

# Introduction à la pleine conscience

Tout le catalogue sur  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)



P S Y C H O   S U P

Sous la direction de  
Estelle Fall

# Introduction à la pleine conscience

DUNOD

Conseiller éditorial :  
Cyril Tarquinio

Illustration de couverture :  
Franco Novati

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--



© Dunod, 2016

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074022-2

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

---

## Liste des auteurs

---

### Sous la direction de :

Estelle FALL    Maître de conférences en psychologie de  
la santé à l'Université de Lorraine (Metz)

### Avec la collaboration de :

Marie BAYOT    Doctorante, aspirante F.R.S.-FNRS (Fonds  
National de la Recherche Scientifique),  
Université catholique de Louvain-la-Neuve  
(Belgique)

Marjorie BERNIER                                    Maître de conférences en STAPS à l'Uni-  
versité de Caen-Basse-Normandie

Thierry CARDOSO                                   Médecin de santé publique à l'Institut de  
Veille Sanitaire (Saint-Maurice, 94)

Arnaud CARRÉ                                        Maître de conférences en psychopathologie  
cognitive et psychologie clinique à l'Uni-  
versité de Savoie-Mont Blanc (Chambéry)

Nadia CHAKROUN                                   Maître de conférences en psycho-  
logie à l'Université Blaise Pascal  
(Clermont-Ferrand)

Maryline CHALMETON                             Assistante de recherche clinique et psycho-  
logue dans le service d'addictologie du CHU  
Gabriel Montpied (Clermont-Ferrand)

Cécile DANTZER                                    Maître de conférences en psychologie  
clinique à l'université de Bordeaux

Greg DÉCAMP                                        Maître de conférences HDR en psychologie  
du sport et de la santé à l'Université de  
Bordeaux

Alicia FOURNIER                                   Doctorante en psychologie à l'Université  
Blaise Pascal (Clermont-Ferrand)

Aurélie GAUCHET	Maître de conférences en psychologie à l'Université Grenoble-Alpes
Philippe GUILLAUME	Psychologue clinicien à Grenoble
Bruno HARLÉ	Praticien hospitalier à l'Hôpital du Vinatier, Unité d'hospitalisation d'enfants (Bron, 69)
Béatrice LAMBOY	Directrice des programmes à l'INPES et chercheur, Université de Savoie-Mont Blanc (Chambéry)
Emmanuelle LE BARBENCHON	Maître de conférences en psychologie à l'Université de Savoie-Mont Blanc (Chambéry)
Martial MERMILOD	Professeur de psychologie à l'Université Grenoble-Alpes
Laurie MONDILLON	Maître de conférences en psychologie à l'Université Blaise Pascal (Clermont-Ferrand)
Sonia PELLISSIER	Maître de conférences en psychophysio- logie à l'Université de Savoie-Mont Blanc (Chambéry)
Alexis RUFFAULT	Doctorant en psychologie à l'Université Paris-Descartes
Sarah SCHIMCHOWITSCH	Chercheur CNRS, université de Strasbourg
Rébecca SHANKLAND	Maître de conférences en psychologie à l'Université Grenoble-Alpes
Lionel STRUB	Enseignant-chercheur à Grenoble, École de Management
Cyril TARQUINIO	Professeur de psychologie à l'Université de Lorraine (Metz)
Nicolas VERMEULEN	Professeur de psychologie à l'Université catholique de Louvain-la-Neuve (Belgique)
Isabelle WATIN-AUGOUARD	Psychologue clinicienne et doctorante à l'Université Grenoble-Alpes

---

# Table des matières

---

INTRODUCTION	1
<b>1. Définition de la pleine conscience : réflexion autour d'un consensus</b>	3
<b>2. Quantifier la pleine conscience : les dispositions à la pleine conscience et leurs échelles d'évaluation</b>	6
<b>3. Intégration de la pleine conscience dans la pratique clinique : entraînement à la pleine conscience et interventions psychothérapeutiques</b>	10
3.1 MBSR ( <i>Mindfulness-Based Stress Reduction</i> – Kabat-Zinn, 1990) : entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience	10
3.2 MBCT ( <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> – Teasdale, Segal, et Williams, 1995 ; Segal, Williams, et Teasdale, 2002) : thérapie cognitive basée sur la pleine conscience	12
<b>4. Recherches sur la pleine conscience : vers une identification de ses bénéfices et mécanismes</b>	15
<b>Remerciements</b>	19
CHAPITRE 1      PLEINE CONSCIENCE ET TROUBLES ANXIO-DÉPRESSIFS : PERSPECTIVE NEUROSCIENTIFIQUE	21
<b>1. Dompter les troubles anxio-dépressifs</b>	23
1.1 Corrélats neuronaux des troubles anxio-dépressifs	23
1.2 Les effets bénéfiques de la pleine conscience	24
<b>2. Futures orientations... à suivre</b>	26
<b>3. Quand « chasser le naturel » ne le fait pas systématiquement « revenir au galop »</b>	27
CHAPITRE 2      PLEINE CONSCIENCE ET ADDICTIONS : DE LA PRÉVENTION À LA PRISE EN CHARGE	31
<b>1. Quel lien entre la consommation de substances et la pleine conscience ?</b>	33
<b>2. Petit état des lieux des recherches dans le domaine</b>	34
2.1 La disposition naturelle à la pleine conscience et la consommation de substances : des résultats contradictoires	35

2.2	Les interventions thérapeutiques basées sur la pleine conscience dans les troubles liés à la consommation de substances : des résultats encourageants mais insuffisants	36
<b>3.</b>	<b>Projets en cours et pistes pour les recherches futures</b>	<b>38</b>
<b>4.</b>	<b>Applications et conseils pratiques</b>	<b>39</b>
CHAPITRE 3	EFFETS DE LA PLEINE CONSCIENCE CHEZ LES ENFANTS PRÉSENTANT UN TROUBLE DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ	43
<b>1.</b>	<b>État des lieux des recherches dans le domaine</b>	<b>45</b>
<b>2.</b>	<b>Domaines de recherche actuels proches : parents d'enfants TDAH et adultes TDAH</b>	<b>49</b>
2.1	Programmes de pleine conscience pour les parents d'enfants TDAH	50
2.2	Pleine conscience et adultes TDAH	51
<b>3.</b>	<b>Conclusion : utilité de la pleine conscience chez les enfants souffrant de TDAH</b>	<b>52</b>
CHAPITRE 4	APPORTS DE LA PLEINE CONSCIENCE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PROBLÈMES D'OBÉSITÉ : UNE APPROCHE HOLISTIQUE D'UNE MALADIE AUX MULTIPLES FACETTES	55
<b>1.</b>	<b>Obésité : synthèse d'une approche globale</b>	<b>57</b>
1.1	Étiologie et déterminants	58
1.2	Prises en charge	60
<b>2.</b>	<b>Pleine conscience et mécanismes d'action sur les déterminants de l'obésité</b>	<b>61</b>
2.1	L'alimentation émotionnelle	61
2.2	L'insatisfaction corporelle	63
2.3	Perte de poids et maintien du poids à long terme	63
<b>3.</b>	<b>Perspectives de recherches</b>	<b>64</b>
3.1	Déconnexion psychosensorielle et pleine conscience	64
3.2	L'accompagnement de l'amaigrissement ou de maintien du poids par la pleine conscience	65
3.3	La pleine conscience pour résister aux influences du marketing alimentaire	66



<b>4. Implications pratiques pour l'accompagnement des personnes en surpoids</b>	67
<b>5. Conclusion</b>	68
CHAPITRE 5 LA PLEINE CONSCIENCE POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES	71
<b>1. La pleine conscience: une voie d'action sur les mécanismes impliqués dans les troubles des conduites alimentaires</b>	75
1.1 L'insatisfaction corporelle	76
1.2 Perturbations de la conscience émotionnelle et corporelle	77
1.3 La régulation émotionnelle	78
<b>2. Perspectives de recherche</b>	80
2.1 Adaptation de programmes de pleine conscience en population francophone	80
2.2 Favoriser une meilleure intégration des pratiques dans le quotidien	80
2.3 La pleine conscience par le toucher pour réduire la déconnexion psychosensorielle	82
2.4 Restriction cognitive et pleine conscience	83
<b>3. Implications et recommandations pratiques pour l'accompagnement et la prévention</b>	84
3.1 Adaptation des programmes de pleine conscience: aspects pratiques	84
3.2 La pleine conscience en prévention des conduites alimentaires problématiques	85
<b>4. Conclusion</b>	86
CHAPITRE 6 MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE CHRONIQUE: ÉTAT DES CONNAISSANCES, PROCESSUS ET PERSPECTIVES	89
<b>1. État des lieux des recherches dans le domaine: quels sont les effets de la pleine conscience dans la prise en charge des maladies chroniques?</b>	91
<b>2. Pistes pour les recherches futures</b>	94
<b>3. Utilité et apport de la pleine conscience dans la problématique de la maladie chronique</b>	97

CHAPITRE 7	PLEINE CONSCIENCE ET GESTION DES DOULEURS CHRONIQUES : L'IMPACT PSYCHOLOGIQUE ET NEUROPHYSIOLOGIQUE	105
<b>1. État des lieux de la recherche dans le domaine de la pleine conscience et la douleur chronique</b>		107
1.1	Mécanismes neurophysiologiques de la perception de la douleur	108
1.2	Les effets de la méditation de pleine conscience sur la perception de la douleur	109
<b>2. Présentation d'une étude de cas clinique</b>		111
2.1	Anamnèse de la patiente	112
2.2	Analyse qualitative	112
2.3	Analyse quantitative	114
<b>3. Utilité et apport de la pratique de la pleine conscience dans le domaine de la douleur</b>		115
CHAPITRE 8	PLEINE CONSCIENCE ET ACTIVITÉ PHYSIQUE : DE LA PSYCHOPATHOLOGIE AUX COMPORTEMENTS DE SANTÉ	119
<b>1. Pleine conscience, activité physique et santé : état des connaissances scientifiques</b>		121
1.1	Activité physique, pleine conscience et santé mentale	121
1.2	Pleine conscience et changement de comportements de santé	123
1.3	Apports de la théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1985)	125
1.4	Apports de la théorie du comportement planifié (Ajzen, 1991)	126
<b>2. Perspectives de recherche</b>		126
2.1	Quelles sont les variables en jeu ?	127
2.2	Importance des dispositifs méthodologiques	128
<b>3. Applications et conseils pratiques : comment intégrer la pleine conscience dans les activités physiques ?</b>		129
<b>4. Conclusion</b>		130
CHAPITRE 9	IMPACT DE LA PRATIQUE DE LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE SUR LES FONCTIONS COGNITIVES ET LEURS SUBSTRATS NEURONAUX	133
<b>1. État des lieux de la recherche</b>		135
<b>2. Pistes pour les recherches futures</b>		141

<b>3. Applications et utilité de la pleine conscience dans le domaine cognitif</b>	142
CHAPITRE 10 PLEINE CONSCIENCE ET EMPATHIE : UNE RESSOURCE POUR LES INTERVENANTS ET UNE PRATIQUE À REMETTRE EN CONTEXTE	145
<b>1. État des lieux des recherches</b>	147
<b>2. Perspectives de recherche</b>	152
<b>3. Applications et apports de la recherche</b>	153
CHAPITRE 11 PLEINE CONSCIENCE ET COMPORTEMENTS SOCIAUX : COMPORTEMENTS ALTRUISTES ET AGRESSIFS	157
<b>1. Pleine conscience et agressivité</b>	160
<b>2. Pleine conscience et altruisme</b>	163
<b>3. Limites, perspectives et applications</b>	166
CHAPITRE 12 PLEINE CONSCIENCE ET RELATION DE COUPLE : UNE PERSPECTIVE LIÉE À L'ATTACHEMENT	169
<b>1. État des lieux des recherches dans le domaine</b>	171
1.1 La pleine conscience comme une disposition naturelle	175
1.2 Entraînement à la pratique de la pleine conscience	177
<b>2. Pistes pour les recherches futures</b>	180
<b>3. Applications et conseils pratiques</b>	182
CHAPITRE 13 PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS PAR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PLEINE CONSCIENCE ET DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES	187
<b>1. Définition des notions clés</b>	190
1.1 La prévention et la promotion de la santé mentale	190
1.2 Les compétences psychosociales	190
1.3 Les interventions de développement des CPS	192
<b>2. Présentation des interventions d'origine : les interventions CPS et les interventions PCs</b>	192
2.1 Les interventions CPs	192
2.2 Les interventions PCS	193
<b>3. Les interventions intégratives CPS et PCs : une synthèse de littérature</b>	194

3.1	Les interventions CPS (PCs)	195
3.2	Les interventions PCs (CPS)	197
3.3	Les interventions CPS et PCs	198
<b>4.</b>	<b>Projets CPS et PCs en cours</b>	<b>200</b>
4.1	Des référentiels d'intervention	200
4.2	Une modélisation d'intervention CPS et PCs	201
CHAPITRE 14	LA PLEINE CONSCIENCE POUR FACILITER L'ADAPTATION DES ÉTUDIANTS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR	207
<b>1.</b>	<b>État des lieux des recherches sur l'application de la pleine conscience à l'enseignement supérieur</b>	<b>211</b>
1.1	Développer les compétences émotionnelles	211
1.2	Stimuler le développement des compétences cognitives	212
1.3	Vers l'enrichissement des compétences sociales	213
<b>2.</b>	<b>Faire face grâce à la pleine conscience</b>	<b>214</b>
2.1.	Un programme multi-ressources	214
2.2	Une première application en contexte universitaire	219
2.3	La pleine conscience sur le terrain de l'entrepreneuriat : le projet « Itinéraire de réussite » en école de management	220
<b>3.</b>	<b>Enjeux et défis de la pleine conscience dans l'enseignement supérieur : pistes de réflexion</b>	<b>221</b>
3.1.	Des publics spécifiques	221
3.2.	Relever les challenges	222
CONCLUSION		225
LISTE DES ABRÉVIATIONS DE L'OUVRAGE		229
BIBLIOGRAPHIE		231
INDEX DES NOTIONS		269

# INTRODUCTION<sup>1</sup>

---

1. Par Estelle Fall.

# Sommaire

<b>1. Définition de la pleine conscience : réflexion autour d'un consensus.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Quantifier la pleine conscience : les dispositions à la pleine conscience et leurs échelles d'évaluation.....</b>	<b>6</b>
<b>3. Intégration de la pleine conscience dans la pratique clinique : entraînement à la pleine conscience et interventions psychothérapeutiques.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Recherches sur la pleine conscience : vers une identification de ses bénéfices et mécanismes .....</b>	<b>15</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>19</b>

---

## 1. Définition de la pleine conscience : réflexion autour d'un consensus

---

La pleine conscience (ou *mindfulness*) tire essentiellement son origine de la tradition bouddhiste. Elle fait partie d'une discipline de vie plus large consistant à réduire sa souffrance et celle d'autrui en luttant contre l'ignorance, notamment par la pratique de la méditation et l'application de comportements éthiques (*e. g.*, ne pas tuer, mentir, voler...) (Baer, 2015). Depuis une trentaine d'années, la pleine conscience a été adaptée à la culture occidentale à des fins thérapeutiques et de développement personnel, indépendamment du socle spirituel dans lequel elle est née.

Il n'existe pas actuellement de réel consensus autour de la définition de ce concept dans la littérature scientifique (Shapiro, 2009; Csillik et Tafticht, 2012). En effet, il est utilisé pour désigner un construit théorique, un état de conscience, une pratique méditative, ou encore un processus psychologique (Chambers, Gullone, et Allen, 2009). À ces difficultés, vient s'ajouter le fait que certains auteurs francophones arguent que le terme « pleine conscience » ne recouvre pas exactement la même signification que son homologue anglais (Csillik et Tafticht, 2012). Pour des raisons de simplicité de lecture, nous emploierons, dans cet ouvrage, le terme « pleine conscience » comme un synonyme de celui de *mindfulness*.

La définition la plus communément admise est celle de Kabat-Zinn (1994, p. 4) qui la considère comme « le fait de porter son attention délibérément sur l'expérience qui se déroule au moment présent, sans jugement de valeur ». Selon cet auteur, la pleine conscience est une invitation à vivre du mieux que l'on peut chaque moment en étant pleinement conscient, avec un cœur ouvert, un esprit dépourvu de jugement et sans chercher à être ailleurs, à réaliser quelque chose ou se laisser entraîner dans un flux de pensées conceptuelles. Cette invitation concerne tout ce qui peut être vu, senti ou perçu sans élaboration cognitive, directement appréhendé à travers les cinq sens et l'esprit, qui est considéré dans la culture bouddhiste comme une autre porte sensorielle (Kabat-Zinn, 2003).

D'autres définitions, relativement proches, ont été proposées. Par exemple, Baer (2003, p 125) la décrit comme « une observation dénuée de jugement du flux continu de stimuli internes et externes ». Selon Brown et ses collaborateurs (2007, p 212), elle correspond à « une attention réceptive et conscience de l'expérience et des événements présents ». Elle représente donc un état de conscience qui permet d'être présent à la réalité et attentif aux événements internes et externes, par opposition

au «pilote automatique» qui consiste à agir de façon réactive, conditionné par les expériences antérieures et les schémas de pensées préétablis (Brown, Ryan, et Creswell, 2007a). Il s'agit d'une conscience claire (*i. e.*, également qualifiée de «pure» ou «brute») de l'instant présent, dans laquelle les pensées, émotions et sensations sont simplement observées et subissent une interférence limitée avec l'activité cognitive habituelle. La pleine conscience a également été décrite comme le passage d'un «mode faire», dans lequel l'esprit est constamment occupé à chercher des solutions pour réduire l'écart entre «ce que nous souhaitons» et «ce qui est», à un «mode être», dans lequel l'expérience présente est vécue sans attente particulière (Williams, 2010). Notons à ce propos que, si la pleine conscience implique d'être pleinement centré sur le moment présent, elle ne signifie aucunement vivre sans prise en considération des conséquences futures (*i. e.*, «vivre dans le présent» n'est «pas vivre pour le présent», Zimbardo et Boyd, 1999). La pleine conscience permet une certaine prise de distance avec la réalité qui aide à la voir plus clairement. Elle ne doit pas être confondue avec un manque d'intérêt, puisqu'elle permet, au contraire, d'être pleinement engagé dans l'expérience vécue (Brown *et al.*, 2007).

Une conception différente de la pleine conscience est apportée par d'Ellen Langer qui la définit à travers une théorie socio-cognitive par opposition à un mode automatique, sans conscience (*mindlessness*). Selon cette théorie, la pleine conscience se traduit par la direction de l'attention sur l'environnement et son observation curieuse avec un engagement actif dans le présent. Elle correspond à une sensibilité et une vigilance accrues dans lesquelles le sujet se centre sur la découverte de nouveaux éléments. Cela aboutit à l'acquisition de connaissances (apprentissage créatif) et à la prise en considération de perspectives multiples par rapport à l'expérience vécue. La pleine conscience représente ainsi une façon de ne pas se laisser gouverner par les règles établies et les habitudes (Langer et Moldoveanu, 2000).

Le débat autour de la conceptualisation de la pleine conscience concerne également sa structure. Pour certains, la pleine conscience est un concept unidimensionnel. C'est le cas de Brown et Ryan (2003), qui proposent que la capacité à rester présent vis-à-vis de l'expérience qui se déroule moment après moment englobe l'acceptation et le non-jugement de cette expérience. En effet, selon ces auteurs, l'évitement de l'expérience et l'élaboration cognitive associée au jugement représentent eux-mêmes des déviations d'une expérience complète de l'instant présent. D'autres chercheurs ont proposé de modéliser la pleine conscience à travers plusieurs composantes. Leur objectif était d'opérationnaliser la définition de la



pleine conscience et la rendre testable dans la recherche scientifique. Ainsi Bishop et ses collaborateurs (2004) décrivent un modèle à deux composantes dans lequel la pleine conscience est conceptualisée comme un processus psychologique, une compétence qui peut être développée par la pratique, non restreinte à la méditation. La première composante est l'autorégulation de l'attention. Il s'agit d'une capacité métacognitive qui consiste à maintenir son attention sur l'expérience immédiate et ainsi augmenter la reconnaissance des événements mentaux (pensées, émotions et sensations). Cette capacité repose sur le fonctionnement de trois processus : attention soutenue, flexibilité cognitive et inhibition de l'élaboration de la pensée. La deuxième dimension correspond à l'orientation vers l'expérience, qui est caractérisée par la curiosité, l'ouverture et l'acceptation. Il s'agit d'être ouvert et réceptif par rapport à ce qui arrive dans le champ de la conscience, en considérant toutes les pensées, émotions et sensations comme des événements mentaux susceptibles d'être observés sans jugement. Par la suite, Shapiro, Carlson, Astin, et Freedman (2006) ont défini un modèle avec trois composantes agissant simultanément dans un même processus cyclique. Aux deux premières composantes très proches de celles décrites par Bishop, nommées ici « attention » et « attitude », s'ajoute l'intention. Cette dernière renvoie aux raisons pour lesquelles la pleine conscience est pratiquée. Ce découpage en composantes fait référence à la question plus large des mécanismes de la pleine conscience que nous aborderons plus loin.

Face à cette pluralité de définitions, certains ont également proposé de simplifier le concept, principalement pour le rendre compréhensible aux yeux des patients. Carmody (2009) conceptualise ainsi ce phénomène comme un entraînement de l'attention. La pratique de la pleine conscience permet en effet d'acquérir une plus grande maîtrise de l'attention pour apprendre à percevoir ses pensées, émotions et sensations comme de simples événements mentaux, plutôt que de se focaliser sur le contenu subjectif de l'expérience. L'attention est ainsi dégagée du processus d'élaboration et peut se redéployer vers d'autres aspects de la situation, ce qui favorise un vécu de l'expérience plus large et authentique. Avec l'entraînement, la reconnaissance de cette expérience peut se faire sans effort. Carmody (2009) fait un parallèle avec l'apprentissage de la lecture, pour lequel il est d'abord nécessaire d'apprendre à déchiffrer des lettres, puis des mots et enfin des phrases ayant une signification à part entière. Après un apprentissage conséquent, une page de lecture devient facilement accessible à la compréhension. Il en va de même pour notre expérience, qui peut être décryptée sans effort grâce à un entraînement attentionnel et un désapprentissage des habitudes

antérieures *via* la pratique de la pleine conscience. Notons tout de même que, si elle a l'avantage d'être plus facilement maniable d'un point de vue clinique, pour certains auteurs une définition trop simpliste de la pleine conscience est réductrice, dans le sens où elle dénature le concept par rapport à sa forme première originaire de la culture bouddhiste et lui fait perdre de sa richesse (Grossman, 2008; Chambers *et al.*, 2009).

Bien que les discussions autour de la définition de ce concept ne soient pas closes, la plupart des auteurs s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un phénomène complexe, impliquant plusieurs composantes ou facettes (Leary et Tate, 2007). Il est en effet difficile de définir la pleine conscience car elle n'est réellement accessible que par la pratique et difficilement descriptible avec des mots. Chacun la définit donc en fonction des intérêts qu'il y retrouve (Shonin, Van Gordon, et Griffiths, 2015). Malgré ces divergences, les auteurs sont généralement d'accord sur le fait que la pleine conscience :

- 1) implique une attention soutenue sur le moment présent;
- 2) requiert un effort délibéré (du moins lorsque le pratiquant n'est pas encore expérimenté);
- 3) est facilitée par le recours à des exercices de méditation et l'utilisation d'un point d'ancrage (*e. g.*, observation de la respiration);
- 4) peut être cultivée par d'autres voies que la méditation (*e. g.*, pratique intégrée dans la vie quotidienne);
- 5) concerne l'observation des processus sensoriels, affectifs et cognitifs et/ou des stimuli externes;
- 6) ne constitue pas une modification de l'expérience, mais une observation de l'expérience telle qu'elle se déroule;
- 7) intègre une dimension d'acceptation ou non-jugement de cette expérience.

---

## 2. Quantifier la pleine conscience : les dispositions à la pleine conscience et leurs échelles d'évaluation

---

L'introduction de la pleine conscience dans nos sociétés occidentales, à destination de la recherche ou de la clinique, a rendu nécessaire sa quantification. Elle a ainsi été considérée comme un trait de personnalité (*i. e.*, disposition à la pleine conscience) évaluable par le biais de

questionnaires et comme une compétence mesurable suite à un entraînement (*i. e.*, méditation ou interventions cliniques basées sur la pleine conscience).

La disposition à la pleine conscience reflète la tendance à rester dans un état de pleine conscience au fil du temps (Brown *et al.*, 2007a). Elle est décrite comme à une capacité innée existant chez tous les individus à des degrés variables (Brown et Ryan, 2003). De nombreuses échelles ont été développées pour évaluer cet aspect. Il existe de grandes variations concernant le contenu et la structure de ces outils, ce qui illustre clairement le manque de consensus à propos de la définition de la pleine conscience. Certaines échelles décrivent un phénomène unidimensionnel : *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown et Ryan, 2003); *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI Buchheld, Grossman, et Walach, 2001; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, et Schmidt, 2006); *Southampton Mindfulness Questionnaire* (SMQ, Chadwick *et al.*, 2008); *Cognitive and Affective Mindfulness Scale*<sup>1</sup> (CAMS-R, Feldman, Hayes, Kuma, Greeson, et Laurenceau, 2007). D'autres font état de plusieurs composantes : *Five Facets Mindfulness Questionnaire* (FFMQ, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, et Toney, 2006); *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer, Smith, et Allen, 2004); *Philadelphia Mindfulness Scale* (PHLMS, Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, et Farrow, 2008); *Mindfulness/Mindlessness Scale* MMS (Haigh, Moore, Kashdan, et Fresco, 2011); *Toronto Mindfulness Scale* (TMS version trait, Davis, Lau, et Cairn, 2009); *Comprehensive Inventory of Mindfulness Experiences Beta* (CHIME-Bergomi, Tschacher, et Kupper, 2013).

Un nombre plus restreint d'échelles permettent de mesurer l'état de pleine conscience momentané, spécifique d'une situation donnée (*e. g.*, version à cinq items de la MAAS; FMI avec une adaptation du temps des items; version initiale de la TMS, Lau *et al.*, 2006; *State Mindfulness Scale*, SMS Tanay et Bernstein, 2013).

Nous décrivons ci-dessous les outils validés en français et utilisés dans la recherche pour leurs propriétés psychométriques. (Pour plus de détails sur les autres outils, il est possible de se référer à l'article de Park, Reilly-Spong, et Gross, 2013):

- L'échelle MAAS (version française: Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, et Philippot, 2006) a pour objectif de mesurer la conscience et l'attention sur le moment présent dans la vie de tous les jours. Elle est conçue pour être applicable quel que soit le niveau

---

1. Plusieurs dimensions sont présentées, englobées sous le même concept.

d'expertise en méditation. Les quinze items sont formulés de façon négative renvoyant à la notion de pilote automatique<sup>1</sup> et couvrent plusieurs aspects dans les domaines cognitif, émotionnel, interpersonnel et physique. La pleine conscience est considérée comme un concept unidimensionnel, évalué sous la forme d'un trait variant de façon interindividuelle (disposition) ou d'un état qui change au fil du temps chez un même individu (version à cinq items).

- L'échelle FFMQ (version française: Jermann *et al.*, 2009) est un outil créé à partir de l'analyse factorielle de cinq échelles mesurant la pleine conscience de façon auto-reportée (MAAS, KIMS, FMI, CAMS-R, and SMQ). Elle comprend trente-neuf items répartis dans cinq composantes de la pleine conscience: l'observation de l'expérience présente, l'action en pleine conscience, la description de l'expérience présente, le non-jugement et la non-réactivité face aux phénomènes psychologiques. Les analyses factorielles confirmatoires indiquent l'existence d'un facteur général qui regroupe les cinq dimensions. Néanmoins, l'association entre la pleine conscience et ses bénéfices varie en fonction de la facette considérée, les auteurs conseillent donc d'utiliser le score des sous-échelles plutôt que le score global. La validation française a été réalisée auprès d'une population non clinique, n'ayant jamais bénéficié d'interventions basées sur la pleine conscience et sans expérience en matière de méditation.
- L'échelle FMI (version française: Trousselard *et al.*, 2011) se base sur la psychologie bouddhiste et conceptualise la pleine conscience comme une centration de l'attention sur les événements mentaux sans élaboration cognitive, avec une attitude de non-jugement et d'ouverture. La formulation des items n'est pas adaptée aux personnes n'ayant pas d'expérience préalable de la méditation (*e. g.*, lien inattendu avec la consommation d'alcool chez des étudiants; Leigh, Bowen, et Marlatt, 2005). La version abrégée de l'échelle comprend quatorze items et les analyses factorielles confirmatoires montrent que la structure peut être considérée comme unidimensionnelle ou bidimensionnelle (les deux dimensions « présence » et « acceptation » peuvent par exemple être utiles lorsque l'on s'intéresse aux mécanismes, Trousselard *et al.*, 2011). En fonction du temps utilisé pour la formulation des items, l'échelle mesure un trait ou un état.

---

1. Cette formulation des items a été remise en question (Grosman, 2011; Van Dam, Earleywine, et Borders, 2010).

L'apparition récente de nouveaux outils visant à évaluer la pleine conscience montre que la question de sa quantification est loin d'être résolue. À titre d'exemple, nous pouvons citer l'échelle SMS (Tanay et Bernstein, 2013) qui mesure l'état de pleine conscience en partant de sa conception bouddhiste et de la définition opérationnelle proposée par Bishop et ses collaborateurs (2004) ou encore l'échelle *Applied Mindfulness Process Scale* (AMPS; Li, Black, et Garland, 2016), développée à partir d'une méthodologie mixte pour évaluer la fréquence avec laquelle les participants utilisent la pleine conscience dans leur vie quotidienne pour faire face à leur souffrance suite à une intervention thérapeutique.

Pour terminer sur ces aspects d'évaluation, notons que l'on peut s'interroger sur la pertinence de mesurer les capacités de pleine conscience par le biais de mesures auto-reportées (Grossman, 2008; 2011). En effet, ces échelles sont souvent utilisées après un programme de méditation et remplies par les participants qui connaissent les objectifs attendus de cette pratique, ce qui les rend encore plus sensibles aux biais inhérents aux mesures auto-reportées (*e. g.*, désirabilité sociale; dissonance cognitive...). Il est difficile de rester objectif et ne pas aller dans le sens d'une confirmation du développement des dispositions à la pleine conscience, surtout après s'être investi dans un programme et avoir passé de longues heures à pratiquer. Le vocabulaire employé dans ces échelles constitue également un problème puisqu'il peut être interprété différemment en fonction du niveau d'expérience méditative de celui qui la remplit (*e. g.*, items renvoyant à la conscience corporelle lors de l'ingestion alimentaire qui peut être perçue différemment par une personne habituée à manger en pleine conscience et un patient souffrant de troubles alimentaires). Enfin, il existe un paradoxe à évaluer les capacités à la pleine conscience par le biais de mesures auto-reportées car la pratique de la pleine conscience permet une plus grande lucidité sur ses capacités, ce qui justifierait que les personnes répondent différemment aux items proposés en fonction justement des capacités qu'ils ont développées en pratiquant. Pour remédier à ces biais, il serait intéressant de développer des mesures basées sur des performances (Garland et Gaylord, 2009), comme des mesures de détection des changements physiques (*e. g.*, acuité tactile, Kerr *et al.*, 2008).

---

### **3. Intégration de la pleine conscience dans la pratique clinique : entraînement à la pleine conscience et interventions psychothérapeutiques**

---

La pleine conscience a également été conçue comme le résultat d'un entraînement à la pratique, notamment par le biais de la méditation ou d'interventions psychothérapeutiques intégrant des éléments de la pleine conscience. Nous présentons ci-dessous les programmes MBSR et MBCT pour lesquels il existe un protocole et qui constituent deux références pour le développement de la pratique clinique basée sur la pleine conscience.

#### **3.1 MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction* – Kabat-Zinn, 1990) : entraînement à la gestion du stress basé sur la pleine conscience**

Le programme MBSR correspond à la première tentative d'intégration de la pleine conscience originaire de la tradition bouddhiste dans le domaine de la médecine et de la psychologie moderne (Kabat-Zinn, 1982). Il a été développé initialement dans la clinique du stress du centre hospitalier du Massachusetts, destiné aux patients avec des diagnostics multiples ne répondant pas aux traitements habituels ou non satisfaits de leur prise en charge (*e. g.*, patients douloureux chroniques) (Kabat-Zinn, 1982; 1990). L'objectif était de transférer la pleine conscience provenant de la culture bouddhiste de façon indépendante de son ancrage spirituel, sans la dénaturer pour autant (Kabat-Zinn, 2003). Dans cette optique, Jon Kabat-Zinn a proposé un programme sous une forme éducative visant à donner aux patients un certain degré de responsabilité dans leur bien-être et la gestion de leur santé. Dans ce programme, la pleine conscience était considérée comme un complément du traitement médical, une méthode pour explorer et soigner la souffrance. Son application a par la suite été élargie à d'autres problématiques concernées par la gestion du stress.

Le MBSR est un programme de réduction du stress basé sur des sessions de groupe (qui peuvent aller jusqu'à quarante participants). Il se déroule en huit séances hebdomadaires d'environ 2 heures et demie, auxquels se rajoutent un jour de retraite complet et des exercices à réaliser à domicile

(*i. e.*, au moins 45 minutes par jour pendant six jours par semaine). Le programme repose sur un entraînement à la méditation de la pleine conscience assorti de discussions sur le stress et les stratégies pour y faire face (*i. e.*, mécanismes de coping). La pleine conscience est enseignée par le biais de deux pratiques complémentaires. La pratique formelle implique de se dégager du temps pour pratiquer la pleine conscience en faisant une pause dans ses activités quotidiennes. Plusieurs exercices sont proposés à cet effet : le balayage corporel (ou *body scan*, qui permet de centrer son attention sur les sensations corporelles) ; la méditation assise (*i. e.*, centrée sur la respiration, les sensations corporelles et/ou les pensées) ; les mouvements en pleine conscience (*e. g.*, étirements corporels simples inspirés essentiellement du hatha yoga ou marche en pleine conscience). La pratique informelle consiste, quant à elle, à intégrer la pleine conscience dans les activités quotidiennes sans en modifier le déroulement, simplement en portant son attention sur l'expérience qui se déploie dans le moment présent. Dans chaque pratique, les participants ont pour consigne de focaliser leur attention sur la cible de l'observation en étant pleinement conscient. Les émotions, sensations et cognitions sont observées avec non-jugement et prise de conscience de leur nature transitoire. Le programme débute généralement par « l'exercice du raisin sec » qui consiste à observer un raisin sec en utilisant tous ses sens, avec curiosité, comme s'il s'agissait d'un objet découvert pour la première fois. L'exercice se termine par la dégustation du raisin et aide les participants à prendre conscience du fait qu'ils agissent souvent dans leur vie en étant en pilote automatique, plutôt que centrés de la totalité de l'expérience vécue. L'objectif du MBSR est d'aider les pratiquants à considérer leur souffrance physique et psychologique avec acceptation et non-jugement, ainsi qu'à rompre avec les habitudes comportementales et cognitives néfastes pour leur santé et leur bien-être.

Depuis sa première opérationnalisation, beaucoup d'études se sont penchées sur l'efficacité du MBSR, notamment par le biais d'essais contrôlés et randomisés, comme l'attestent un nombre grandissant de revues et méta-analyses réalisées auprès de populations cliniques et non cliniques (*e. g.*, Baer, 2003 ; Berghmans, Tarquinio, et Sturb, 2010 ; Chiesa et Serretti, 2009 ; Fjorback, Arendt, Ørnbøl, Fink, et Walach, 2011 ; Grossman *et al.*, 2004 ; Hofmann, Sawyer, Witt, et Oh, 2010). Ces études illustrent clairement les bénéfices du programme tant sur le plan physique que psychique, même si une amélioration de leur rigueur méthodologique est souvent préconisée dans les revues précitées. Le MBSR a également servi de modèle pour le développement de programmes concernant d'autres problématiques variées. Nous pouvons



citer par exemple une adaptation pour les personnes souffrant d'addictions avec le programme de prévention de la rechute basée sur la pleine conscience (MBRP – *Mindfulness-Based Relapse Prevention*; Bowen, Chawla, et Marlatt, 2010), ou encore une application à la problématique de couple avec le programme d'amélioration de la relation de couple (MBRE – *Mindfulness-Based Relationship Enhancement*, Carson, Carson, Gil, et Baucom, 2004; 2007). Certaines de ces applications seront présentées en détail dans cet ouvrage.

### 3.2 MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – Teasdale, Segal, et Williams, 1995; Segal, Williams, et Teasdale, 2002): thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

Il s'agit d'une intervention adaptée à partir du MBSR pour la prévention des rechutes dépressives. À cette fin, elle combine un entraînement à la pleine conscience avec des éléments issus de la thérapie cognitive. Ce programme suit un format proche du MBSR avec huit séances hebdomadaires de 2 heures et des exercices à domicile. Il concerne des groupes généralement plus restreints de patients (*i. e.*, maximum douze participants). Une place importante est accordée au travail sur les pensées, notamment les ruminations (*i. e.*, pensées négatives automatiques responsables des rechutes dépressives et du maintien de l'humeur négative). Les participants apprennent à observer leurs pensées sans jugement, en les considérant comme de simples événements mentaux qui vont et viennent, plutôt que comme des aspects centraux de soi, et en percevant qu'ils ne sont pas nécessairement le reflet de la réalité. En parallèle, ils sont invités à réfléchir à des propositions telles que: « Les pensées ne sont pas des faits » ou « Je ne suis pas mes pensées ». Cette approche décentrée est également appliquée aux émotions et sensations corporelles. Des exercices de méditation de pleine conscience comparables à ceux du MBSR sont enseignés.

Ce programme a prouvé son efficacité dans le cadre de la prévention des rechutes dépressives<sup>1</sup> (*e. g.*, Coelho, Canter, et Ernst, 2007; Piet et Hougaard, 2011; Sipe, Stuart, et Eisendrath, 2012). Il s'agit d'un programme plus récent que le MBSR, néanmoins ses indications se sont élargies à d'autres troubles (*e. g.*, troubles anxieux, trouble bipolaire,

---

1. Plus précisément pour les patients avec au moins 3 antécédents de rechutes dépressives.



dépression résistante, Chiesa et Malinowski, 2011 ; Keng, Smoski, et Robins, 2011 ; Sipe *et al.*, 2012).

Dans les deux interventions que nous venons de présenter, la pleine conscience est un élément central du traitement. Il existe également des interventions qui intègrent la pleine conscience parmi un ensemble d'autres composantes thérapeutiques. C'est le cas de la thérapie comportementale dialectique et de la thérapie de l'acceptation et de l'engagement que nous décrivons ci-dessous.

### **3.2.1 La thérapie comportementale dialectique (DBT: *Dialectical Behavior Therapy*, Linehan, 1993)**

Elle a été développée pour les patients présentant un trouble de la personnalité borderline, en lien avec la gestion des émotions, du suicide et de l'automutilation. Elle intègre des éléments des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et d'autres de la philosophie et pratique zen. Cette thérapie se focalise simultanément sur des stratégies de changement et d'acceptation : les patients sont invités à s'accepter eux-mêmes, leur histoire et leur situation pour ce qu'ils sont, tout en cherchant activement à modifier leurs comportements et leur environnement pour construire une vie meilleure (Baer, 2003). En termes de modalités, elle est constituée de sessions de groupe, de thérapies individuelles, de consultations téléphoniques entre le patient et le thérapeute et de réunions d'équipe pour les thérapeutes sur une durée approximative de 1 an. Elle inclut des exercices visant à augmenter les capacités de pleine conscience (*e. g.*, visualiser les pensées, émotions et sensations comme des nuages qui passent dans le ciel) et propose certaines variations par rapport à ceux décrits dans les programmes précédents (*e. g.*, coordination des mouvements respiratoires avec les pas). La DBT accorde également beaucoup d'importance au fait d'ancrer la pleine conscience dans les activités quotidiennes avec une individualisation de la pratique qui n'est pas nécessairement basée sur des exercices formels (Baer, 2003).

Plusieurs essais contrôlés et randomisés ont été conduits pour mettre en évidence la validité de cette intervention (voir Lynch, Trost, Salsman, et Linehan, 2007 et Robins et Chapman, 2004 pour revues). Des adaptations ont également été réalisées pour d'autres problématiques, telles que les addictions, les troubles alimentaires ou la dépression chronique des personnes âgées (Keng *et al.*, 2011 ; Chiesa et Malinowski, 2011).