière, D., & Boudoukha, A. H. (2010). Alcoolodépendance et trouble de stress post-traumatique. Epidémiologie, étiologie et psychothérapies validées empiriquement. *Alcoologie et addictologie*, 32(4), 307-317.

Farges, F., & Farges, S. (2002). Alexithymie et substances psychoactives: revue critique de la littérature. *Psychotropes*, 8(2), 47-74.

Farges, F., Corcos, M., Speranza, M., Loas, G., Perez-Diaz, F., Venisse, J. L., ... & Jeammet, P. (2004). Alexithymie et toxicomanie: lien avec la dépression. *L'Encéphale*, 30(3), 201-211.

FIDELLE, G., DE KERGUNIC, T. S., & AUXEMERY, Y. (2009). Addictions et trauma: données épidémiologiques et cliniques. *Revue francophone du Stress et du Trauma*, 9(1), 45-54.

Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction science & clinical practice*, 13(1), 1-14.

Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P., & Le Gall, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif. *Revue neurologique*, 164, S119-S127.

Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle*. J'ai lu.

Grant, J. A., Courtemanche, J., Duerden, E. G., Duncan, G. H., & Rainville, P. (2010). Cortical thickness and pain sensitivity in zen meditators. *Emotion*, 10(1), 43.

Hasenkamp, W., & Barsalou, L. W. (2012). Effects of meditation experience on functional connectivity of distributed brain networks. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 38.

Hasenkamp, W., Wilson-Mendenhall, C. D., Duncan, E., & Barsalou, L. W. (2012). Mind wandering and attention during focused meditation: a fine-grained temporal analysis of fluctuating cognitive states. *Neuroimage*, 59(1), 750-760.

Jouanne, C. (2006). L'alexithymie: entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*, 12(3), 193-209.

Kabat-Zinn, J. (2016). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. De Boeck Supérieur.

Katchman, A. N., McGroary, K. A., Kilborn, M. J., Kornick, C. A., Manfredi, P. L., Woosley, R. L., & Ebert, S. N. (2002). Influence of opioid agonists on cardiac human ether-a-go-go-related gene K⁺ currents. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 303(2), 688-694.

- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American journal of psychiatry*, *152*(7), 1026-1032.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *52*(12), 1048-1060.
- Krantz, M. J., Martin, J., Stimmel, B., Mehta, D., & Haigney, M. C. (2009). QTc interval screening in methadone treatment. *Annals of internal medicine*, *150*(6), 387-395.
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance use & misuse*, *45*(7-8), 1131-1160.
- Lécallier, D., & Michaud, P. (2004). L'entretien motivationnel. *Alcoologie et addictologie*, *26*(2), 129-134.
- Madieu, E., & Swiatek, C. (2018). *Programme Rééducation fonctionnelle psychomotrice des fonctions exécutives: TDAH et troubles exécutifs*. De Boeck Supérieur.
- Menecier, P., Rotheval, L., Plattier, S., Fernandez, L., & Ploton, L. (2016). Le déni en alcoologie, à travers ce qu'il n'est pas. *Drogues, santé et société*, *15*(2), 39-59.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2019). *L'entretien motivationnel-2e éd.: Aider la personne à engager le changement*. InterEditions.
- Moins, P. (2010). Alcool et nouvelles cliniques? De l'apsychognosie de Fouquet au binge drinking comme conduite à risque. *La revue lacanienne*, (2), 53-64.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain*, *134*(3), 310-319.
- Naciri, L. (2020). Influence des prédispositions à la méditation sur les modifications des fonctions attentionnelles et exécutives avec l'avancée en âge.

Nila, K., Holt, D. V., Ditzen, B., & Aguilar-Raab, C. (2016). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) enhances distress tolerance and resilience through changes in mindfulness. *Mental Health & Prevention, 4*(1), 36-41.

Pech, A., Grieder, E., & La Combe, F. (2020). *Humanisme et Mindfulness, une éducation pour le XXIe siècle*. Dervy.

Pitel, A. L., Lannuzel, C., Viader, F., Vabret, F., Eustache, F., & Beaunieux, H. (2013). Alcoolodépendance et syndrome de Korsakoff: un continuum?. *Revue de neuropsychologie, 5*(3), 179-186.

Ricard, M. (2011). *L'art de la Méditation*. NiL.

Ritz, L., Lannuzel, C., Boudehent, C., Vabret, F., Bordas, N., Segobin, S., ... & Beaunieux, H. (2015). Validation d'un outil de dépistage rapide des troubles neuropsychologiques consécutifs à l'alcoolodépendance (BEARNI). *European Psychiatry, 30*(S2), S103-S103.

Rogers, C. R. (1995). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin Harcourt.

Rogers, C. R., & Farson, R. E. (1957). *Active listening* (p. 84). Chicago, IL.

Rubia, K. (2009). The neurobiology of meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders. *Biological psychology, 82*(1), 1-11.

Sala, L., Romo, L., Martinotti, G., Rouillon, F., Janiri, L., & Dubertret, C. (2013). Dimensions de personnalité et trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité: étude multicentrique des patients d'alcoolodépendants. *European Psychiatry, 28*(S2), 5-5.

Shonin, E., & Van Gordon, W. (2016). The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *International journal of mental health and addiction, 14*(5), 844-849.

Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). Mindfulness as a treatment for behavioural addiction. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 5(1).

SIMON, E. (2021). ÉCOUTE ACTIVE.

Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.

Tarquino, C., & Montel, S. (2014). *Les psychotraumatismes: histoire, concepts et applications*. Dunod.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.

Tremblay, J., & Simoneau, H. (2010). Trois modèles motivationnels et le traitement de la dépendance aux substances psychoactives. *Drogues, santé et société*, 9(1), 165-210.

TROUBLE, L. (2020). TDAH et addictions.

Vabret, F., Lannuzel, C., Cabe, N., Ritz, L., Boudehent, C., Eustache, F., ... & Beaunieux, H. (2016). Troubles cognitifs liés à l'alcool: nature, impact et dépistage. *La Presse Médicale*, 45(12), 1124-1132.

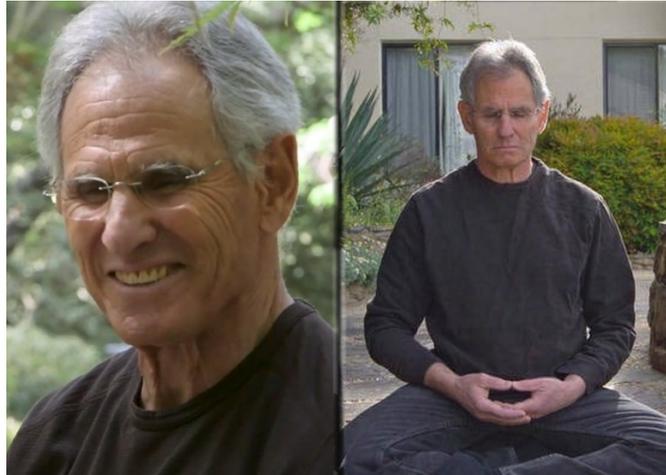
Von Hammerstein-Equord, F., & Fee, C. (2018). *Mindfulness et addictions: évaluation du programme MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention) chez des patients présentant une addiction avec ou sans substance* (Doctoral dissertation, Paris 10).

Waechter, R. L., & Wekerle, C. (2015). Promoting resilience among maltreated youth using meditation, yoga, tai chi and qigong: A scoping review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 32(1), 17-31.

Weglowska, D. (2017). Évaluation des relations entre pleine conscience dispositionnelle, cultivée et fonctions exécutives.

Annexes

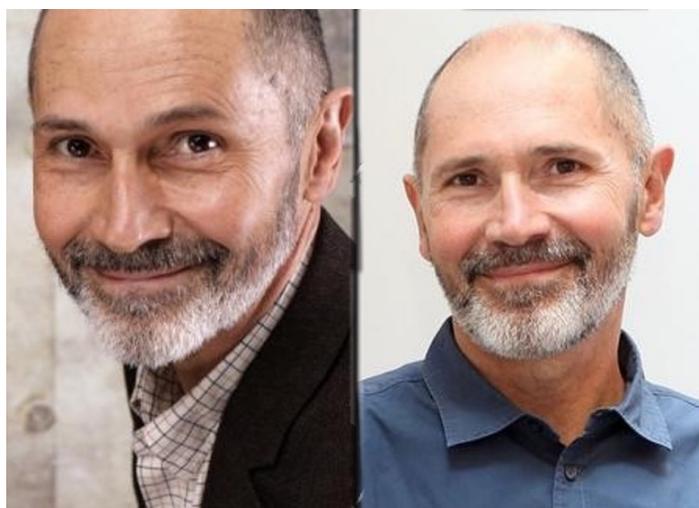
Jon Kabat-Zin



Né le 5 juin 1944, Jon Kabat-Zin est professeur, biologiste moléculaire, médecin et écrivain. Il fonde et dirige la Clinique de Réduction du Stress (Stress Reduction Clinic) et le Centre pour la Pleine Conscience (Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society) de l'université médicale du Massachusetts. Il est le premier à s'inspirer du bouddhisme pour l'allier à la science.

Il écrit des ouvrages tels que *L'éveil des sens – Vivre l'instant présent grâce à la pleine conscience* (2009), *Où tu vas-tu es : Apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes* (2013), *Au cœur de la tourmente : la pleine conscience – MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness : programme complet en 8 semaines* (2014).

Christophe André

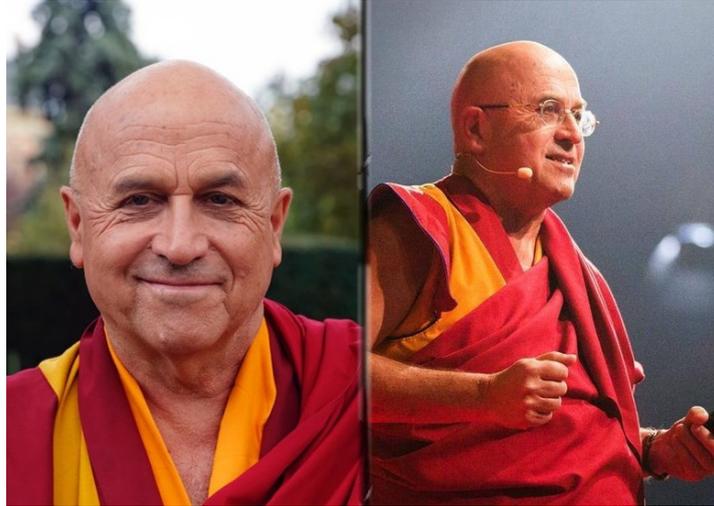


Né le 12 juin 1956, Christophe André est un psychothérapeute, psychiatre et médecin écrivain formé à l'Université Paul Sabatier à Toulouse. Il exerce ensuite à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris dans le service hospitalo-universitaire de santé mentale et thérapeutique.

Il est spécialiste du soin des troubles anxieux et dépressifs et dans la prévention de la rechute. Il est l'un des protagonistes français les plus éminents concernant les TCC et sera l'un des premiers à introduire l'usage de la méditation en psychothérapie. Il est considéré comme l'un des pionniers de la Méditation Pleine Conscience en tant que méthode thérapeutique en France.

Parmi ces nombreuses publications, on retrouve des ouvrages écrits conjointement avec Matthieu Ricard et Alexandre Jollien, *Trois en quête de sagesse* et *Abécédaire de la sagesse* ou encore des ouvrages dont il est seul auteur et qui concernent la Pleine Conscience tels que *Le temps de méditer*, *3 minutes à méditer* et bien d'autres. Christophe André réalise également certaines préfaces d'ouvrages de Jon Kabat-Zin et de Matthieu Ricard.

Matthieu Ricard



Matthieu Ricard, né le 15 février 1946, est moine bouddhiste. Il effectue un premier voyage en Inde en 1967 où il rencontre de grands maîtres spirituels tibétains. En parallèle, il termine son doctorat en génétique cellulaire en 1972 et part ensuite s'installer en Himalaya où il pratique la méditation de manière intensive.

Il est auteur de nombreux ouvrages philosophiques, spirituels et concernant la méditation. Il écrit notamment *Trois amis en quête de sagesse* et *A nous la liberté !* (avec Alexandre Jollien et Christophe André) ou encore *Le Cerveau et la méditation* (avec Wolf Singer). Il partage donc une mission commune avec Christophe André dans la promotion de la Pleine Conscience en France et dans le monde.

Il est également photographe (publications sur le Tibet, les moines bouddhistes etc) et traducteur ; Il traduit de textes bouddhistes. Il est l'interprète français du Dalai Lama depuis 1989 et consacre sa vie à l'étude et à la pratique du bouddhisme auprès des plus grands maîtres spirituels tibétains de notre époque.

Richard Davidson



Richard Davidson, né le 12 décembre 1951 à Brooklyn est un professeur de psychologie et de psychiatrie diplômé de l'Université de Harvard. Il est directeur du Waisman Laboratory for Brain Imaging and Behavior et fondateur du Center for Healthy Minds à l'Université du Wisconsin – Madison.

Il est un chercheur en neurosciences de renommé mondial qui a publié des centaines d'articles scientifiques et participé à la rédaction d'une dizaine d'ouvrages tel que « *Altered Traits : Science Reveals How Meditation Changes Your Mind, Brain, and body* » avec Daniel Goleman (2017).

Ses recherches sont axées sur les implications neuronales des émotions et sur les méthodes de promotion de l'épanouissement humain, telles que la méditation et les pratiques contemplatives. Ses études ont porté sur des sujets de tout âge mais également sur des personnes atteintes de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et d'autisme. Il a également étudié de grands pratiquants experts de Pleine Conscience tels que Matthieu Ricard, ayant des dizaines de milliers d'heures d'expérience. Ses analyses se sont effectuées par le biais de méthodes telles que l'IRM, l'électroencéphalographie mais également des méthodes génétiques et épigénétiques.

Antoine Lutz



Antoine Lutz, docteur en neurosciences, est chargé de recherche à l'INSERM. Il effectue sa thèse de neurosciences cognitives à Paris avec Francisco Varela, neurobiologiste.

Au cours de son travail postdoctoral auprès de Richard Davidson à l'Université de Madison, il est parmi les premiers à utiliser l'imagerie cérébrale dans le but d'étudier les effets de la pratique de la Pleine Conscience chez des experts méditants de la tradition Bouddhiste ainsi que chez des novices formés avec le programme MBSR.

Lorsqu'il rejoint l'INSERM à Lyon en 2013, il axe ses recherches, en collaboration avec son équipe, sur la compréhension des fondements neurophysiologiques du Mindfulness et de leurs impacts sur la conscience, l'attention, la régulation des émotions et la perception de la douleur.

Ce mémoire a été supervisé par Mme Deborah Innocent Mutel

A handwritten signature in grey ink, appearing to read 'Mutel', with a long horizontal flourish extending to the right.