



**PRATIQUES PSYCHOCORPORELLES
AUPRES D'ADOLESCENTS
DANS UNE PERSPECTIVE
DE PROMOTION DE LA SANTE**

**M.MORSA
C. FEULIEN
D. DOUMONT**

**A la demande et en collaboration
avec la Fondation HUOSHEN**

**Juin 2012
Réf. : 12 - 67**

Série de dossiers techniques

**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**



TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	2
2. METHODOLOGIE.....	2
3. LES DIFFERENTES TECHNIQUES PSYCHOCORPORELLES	3
3.1. Méditation et/ou relaxation	3
3.1.1. La Pleine Conscience (Mindfulness)	4
3.1.2. Les autres techniques	6
3.2. L'art-thérapie	8
4. LES PRATIQUES PSYCHOCORPORELLES DANS LE CHAMP DE L'ADOLESCENCE.....	9
4.1. Quel cadre?	9
4.1.1. Le MBSR et MBCT (programmes de Pleine Conscience)	9
4.1.2. Les autres cadres d'intervention (yoga, relaxation et art-thérapie)	11
4.2. Quel public?	13
4.3. Quels effets?.....	14
4.4. Quelle évaluation?.....	16
5. RECOMMANDATIONS	17
6. CONCLUSION.....	19
7. BIBLIOGRAPHIE	20

1. INTRODUCTION

L'adolescence est une période difficile, riche et complexe à la fois. Selon Catherine Potel (2007), cette période « *demande beaucoup d'énergie aux adolescents qui doivent intégrer cette métamorphose qui va transformer leur corps, bousculer leur identité, déséquilibrer leur place que cela soit dans la famille ou dans leur environnement, faire vaciller leur sentiment d'être eux-mêmes. (...) Avoir un corps était une évidence pendant l'enfance, cela devient un questionnement, voire un malaise, à l'adolescence.* »

Ainsi, proposer un travail thérapeutique passant par le corps est-il une bonne idée ? Les techniques de conscience corporelles peuvent-elles leur apporter quelque chose et peser sur la qualité de leur santé ? Quelle est la nature du lien entre les pratiques psychocorporelles et la santé bio-psycho-sociale des adolescents ? Que peut-on dire aujourd'hui de ces pratiques ? Où en est la recherche à ce sujet ? Quelles sont celles qui devraient être entreprises ? Ce sont ces questions qu'il a été choisi d'aborder au travers de ce dossier technique.

2. METHODOLOGIE

Une recherche bibliographique sur les bases de données suivantes a été menée : Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé), ScienceDirect (base de données qui fournit les références d'articles provenant de périodiques de la collection Elsevier Science), MedLine (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux), PsycINFO (base de données proposée par l'American Psychological Association – APA - et qui contient des publications issues du domaine des sciences comportementales et de la santé mentale), Cairn (portail de maisons d'édition dans le champ des sciences humaines), Google Scholar (moteur de recherche de documentation scientifique internationale).

Différents mots-clés ont été utilisés : Complementary/alternative medicine, Yoga, Awareness-based practices, Meditation, Mindfulness, Well-being, Health adolescent, teen, physical activity, approche(s) psychocorporelle(s), activité(s) psychocorporelle(s), relaxation. Certains sites internet, thèses, mémoires et livres ont également été consultés.

La date du document, son accessibilité, sa pertinence et son degré de réponse par rapport à la question de recherche et enfin la langue (articles rédigés en langue française ou anglaise) ont conditionné le choix des articles retenus.

Il a volontairement été décidé d'exclure les articles associant les mots-clés précités à une pathologie particulière (côlon irritable, TDA, fibromyalgie, addiction(s), etc.), le public cible de la recherche risquant d'être trop spécifique. Il a cependant été décidé de conserver les documents s'intéressant aux pathologies « psychiques » de l'adolescent (dépression, stress,...) en relation avec les pratiques psychocorporelles. Ainsi, une distinction a été opérée entre les adolescents avec ou sans « pathologie psychique » (bien-être – santé positive >< mal-être – santé négative). Une distinction a également été faite entre les populations adultes et adolescentes puisque certains articles plus généralistes traitent de l'impact des activités psychocorporelles sur la santé, quel que soit l'âge de la population étudiée.

Sur base de différents critères et remarques, une trentaine de documents a été retenue.

3. LES DIFFERENTES TECHNIQUES PSYCHOCORPORELLES

Dans la pratique, l'offre des techniques psychocorporelles est conséquente. Il suffit de parcourir l'édition 2012 de l'*ANNUAIRE Plus*¹ (annuaire référençant les "professionnels du bien-être" en Belgique) pour s'en rendre compte : rien qu'en Belgique francophone près de cinq cents adresses sont rangées sous la bannière "Méthodes Psycho-corporelles et Energétiques", lesquelles correspondent à des instituts, des thérapeutes ayant une pratique libérale, des ASBL, des centres de soin, etc. Il s'agit du chapitre le plus important de l'annuaire. On peut dès lors supposer que ce type de technique fait écho au sein de la population, l'offre correspondant très probablement à une demande. Pour autant, chaque proposition "thérapeutique" n'est pas bonne à prendre² et un tri sélectif est amplement nécessaire si l'on veut s'y retrouver dans une catégorie qui propose aussi bien la relaxation, la Pleine Conscience ou le yoga que le chamanisme...

Pour ce faire, il convient d'effectuer un examen minutieux de la littérature scientifique. Ce n'est toutefois que depuis une dizaine d'années que la science porte un intérêt réel aux techniques psychocorporelles, et qu'il est possible de trouver des données empiriques sur le sujet (Garnoussi, 2011). Mais ces études concernent principalement des sujets adultes. En effet, les recherches scientifiques sur les techniques psychocorporelles dans le champ de l'adolescence sont encore plus rares et l'intérêt scientifique en la matière surgit seulement depuis quelques années (Burke, 2009).

La recherche sur les adolescents pratiquant des activités psychocorporelles (à visée thérapeutique) est si récente que l'on peut dire qu'elle est encore en phase de construction. Mais des tendances se dégagent, notamment sur les techniques exploitées, et exploitables, auprès d'un public adolescent. **Deux types de techniques psychocorporelles** ont été retenus: la méditation et/ ou relaxation, et l'art-thérapie (qui n'inclue pas la méditation dans son champ d'intervention). Il importe cependant de noter qu'aucune de ces deux catégories de technique n'est spécifique aux adolescents. Elles se pratiquent en effet également avec des adultes, et les nuances apportées sont encore rares.

3.1. Méditation et/ou relaxation

La méditation et la relaxation ont été regroupées sous un même point. En effet, il est fréquent que des pratiques distinctes tels que le yoga, le Tai Chi Chuan, la Pleine Conscience ou la relaxation soient associées au sein d'une même intervention, et la frontière entre toutes ces techniques est souvent mince dans la littérature scientifique (Stueck & Gloeckner, 2005; Gaines et al., 2008; Zahn, 2008; White, 2012,). Dans un souci de clarté et de structure, méditation et relaxation ont été associées au sein d'un même ensemble, malgré leur différence qui sera explicitée en conclusion de ce chapitre.

La méditation est aujourd'hui probablement l'activité psychocorporelle qui rencontre le plus grand succès dans le champ thérapeutique. On estime en outre à deux cent cinquante le nombre d'établissements de santé publics et privés qui inscrivent la méditation dans leur programme thérapeutique (la majorité se trouvant aux Etats-Unis) (Garnoussi, 2011). Une forme particulière de méditation sort du lot : **la Pleine Conscience** (*Mindfulness*). Incontestablement, il s'agit de la technique la plus largement répandue, installée et validée scientifiquement (Garnoussi, 2011). En Belgique, il est d'ailleurs possible d'acquérir un certificat universitaire à la Pleine Conscience³, et de nombreux universitaires soutiennent la pratique de la Pleine Conscience, comme c'est le cas par exemple au sein de l'association Emergences⁴ créée en 2009.

¹ Annuaire Plus 2012, ARPEGE Média Sprl.

² Aucune information sur le niveau d'expertise du thérapeute n'est fournie : Quel est son titre? Est-il psychologue? Est-il professionnel de la santé? etc.

³ À l'Université Libre de Bruxelles.

⁴ <http://www.emergences-asbl.org/>.

Mais la Pleine Conscience est loin d'être la seule technique qui se réclame de la méditation et/ou la relaxation, et sa presque hégémonie dans le monde médical en Occident n'efface pas l'existence de pratiques au succès parfois très important (le yoga) ou en marge (comme le Tai Chi Chuan). Une description de ces différentes pratiques est ainsi proposée ci-dessous en veillant toutefois à les contextualiser dans le domaine de la santé et de l'adolescence, ainsi que dans notre époque et notre culture (occidentale donc).

3.1.1. La Pleine Conscience (Mindfulness)

La Pleine Conscience (Mindfulness) est définie comme un "*état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, intentionnellement, au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie instant après instant*" (Kabat-Zinn, 2003, cité par Burke 2009, p.133). Il s'agit d'une pratique foncièrement *thérapeutique* orientée vers des cas cliniques.

La Pleine Conscience consiste à orienter son attention. Et la manière de développer cette capacité est la pratique de la méditation (Bondolfi et al., 2011). La méditation est en effet une autorégulation volontaire de l'attention. Elle se caractérise par une attitude d'acceptation et de non-jugement. Elle implique que l'attention soit dirigée vers l'expérience vécue, sans filtre, sans jugement et sans attente (André, 2010, cité par Bondolfi et al., 2011). L'objectif est de se désengager de la tendance habituelle à juger, à contrôler ou à orienter l'expérience du moment présent, et d'observer ainsi que d'éprouver ce dit-moment sans jugement du flot continu des stimuli, tant internes qu'externes (Baer, 2003, cité par Bondolfi et al., 2011).

Brown et al. (2007b) précisent que la Pleine Conscience concerne une prise de conscience des mondes intérieurs et extérieurs incluant les émotions, les sensations, les actions ou de l'environnement tel qu'il existe à un moment donné (Mishra, 2004, cité par Brown et al. (2007b).

Le contact direct avec la réalité que caractérise la prise de conscience suggère sa nature non-conceptuelle. La conscience est bien souvent au service de l'activité mentale dans la vie quotidienne. Comme le fait remarquer Hayes et al. (1999, cités par Brown et al., 2007b, p.213), "*nous ne vivons pas simplement dans un monde, nous vivons dans un monde tel que nous le voyons, tel que nous le construisons ou tel que nous le percevons*".

On pourrait aussi définir la Pleine Conscience en affirmant qu'elle est l'inverse du phénomène appelé de "pilote automatique", où les pensées et images mentales qui surviennent lors de diverses activités sont contrôlées par des processus automatiques (par exemple, la conduite d'un véhicule ou prendre un repas) (Bondolfi et al., 2011). Il s'agit donc de prendre conscience de ces processus automatiques et de ce qu'ils constituent.

Selon Bishop et al. (2004, cités par Bondolfi et al., 2011), la méditation de Pleine Conscience est basée sur deux composantes :

- l'autorégulation de l'attention. Elle implique l'attention soutenue et la flexibilité (Bishop et al., 2004 cités par Bondolfi et al., 2011). Comme avec un "zoom", avec lequel on peut sans cesse revenir en arrière à partir/ vers un certain état d'esprit, afin d'obtenir une meilleure perspective/ vision sur ce qui est en train de se dérouler et dès lors se concentrer sur des situations précises (Brown et al., 2007).
- l'orientation vers l'expérience, qui se caractérise par l'ouverture d'esprit, la curiosité et l'acceptation (Bishop et al., 2004, cités par Bondolfi et al., 2011). En effet, l'esprit est apte à "voyager dans le temps" via la mémoire du passé, les attentes du future et de manière plus

Le mécanisme de la Pleine Conscience est donc le renforcement de l'attention et la réduction d'auto-jugements sévères récurrents, par une approche qui permet de briser ces cercles vicieux, en se focalisant sur les événements présents plutôt que sur les éléments passés qui sont caractérisés par des affects dépressifs (culpabilité, remord, honte, auto-dévalorisation, ...) et des pensées orientées vers le futur qui sont associées à des affects d'anxiété (souci obsessionnel, échecs anticipés, ...) (Semple et al., 2009).

Pratiquer la Pleine Conscience permet une décentration par rapport aux pensées. Elles ne seraient alors plus considérées comme des faits ou un reflet de la réalité mais comme ce qu'elles sont, c'est-à-dire des interprétations. Cela permet également d'augmenter la capacité à prendre conscience de ses pensées et de s'arrêter consciemment sur celles que l'on souhaite. C'est une attitude qui permet de modifier la relation avec la perception émotionnelle (Bondolfi et al., 2011).

Enfin, en ce qui concerne la stabilité ou la continuité de l'attention et de la conscience, certains auteurs (Brown & Ryan, 2003 ; Goldstein, 2002 ; Kabat-Zinn, 2003, cités par Brown et al., 2007) soulignent que la Pleine Conscience fait partie des capacités inhérentes à tout être humain. Cependant, il existe une certaine forme de variabilité. Dans sa forme très rudimentaire, l'état de pleine conscience peut apparaître comme éphémère, voire peu fréquent. Dans sa forme plus complète, les états de pleine conscience sont plus fréquents et continus.

La Pleine Conscience se distingue des autres pratiques de méditation et psychocorporelles par le fait que son efficacité a été établie et démontrée dans la littérature scientifique (Garnoussi, 2011).

Les premiers résultats d'études sont apparus dans la littérature psycho-médicale voici près de 25 ans (Kabat-Zinn, 1982, cités par Brown et al., 2007b) et concernaient le **MBSR** (*Mindfulness-Based Stress Reduction*). D'autres types d'approches ont par la suite elles aussi bénéficié d'évaluation : le **MBCT** (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) (Segal et al., 2002, cités par Brown et al., 2007b), le **ACT** (*Acceptance and Commitment Therapy*) (Hayes et al., 1999, cités par Brown et al., 2007b), le **DBT** (*Dialectical Behavior Therapy*) (Linehan, 1993a, cités par Brown et al., 2007b).

Ces quatre types d'approche peuvent être classés selon plusieurs dimensions.

La première concerne les **racines doctrinales de l'approche**. Les quatre approches sont très anciennes mais la MBSR est celle qui est la plus clairement enracinée dans la philosophie orientale ainsi que la psychologie. De plus, elle met l'accent sur l'importance de l'expérience et de la pratique méditative qu'elle perçoit comme un soutien pour le développement personnel.

Une seconde dimension importante concerne la **place centrale de la pleine conscience** dans le plan thérapeutique. Tant pour le MBSR que pour le MBCT, l'amélioration de la pleine conscience figure comme un élément central dans le traitement.

Un troisième élément concerne le **format**. Les pratiques de MBSR et MBCT sont des pratiques de groupe qui s'échelonnent sur une durée de 8 à 10 semaines alors que dans le cadre d'une DBT sont inclus, par étapes (dont la première dure environ 1 an), à la fois une thérapie individuelle et une thérapie de groupe. Quant à l'ACT, il s'agit d'une approche tant individuelle que de groupe et qui s'étend sur une durée variant de 1 jour à 6 semaines.

Enfin, le quatrième point concerne la **population cible**. Alors qu'au départ, les approches MBSR et ACT intéressaient particulièrement des individus présentant des troubles physiques et/ ou

psychiatriques, ces deux approches sont désormais également privilégiées auprès d'individus stressés en bonne santé. Les deux autres types d'approche concernent des populations présentant de sérieux troubles psychiatriques ou souffrant de dépression chronique (MBCT) ou encore présentant des troubles du comportement (anorexie, borderline, etc.) (DBT) (Brown et al., 2007b).

La littérature issue de la psychologie contemporaine révèle une variété considérable dans la description de la nature de la Pleine Conscience tant au niveau théorique qu'au niveau opérationnel. A titre d'exemple, la Pleine Conscience a été définie par Brown & Ryan (2003, cités par Brown et al., 2007b) comme étant la capacité d'auto-régulation alors que pour Linehan (1994, cité par Brown et al., 2007b) elle est définie comme étant une capacité d'acceptation et, selon Bishop et al. (2004, cités par Brown et al., 2007b), il s'agit plutôt de capacités méta-cognitives.

Brown et al. (2007a) appellent donc à un besoin urgent de s'accorder sur le sens à donner au concept de pleine conscience, non seulement pour faciliter la communication concernant son application, mais également pour favoriser la création d'une plateforme de recherche fondamentale et appliquée dans un domaine encore peu investigué.

3.1.2. Les autres techniques

Parmi les autres techniques de méditation et/ ou de relaxation, on retrouve entre autres le yoga et le Tai Chi Chuan. Comme la Pleine Conscience, il s'agit de techniques d'origine orientale. Mais le parallèle ne s'arrête pas là. Les objectifs sont souvent similaires et les procédés parfois très semblables au point d'être associés (Zahn, 2008 ; White, 2012).

White (2012) a en effet mis en avant un programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience via la pratique du **yoga**, auprès de jeunes filles âgées d'une dizaine d'années. Le yoga est ici un moyen de parvenir à la Pleine Conscience via des techniques également utilisées dans les interventions de Pleine Conscience, comme le *Halta yoga* (ensemble d'exercices de postures et de respiration).

Birdee et al. (2009) ont effectué une revue de la littérature sur la pratique clinique du yoga auprès d'une population d'enfants et adolescents, voir jeunes adultes (0 à 21 ans). Ils mettent en évidence que le yoga est une pratique esprit/ corps, aux multiples variétés, qui se rassemblent autour de trois éléments communs : **les postures (asanas), la respiration (pranayama) et la méditation**. C'est une pratique qui trouve son origine voici plus de 2000 ans en Inde, et qui compte en 2007 plus d'1,5 million d'enfants ou d'adolescents adeptes (Birdee et al., 2009). Il s'agit donc d'une pratique finalement encore assez populaire. Les auteurs révèlent que les adultes sont d'ailleurs aussi très nombreux à pratiquer le yoga pour se maintenir en forme et ressentir des bénéfices sur leur bien-être général, leur condition musculo-squelettique et leur santé mentale. Et les résultats des différentes recherches leur donnent raison, puisqu'il a été montré que le yoga permet d'obtenir des améliorations concernant les maux de dos (Jacobs et al., 2004; Williams et al., 2005; cités par Birdee et al., 2009), l'ostéoartrite (Garfinkel et al., 1992; Kolasinski et al., 2005; cités par Birdee et al., 2009), la tension artérielle (Jayasinghe, 2004; Innes & Vincent, 2007; cités par Birdee et al., 2009) et la dépression (Krishnamurthy, 2007, cité par Birdee et al., 2009).

Stueck (1998 cité par Stueck et Gloeckner, 2005) a quant à lui mis au point une approche de gestion du stress nommée **TorweY-C** (*Training of Relaxation with Elements of Yoga for Children*). Elle est basée sur le yoga et sur la formation en gestion du stress avec des exercices comme le dessin, la respiration, les massages techniques, des techniques d'imagerie pour enfant, la méditation et la relaxation avec musique. Son but est d'apprendre aux enfants et aux adolescents des stratégies de régulation du stress, leur permettant d'optimiser leurs réactions face à des situations stressantes et face à la pression de la vie quotidienne.

Zahn (2008) évoque une autre technique, elle aussi associée à la Pleine Conscience : le **Tai Chi Chuan**. Selon Zahn (2008), il s'agit d'une méditation active qui comprend des exercices d'entraînement et de combat, ainsi que des techniques de respiration. Zahn (2008) décrit cette technique comme un art martial créé pour promouvoir la santé et la concentration, par le biais d'une connexion corps/ esprit. Il met également en avant le *Chi Kung* : élément de la médecine chinoise qui utilise la méditation, la relaxation, des techniques de respiration et des mouvements permettant la circulation de l'énergie vitale et la régulation des échanges avec l'environnement. Il s'agit d'un travail de l'énergie.

Long (1992) évoque les techniques de **relaxation**. Elles sont en outre utilisées pour soigner les adolescents présentant plusieurs types de troubles comme les maux de tête, l'anxiété, l'insomnie, la douleur et l'asthme. Les différentes méthodes de relaxation se divisent en quatre catégories :

- La relaxation active : procédure qui indique une contraction ou une relaxation d'un groupe spécifique de muscles.
- La relaxation passive : procédure qui englobe l'autosuggestion et les techniques d'hypnose (relaxation auto-génique et induction hypnotique) et qui permet l'analyse des effets positifs de la relaxation sur les réactions physiologiques et psychologiques.
- L'induction hypnotique : relâcher son corps pendant quelques temps puis s'enfoncer dans un état de relaxation plus profond en écoutant le thérapeute compter de 1 à 20.
- La relaxation auto-génique : exercices mentaux d'autosuggestion. La méthode consiste à citer des phrases au sujet, qu'il répète mentalement deux à trois fois (par exemple, "*je me sens calme et relâché*" ; "*mes bras et mains sont lourdes et chaudes et mon esprit est calme*").

Gaines et al. (2008) décrivent aussi la méthode de la "gestion de la colère" comme technique de relaxation. Cette technique inclut des exercices de respiration et d'autorégulation pour diminuer le stress et l'anxiété. De plus, elle est peut être combinée avec des techniques comme la relaxation des muscles, le yoga et la méditation qui peuvent être utilisées par les éducateurs et professionnels.

Potel (2009) insiste sur l'importance des relaxations de groupe dans l'approche auprès d'adolescents. Elle le justifie de la manière suivante : "*Dans la vie des adolescents, c'est la relation aux pairs qui est primordiale. Les adolescents ont un besoin impératif de ces duos (double narcissique qui les structure) du groupe, de la bande. (...) On peut dire que les groupes proposent à l'adolescent une scène imaginaire presque 'psychodramatique' où se joue et se construit, à petits pas, le devenir des relations à l'âge adulte, tant dans le repérage des différents sexes, que dans les relations de pouvoir, de séduction, ...*" (Potel, 2009, p.82). L'auteur voit plusieurs intérêts à la relaxation de groupe : les effets de contenance du groupe, le "réglage" des distances relationnelles, la diffraction des investissements (autant érotiques qu'agressifs), et l'expérience d'être seul en présence des autres. "*Le groupe a un effet cathartique et sert souvent d'appui, notamment pour les adolescents fragiles, immatures, pour ceux qui ont du mal à dire et se décoller d'un vécu corporel brut ou à des décharges, pour ceux qui ont du mal à être et à trouver leur place*". (Potel, 2009, p.86)

Enfin, Raynaud et al. (2007), citent les **thérapies psychomotrices** qui visent un mieux-être et un savoir-faire corporel et psychique, mais qui auraient la spécificité de se centrer sur "*des mouvements corporels, des mises en acte, des jeux, des 'agir', qui seraient soit mis en avant, soit en défaut ou en panne*" (Raynaud et al., 2007, p.114).

Le regroupement, effectué dans ce rapport, de ces différentes techniques, s'appuie sur les réflexions de Black & Sussman (2009), qui proposent d'inclure dans la pratique de la méditation : d'une part, la méditation de **Pleine Conscience**, et d'autre part la **méditation utilisant des formes physiques** comme le *Tai Chi Chuan* et l'*Hatha yoga* qui sont basés sur les techniques du *Hatha Yoga* (qui inclut la relaxation des muscles, le contrôle de la respiration et une concentration mentale sur les mouvements du corps et positions personnelles). A ces deux pratiques a été rajouté la **relaxation**.

Thompson et Gauntlett-Gilbert (2008) insistent notamment sur l'importance de distinguer la Mindfulness des autres techniques comme la relaxation, qui pourraient, à première vue, paraître semblables. Selon ces auteurs, ces pratiques utilisent des méthodes différentes. **La relaxation est plutôt axée sur la détente musculaire, tandis que la Mindfulness prône une prise de conscience non-jugeante du moment présent.** Toutefois, une telle classification ne fait pas l'unanimité.

3.2. L'art-thérapie

La deuxième catégorie de techniques psychocorporelles est l'art-thérapie. Elle se décline à travers trois pratiques : la peinture, la musique et la danse. Comme le fait remarquer Boyer-Labrouche (2012, p.7), le **corps est stimulé** au sein de chacune d'elles : "*A travers la peinture, c'est le regard et le corps [qui sont stimulés] (adresse, manipulation de la matière); en séance musicothérapique, c'est l'oreille, mais aussi le corps à travers le rythme; en danse-thérapie, le but recherché est la libération et l'expression du corps*". Il s'agit d'une pratique psychocorporelle au sens où l'on traite le psychologique à travers des techniques qui engagent le corps. Mais contrairement au point précédent il n'est pas question directement de relaxation ou de méditation [bien qu'il existe, par exemple, des séances de détente musicale au pouvoir relaxant (Boyer-Labrouche, 2012)].

Muller-Pinget et al. (2012) soulignent que l'attention du thérapeute, lors d'une séance d'art-thérapie, ne se porte pas sur la valeur esthétique du travail artistique, mais bien sur les processus de l'expérience qui se joue et sur la possibilité de la partager. Les auteurs précisent qu'il s'agit d' "*une pratique de soins (...) qui utilise l'expérience artistique comme moyen d'expression et offre des voies de communications autre que la parole*" (Muller-Pinget et al., 2012, p.690). Ils poursuivent en s'intéressant plus particulièrement à la **danse-thérapie** : "*la danse-thérapie traite les difficultés d'ordre psychologique et physiologique en impliquant le patient dans un travail de mise en forme de son vécu. Elle traite différents aspects de la personnalité : le physique, l'émotionnel, le cognitif, en même temps que l'intégration sociale*" (Muller-Pinget et al., 2012, p.690). En effet, la danse-thérapie est un outil de travail corporel aux multiples atouts, notamment pour les **adolescents** dont Potel (2007) rappelle le lien qui les unis au corps à travers plusieurs énoncés-types : "*corps qui démange, qui change, qui se transforme*", "*corps qui agit, impulsivement, qui vient barrer la route à la pensée*", "*corps excité*", "*corps porte-parole*" d'une identité mise à mal, qui s'effrite au moindre coup de blues", etc.

Les vécus difficiles pourraient ainsi être exprimés plus facilement grâce à la pratique de la danse-thérapie. Elle peut permettre de restaurer le langage corporel et sa symbolique en développant la conscience sensorielle des individus et en travaillant sur les représentations de leur corps, de leur schéma corporel et de leur image (Muller-Pinget et al., 2012).

De façon plus générale, l'art-thérapie peut permettre de développer les modes d'expression et de trouver d'autres possibilités de communication auprès de tous ceux qui connaissent des problèmes relationnels, ou qui sont porteurs de failles ou d'un handicap. Les notions de "lâcher prise" et de "plaisir" y sont en outre indispensables (Boyer-Labrouche, 2012).

4. LES PRATIQUES PSYCHOCORPORELLES DANS LE CHAMP DE L'ADOLESCENCE

4.1. Quel cadre?

Il existe de nombreux cadres et méthodes d'intervention en fonction de la discipline choisie (Pleine Conscience, yoga, relaxation, etc.). Et parfois, une même discipline offre une variété d'interventions possibles qui empêche toute standardisation ou normalisation excessive d'un cadre d'intervention. Nous allons cependant procéder à une différenciation de manière à faciliter la compréhension de la mise en application des techniques évoquées plus haut.

4.1.1. Le MBSR et MBCT (programmes de Pleine Conscience)

La pratique de la Pleine Conscience offre plusieurs possibilités d'intervention à travers trois techniques distinctes et/ ou complémentaires (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008), qui s'appliquent **aussi bien aux adultes qu'aux adolescents** :

Pleine conscience de la respiration : on demande aux individus de fermer les yeux et de situer la sensation physique de leur respiration dans leur corps. Le but de l'opération est d'attirer l'attention de la personne sur la perception de cette sensation. Mais l'esprit de la personne s'en ira très certainement ailleurs. L'instruction est alors de noter la source de la distraction (bruit, pensée, ...) et de rediriger calmement son attention sur la respiration. Cet exercice permet d'exercer la concentration et d'exercer cette pratique malgré différents événements parasites (pensées, sentiments, inconfort physique, ...).

Prise de conscience corporelle : cette pratique insiste sur la prise de conscience des sensations physiques. L'attention est portée sur le corps. Le but de l'exercice est de porter une attention (non-jugeante) à chaque partie du corps (plutôt que de simplement faire de la relaxation).

Marcher en pleine conscience : l'individu est encouragé à aller marcher, avec l'instruction d'accorder de l'attention à tous les aspects du processus (plutôt que de juste voir la marche comme un moyen d'aller quelque part). L'individu est invité à se concentrer sur son corps (la sensation physique du pied qui touche le sol, par exemple), tout en restant réceptif aux événements extérieurs (changements de température, lumière, ou autre). On conseille d'éviter de discuter avec les autres participants.

Il existe en fait deux programmes standardisés basés sur la Pleine Conscience qui incorporent les pratiques citées ci-dessus. L'un de réduction du stress (**MBSR**, *mindfulness-based stress reduction*) et l'autre issu des thérapies cognitives (**MBCT**, *mindfulness-based cognitive therapy*).

Le MBSR a été conçu en 1979 à l'origine pour des patients souffrant de douleurs chroniques (Kabat-Zinn, 1982 ; Kabat-Zinn, 1985 ; Bishop, Lau et Shapiro, 2004 cités par Chiesa et Seretti, 2009). Par la suite, le MBSR a été incorporé au MBCT pour prévenir les rechutes chez les adultes ayant souffert d'une dépression (Segal et al., 2002, cités par Burke, 2009) et son utilisation a été étendue à différentes maladies. Plusieurs auteurs mettent en avant ses effets positifs tant pour les maladies physiques que pour les maladies mentales (Bishop, 2002 ; Proulx, 2003 ; Praissman, 2008; cités par Chiesa et Seretti, 2009).

Le programme basé sur la Pleine Conscience pour la réduction du stress (MBSR) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) incluent des sessions de groupe hebdomadaires, une pratique à domicile régulière, et des pratiques formelles de Pleine Conscience (scanner du corps, séance de repos, méditations en mouvement et en marchant) et informelles (lorsque les

participants portent une pleine conscience sur leur activités de tous les jours). Les sessions de groupe incluent des pratiques de méditation guidées, une investigation menée par le professeur, une discussion des expériences, et de la psycho-éducation (incluant de l'information sur de l'errance de l'esprit, le rôle de la perception, l'association esprit/ corps, les réactions de stress et le développement des ressources internes pour améliorer sa santé) (Burke, 2009). Brown et al. (2007a) expliquent que le MBSR et le MBCT utilisent des exercices de méditation dans lesquelles des postures physiques sont utilisées (être assis par exemple), et le mouvement physique est maintenu à son minimum (on bouge mais très peu). De plus, dans les premières étapes, c'est-à-dire lorsque la personne est en phase d'apprentissage, l'attention est centrée sur un objet kinesthésique tel la respiration. D'après Chödrön (2002, cité par Brown, Kirk & Creswell, 2007), le but de cet apprentissage est de permettre à la personne qui pratique d'être ici, dans l'instant présent et de profiter de sa richesse. **L'intervention a en outre été adaptée pour les enfants** en âge d'être scolarisés (Black & Sussman, 2009). Semple et al. (2009) évoquent la thérapie cognitive basée sur la Mindfulness chez les enfants (MBTC-C). Il s'agit d'une psychothérapie de groupe "manualisée" qui permet d'accroître la résilience socio-émotionnelle à travers le renforcement de l'attention de pleine conscience.

Il s'agit finalement d'un socle commun autour duquel de nombreuses études tournent, tout en y apportant leur spécificité. Bootzin & Stevens (2005, cités par Burke, 2009) rapportent l'utilisation du MBSR dans une intervention multi-composants d'une durée de 6 semaines. Un des composants du MBSR (5 ou 6 sessions) inclut des instructions pour la pratique de la méditation à domicile. Les autres composants incluent une thérapie cognitive, l'éducation à une hygiène de sommeil, l'exposition à de la lumière, et des instructions de contrôle de stimulus. Zylowska et al. (2007, cités par Burke, 2009) exposent une intervention MAPs (*Mindfulness Awareness Practices*) de 8 semaines, avec des sessions hebdomadaires de 2,5 heures comprenant une pratique à domicile (5-15 minutes de méditation), et de la psycho-éducation à propos du trouble de déficit de l'attention. Singh et al. (2007, cités par Burke, 2009) évoquent une intervention (de méditation de Pleine Conscience) administrée individuellement en 12 sessions sur 4 semaines, suivie d'une phase pratique avec un instructeur pendant 25 semaines.

Le MBSR se pratique en groupe de maximum 30 participants, pendant 8 à 10 semaines à raison de 2h à 2h30 par semaine (Bondolfi et Guido, 2011) et s'appuie sur trois techniques (Chiesa & Seretti, 2009) :

1. les sensations corporelles : c'est un balayage progressif de l'attention sur tout l'ensemble du corps. Ce balayage doit être réalisé sans jugement sur les sensations ou sentiments ressentis pendant l'expérience et en utilisant des suggestions périodiques de respiration consciente et de détente.
2. La méditation assise : c'est un mélange d'attention consciente sur la respiration ou sur d'autres perceptions (sentir son abdomen monter et descendre par exemple). Cette attitude doit être empreinte d'un état de conscience non-critique de la cognition, des pensées et des distractions qui surgissent en continu à travers l'esprit.
3. Le Hatha yoga : il est constitué d'exercices de respiration, d'étirements simples et de postures qui renforcent et détendent le système musculo-squelettique.

L'école constitue en outre un lieu privilégié pour pratiquer la Pleine Conscience avec des jeunes. Beauchemin et al. (2008) ont conduit leur étude sur une intervention de méditation de Pleine conscience avec 34 élèves volontaires, âgés de 13 à 18 ans, rencontrant des difficultés scolaires. Les professeurs de classe laissaient 5-10 minutes pour se consacrer à la méditation de pleine conscience, avant le commencement de chaque cours, pendant 5 semaines, tandis que les autres élèves

participaient à d'autres activités afin de ne pas les déranger. Les professeurs qui n'avaient pas d'expérience de méditation de pleine conscience ont bénéficié de 45 minutes d'entraînement, avant l'intervention. Semple et al. (2010) ont, eux, identifié une intervention au sein de classes de remédiation pour la lecture. Les auteurs ont appelé ce programme le MBCT-C (*Mindfulness-based cognitive therapy for children*) qui consiste en 12 semaines d'intervention sur des groupes. Il permet d'enseigner les techniques de Pleine Conscience qui ont pour objectifs le renforcement. Il s'agit de séances de 90 minutes en petits groupes complétées par des exercices quotidiens à domicile. Les enfants sont répartis en 2 groupes en fonction de l'âge : les 9-10 et les 11-13ans.

Il existe également des **centres communautaires** où des programmes de Pleine Conscience sont également proposés (Thompson et Gauntlett-Gilbert, 2008). Les auteurs insistent sur plusieurs points pour organiser l'intervention :

- Prendre en compte le niveau de développement de l'enfant.
- Utiliser des métaphores pour essayer d'expliquer la posture mentale recherchée dans la Pleine conscience peut être utile (ex. : essayer de faire rester assis un jeune chien, malgré toutes les distractions qui l'entoure – le ramener calmement à la posture assise, ...).
- Proposer différentes pratiques de la Pleine Conscience peut augmenter l'envie de la pratiquer au quotidien.
- Effectuer des séances d'environ 10 minutes pour les adolescents et, entre 3 et 5 minutes pour les enfants.
- Faire participer les parents est important. Ils peuvent alors s'impliquer eux-mêmes dans les pratiques. Ils comprennent ainsi ce qu'est la Pleine Conscience et combien cela peut être utile. Wagner et al. (2006, cités dans Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008) disent même que leur participation peut encourager celle de leurs proches ou les aider à renforcer leur pratique.
- La Pleine Conscience est souvent pratiquée en groupe. Cela rend l'enseignement plus fort. Par exemple, les échanges sur la pratique après les séances peuvent augmenter leur efficacité car les individus partagent leurs expériences et commentaires. Semple et al. (2006, cités par Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008) notent d'ailleurs à ce sujet la manière dont les membres d'un groupe s'instruisent et se soutiennent les uns les autres.
- Une partie essentielle de la pratique est la discussion qui suit les séances, lorsque les individus en donnent un feedback. Il est important que les jeunes soient encouragés à s'exprimer et à faire tomber le préjugé selon lequel il y aurait "une bonne réponse". Il faut aussi les encourager à exprimer leur frustration.
- L'instructeur doit lui-même avoir une expérience de la Pleine Conscience (notamment en raison de la nature non-verbale de la pratique).

Il ne s'agit en outre pas de cadres "rigides". Par exemple, Wall (2005, cité par Burke, 2009) a réalisé une étude avec des élèves suivant une intervention de MBSR combiné à du **Tai Chi Chuan** pendant cinq semaines. Les interventions incluaient des éléments du MBSR comme les séances de méditation ou l'alimentation consciente, en complément d'exercices de Tai Chi Chuan.

4.1.2. Les autres cadres d'intervention (yoga, relaxation et art-thérapie)

Pour le TorweY-C (décrit au chapitre précédent) de Stueck & Gloeckner (2005), l'entraînement est composé de **yoga** et d'exercices de respiration. Les enfants et adolescents apprennent à pratiquer les exercices avant, pendant et après des situations de stress. En dehors des séances, ils doivent s'entraîner à utiliser les techniques de relaxation de façon autocontrôlée.

Le TorweY-C est composé de quinze rencontres d'une durée d'une heure. Chaque exercice est divisé en trois parties :

- a) Première relaxation :

1. Le but est de les faire parvenir à une plus forte orientation spirituelle et de préparer les exercices de yoga de la deuxième partie.
 2. Techniques pour atteindre le but :
 - "Faire un voyage à travers le corps", ce sont des tâches de concentration sur différentes parties du corps.
 - Techniques de respiration issues du yoga telles que de l'*Ujjayi* (*le souffle victorieux*), du *Nadhi shodana* (*la respiration alternée*), et des alternances de respiration.
- b) Les exercices de yoga : 23 exercices de yoga basés sur Shivananda-Yoga, Rishikesh/ India sont introduits, développés et consolidés :
1. Le but au long terme est la maîtrise de l'*asana* pour faire de l'autorelaxation.
 2. Technique :
 - L'enseignement de plusieurs exercices complexes de yoga.
 - Les participants développent eux-mêmes leurs exercices complexes de yoga avec l'aide de l'*asana* et des principes de base du yoga. Par la suite, il leur est demandé de montrer et d'enseigner au reste du groupe l'exercice créé. Le résultat de cette technique est le renforcement de la créativité et de la capacité de réflexion.
- c) Jeu de rôle :
1. Le but : encourager le contact social, l'intégration dans un groupe et renforcer les efforts de formation.
 2. Technique : massage de son partenaire, massage à billes, méditation à la bougie, exercices sensoriels (comme découvrir des objets par le toucher ou l'odorat), et exercices interactifs.

Benavides & Caballero (2009) mettent en avant des séances de yoga se déroulant pendant 12 semaines à raison de 3 jours par semaine. Tous les participants sont invités à une session introductive. Un tapis de yoga est offert à la fin de cette dernière. Chaque activité dure approximativement 1 heure et 15 minutes. Le même accompagnateur assure la cohérence de l'activité. Le yoga n'est pas pratiqué intensément afin d'éviter l'abandon.

Le yoga peut également se pratiquer dans un cadre clinique (Birdee et al., 2009). Les auteurs montrent dans leur revue de la littérature que les interventions inspirées du yoga utilisent en moyenne à 79% les exercices de postures, à 67% des exercices de respiration et 59% de la méditation (ces trois composantes sont donc combinées, ou non, en fonction des interventions). Près d'un tiers des interventions examinées par les auteurs incluaient des autres exercices de yoga comme des mouvements de main (*mudras*), des lectures à propos de la philosophie du yoga ou encore des régimes spécifiques au yoga. La durée des interventions peut varier d'un jour à une année entière, la moyenne étant de neuf semaines.

L'art-thérapie peut, quant à elle, se pratiquer sous de multiples formes, ce qui rend presque impossible toute généralisation d'une intervention. En fonction de son mode d'élaboration (le dessin, la musique ou la danse), l'intervention sera déjà tout à fait différente. De plus, la pratique de l'art-thérapie peut se faire individuellement ou en groupe. Seules constantes dans les interventions d'art-thérapie : le dialogue physique qui se crée entre le thérapeute et l'individu, ainsi que l'échange entre les deux protagonistes (ou les individus entre eux lors d'une session de groupe) qui permet de renouer avec l'idée de "relation", et la création d'un "espace" qui définit le cadre dans lequel la liberté est possible (Boyer-Labrousche, 2012).

White (2012) insiste en outre sur la nécessité d'établir un programme différencié des adultes en faisant des séances plus courtes, en proposant des pratiques répétitives et en faisant des périodes de méditation (pour le yoga) plus courtes.

Il convient dès lors de définir le public "adolescent", afin de déterminer ses attentes, ses besoins et le champ d'intervention qui peut lui être dédié.

4.2. Quel public?

L'adolescence est loin de constituer un groupe homogène et se compose dans la diversité, en fonction de multiples variables (le genre, l'origine, le niveau socio-culturel, etc.). Mais une variable a retenu notre attention au travers la revue de la littérature : la "santé". Avec d'un côté des sujets "cliniques" (atteints d'une pathologie physiologique ou psychologique reconnue) et de l'autre des sujets "non-cliniques" (sans pathologie apparente).

Les sujets cliniques :

Au sein de différentes recherches, la technique de la **Pleine Conscience** a été utilisée avec des adolescents âgés de 13 à 19 ans, qui ont reçu des traitements pour abus de consommation de substances, et présentant des troubles de sommeil (Bootzin & Stevens, 2005, cités par Burke, 2009), atteints d'une hyperactivité avec un trouble de l'attention (ADHD) (Zylowska et al., 2007, cités par Burke, 2009), souffrant de troubles du comportement et risquant l'exclusion scolaire (Singh et al., 2007, cités par Burke, 2009), ayant un diabète de type II (Benavides & Caballero, 2009)

Birdee et al. (2009) ont étudié la pratique du **yoga** chez les jeunes de 0 à 21 ans en situation clinique. Ils ont établi différentes catégories en fonction de l'âge : nouveau-né : 0-1 mois; enfant : 1-24 mois; jeune enfant : 2-5ans; enfant plus âgé : 5-12 ans; adolescent : 12-18 ans; jeune adulte : 18-21 ans. Toutes ces catégories d'âge peuvent être concernées par la pratique du yoga dans un objectif de soin.

Boyer-Labrousche (2012) indique que l'**art-thérapie** concerne tout autant les pathologies mentales (qu'il s'agisse de névroses, psychoses ou d'états dépressifs), que les handicaps ou des pathologies physiologiques comme le cancer. Pratt (2004) ajoute que l'art-thérapie s'adresse aux individus connaissant un deuil ou victimes d'abus sexuels. Lefebvre (2008) a en outre mené une étude auprès d'adolescents de 13 ans souffrant d'un trouble bipolaire (cycles alternant phases maniaques et phases dépressives) et montré que l'art-thérapie a permis d'identifier les cycles.

Les sujets non cliniques :

D'autres études ont également mis en évidence la mise en œuvre de pratiques psychocorporelles avec des adolescents qui ne souffrent pas d'une pathologie. Par exemple, Wall (2005, cité par Burke, 2009) a réalisé une étude avec des élèves âgés de 11 à 13 ans; Beauchemin et al. (2008, cités par Burke, 2009) ont travaillé sur une intervention de méditation de Pleine Conscience avec des élèves volontaires âgés de 13 à 18 ans rencontrant des difficultés scolaires; Semple et al. (2010) ont effectué leur étude aux Etats-Unis avec des pré-adolescents (âgés de 9 à 13 ans) connaissant des problèmes scolaires. Pratt (2004) suggère également que la danse-thérapie puisse s'appliquer auprès de jeunes atteints d'anxiété.

Thompson & Gauntlett (2008) indiquent que, globalement, les pratiques psychocorporelles sont valables pour une population jeune mais il peut être utile d'y apporter quelques modifications afin d'augmenter la pertinence des actions et l'engagement des jeunes. Par exemple, les groupes

d'adolescents ont besoin de plus d'explications pour s'engager pleinement (comme avec des dessins humoristiques ou des métaphores).

Les pratiques psychocorporelles peuvent donc concerner des adolescents, qu'ils souffrent de troubles physiologiques, psychiques, ou non; et peu importe leur catégorie d'âge.

4.3. Quels effets?

Thompson & Gauntlett (2008) ont relevé dans plusieurs études les nombreux **effets positifs** des interventions basées sur la **Pleine Conscience**. Elles peuvent ainsi amener les adolescents à diminuer progressivement leur détresse psychologique, voire à l'éliminer (Baer, 2003, cité par Thompson & Gauntlett, 2008); entraîner une amélioration significative de leur santé mentale (en agissant par exemple sur la dépression ou l'anxiété), ainsi qu'être à la source d'améliorations du bien-être physique (en agissant sur les douleurs sensorielles ou la qualité de vie) (Grossman et al., 2004, cités par Thompson & Gauntlett, 2008). Thompson & Gauntlett-Gilbert (2008) mettent en avant la facilité augmentée, grâce à la Pleine Conscience, à traverser des expériences difficiles, ainsi que l'aisance chez les jeunes à faire face à la pression. Par exemple, les auteurs citent une étude menée par une asbl new-yorkaise (*The Garrison Institute*) qui a testé la pratique de la Pleine Conscience avec des jeunes d'une douzaine d'années qui fréquentaient des lieux où étaient organisées des séances de pratique de Pleine Conscience. On observe une meilleure conscience de soi, une meilleure introspection, et une intelligence émotionnelle et des compétences sociales plus élevées (Schoeberlein, Koffler, 2005). La Pleine Conscience peut aussi agir positivement sur de multiples troubles de la santé. Bootzin & Stevens (2005, cités par Burke, 2009) rapportent, par exemple, une diminution des problèmes de sommeil dans les mesures auto-rapportées d'adolescents ayant participé à un programme de Pleine Conscience. Zylowska et al. (2007, cités par Burke, 2009) indiquent une amélioration significative des mesures auto-rapportées concernant les symptômes de l'hyperactivité avec un trouble de l'attention (ADHD) et des changements significatifs dans les mesures cognitives. Singh et al. (2007, cités par Burke, 2009) ont constaté une diminution du nombre d'actes agressifs suite à l'intervention auprès de trois adolescents menacés d'expulsion scolaire en raison de leur comportement. Aucun des 3 adolescents ne s'est d'ailleurs vu expulser de son établissement scolaire après l'intervention de Pleine Conscience. Et Beauchemin et al. (2008, cités par Burke, 2009) révèlent des différences significatives entre pré- et post-test dans l'autoévaluation de l'anxiété et des compétences sociales des élèves ayant suivi les sessions de méditation de Pleine Conscience.

White (2012) a également montré les effets bénéfiques de la pratique de la Pleine Conscience, à travers le **yoga** cette fois, sur des jeunes filles d'une dizaine d'années. Suite à des séances hebdomadaires d'une heure (pendant huit semaines), complétées par dix minutes d'exercices à domicile, l'auteur a observé chez les participantes une meilleure estime de soi, une capacité d'autorégulation facilitée, une grande fréquence du *coping* (capacité d'élaborer des stratégies d'intervention lors d'événements "difficiles"), une réduction de l'anxiété, une plus grande attention, un contrôle de soi, une meilleure qualité du sommeil, moins de réactivité/ impulsivité (en cas de stress ou de colère, par exemple), une capacité améliorée à prendre soin de soi, une reconnaissance de l'importance du groupe, et une diminution de la dépression et de la douleur - diminution du sentiment d'impuissance.

Outre les effets bénéfiques sur les troubles cardiovasculaires ou respiratoires chez les enfants et adolescents, Birdee et al. (2009) indiquent que la pratique du yoga réduit le stress et les émotions négatives. Berger et al. (1992, cités par Birdee et al., 2009) montrent, de la même manière, que le yoga a permis de diminuer tension, colère et fatigue; et ce, de manière plus importante qu'une pratique de la natation. Le yoga présente donc une plus-value, et ne peut être considéré comme une activité physique aux mêmes caractéristiques que les autres. Enfin, Birdee et al. (2009) ajoutent que

les jeunes souffrant d'une hyperactivité avec un trouble de l'attention qui ont participé à un programme de yoga augmentent leur capacité d'attention.

Hafner-Holter et al. (2009) ont quant à eux mis en évidence des effets positifs complémentaires de la pratique d'une activité physique classique (gymnastique) et d'un programme de yoga, sur la santé mentale.

Tandis que Zahn (2008) souligne que la pratique de la Pleine Conscience à travers le **Tai Chi Chuan** a aidé les adolescents (issus de l'enseignement supérieur dans l'étude) à reconnaître les pensées et sentiments comme des états transitoires, ne reflétant pas la réalité permanente; et a réduit la détresse subjective des individus en augmentant leur tolérance à l'inconfort et en redirigeant leur attention. Cette pratique a également généré moins de stress perçu, de dépression, de sautes d'humeur, de problèmes de sommeil; une augmentation de la qualité de vie, une meilleure fonction immunitaire, un effet favorable sur la pression sanguine et la détresse psychologique, une prévention des éventuelles psychopathologies futures, une réduction de la tension, moins d'impulsivité et une meilleure perception de la santé et du bien-être.

Concernant les variables de processus psychologiques telles que l'acceptation de la session proposée et la volonté d'y participer, il a été montré que le concept de l'entraînement convenait très bien à des enfants et que les principes de bases du yoga étaient enseignés de façon appropriée. L'utilisation de cet entraînement après l'école est appréciée des enfants, surtout l'intégration des mouvements orientés et expérimentés et la méthode exotique du yoga. Le yoga est donc une pratique de relaxation adaptée pour des enfants et permet d'étendre le champ des méthodes de relaxation déjà existantes pour les 11-12 ans (Stueck & Gloeckner, 2005).

Chez les enfants qui ont pratiqué le programme *TorweY-C* (programme de relaxation pour les enfants établi par Stueck et Gloeckner, 2005), on observe que l'agressivité, le sentiment d'impuissance à l'école et les plaintes physiques ont diminué. La capacité d'équilibre statique et à faire face au stress a augmenté. Presque 5 enfants sur 10 ressentent un meilleur contrôle des émotions. Sur le court terme, le sentiment de défaite diminue. Sur le court et le long terme, l'anxiété diminue et la balance émotionnelle augmente. Sur le long terme, l'extraversion, la timidité dans les contacts sociaux et l'impulsivité diminuent. Les parents et les enseignants estiment qu'il y a une amélioration du bien-être suite à l'entraînement. Les parents déclarent que leurs enfants sont plus calmes, plus concentrés et plus équilibrés. Par ailleurs, ils présentent moins de signes d'agressivité et d'impulsivité. Le groupe expérimental obtient de meilleurs résultats dans les tests de concentration que le groupe contrôle (Stueck et Gloeckner, 2005).

Anderson (1995, cité par Pratt, 2004) a montré que l'**art-thérapie** pouvait aider les victimes d'abus sexuels pendant leur enfance en transformant leur expérience dans le langage adulte. De même Muller-Pinget et al. (2012) suggèrent que la danse-thérapie a permis un meilleur ressenti de la qualité de vie chez des personnes obèses, avec une meilleure évaluation de l'amour-propre, du travail, de la vie sexuelle et de la mobilité, tandis que Farr (1997) souligne la diminution des comportements à risque (suicide, délinquance, violence, etc.) chez des adolescents afro-américains.

Les pratiques psychocorporelles peuvent également être vectrices d'**éducation pour la santé**, qui se caractérise par la promotion de l'autonomie et l'*empowerment* (processus d'acquisition d'un pouvoir sur la santé) d'une personne. Garnoussi (2011) souligne en effet que la Pleine Conscience peut responsabiliser l'individu en le rendant premier acteur de sa santé : "*il s'agit d'une médecine participative : elle conduit le patient à s'engager personnellement vers de plus hauts niveaux de bien-être et de santé en optimisant ses propres capacités autorégulatrices*" (Kabat-Zinn, 2009, cité par Garnoussi, 2011, p.270). Black & Sussman (2009) pointent également l'apport évident de la méditation dans la promotion de la santé, tandis que Muller-Pinget et al. (2012) montrent que la

danse-thérapie peut permettre à des personnes obèses de continuer à avoir une activité physique, au-delà d'une première amorce dans un cadre thérapeutique; et donc être un outil d'éducation thérapeutique du patient.

L'efficacité des pratiques psychocorporelles dépend néanmoins du public visé par l'intervention. En effet, Toneatto et Nguyen (2007 cités par Bondolfi et al., 2011) montrent que les effets de la MBSR (technique de Pleine Conscience vue au point 4.2.1) ne sont pas clairs sur le niveau d'anxiété et de dépression chez les patients fibromyalgiques, douloureux chroniques, auprès personnes présentant du psoriasis, les dépressifs majeurs, les cancéreux, les personnes souffrant d'un traumatisme crânio-cérébral, les malades cardiaques, les dépendants à la drogue et chez des populations non-cliniques. On observe par ailleurs certaines contradictions entre ces conclusions et celles d'autres auteurs, notamment dans le cas des populations non-cliniques pour lesquelles la pratique de la Pleine conscience est efficace selon Zahn (2008) ou Semple et al. (2010) et inefficace donc selon Toneatto et Nguyen (2007 cités par Bondolfi et al., 2011).

Cette contradiction dans les résultats illustre l'importance de s'accorder sur des concepts qui manquent encore de cadres d'interventions clairs (par exemple, peut-on associer la pratique du Tai Chi Chuan à celle de la Pleine conscience? Si oui, les effets attendus sont-ils les mêmes? Le public visé est-il le même? Existe-t-il dès lors plusieurs pratiques de Pleine Conscience? etc.), ainsi que sur une méthode d'évaluation rigoureuse des interventions qui appliquent des méthodes psychocorporelles.

4.4. Quelle évaluation?

Burke (2009) insiste sur les nombreux biais quant à l'évaluation des interventions de Pleine Conscience. En effet s'intéresser aux pratiques psychocorporelles de façon plus générale signifie aussi se retrouver face à un déficit trop important de mesures scientifiques qui font consensus.

Il existe pourtant des instruments de mesures, notamment pour la Pleine Conscience.

Les mesures de pleine conscience ont été appliquées tant dans des contextes de recherche fondamentale qu'en recherche appliquée, ceci notamment afin d'évaluer leur pertinence face à des comportements de régulation, des comportements relationnels et de santé mentale. Plusieurs mesures d'auto-évaluation visant à évaluer la pleine conscience ont en outre été récemment publiées, incluant notamment :

- le FMI, *the Freiburg Mindfulness Inventory* (Walach et al., 2006),
- le KIMS, *the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (Baer et al., 2004),
- le FFMQ, *the Five Factor Mindfulness Questionnaire* (Baer et al., 2006),
- le MAAS, *the Mindfulness Attention Awareness Scale* (Brown & Ryan, 2003 ; Carlson & Brown, 2005).

Dans ces questionnaires, on évalue des items tels que :

"J'observe comment mes pensées vont et viennent"(FMI),

"Je fais attention à la façon dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement" (KIMS, FFMQ),

"Il me semble que je suis en mode automatique sans grande prise de conscience de ce que je fais" (MAAS),

Mais comme le souligne Burke (2009), la plupart de ces instruments et échelles concernent des études menées auprès de participants adultes. Mais aucune indication ne montre qu'ils s'appliquent

de manière équivalente aux enfants et adolescents. C'est la raison pour laquelle Brown et al. (2011) ont testé la validation d'une échelle de Pleine conscience pour les adolescents de 14 à 18 ans, la **MAAS-A** (*Mindful Attention Awareness Scale-Adolescent*), sur base d'une échelle validée chez les adultes. Les auteurs concluent que l'instrument pour les adultes nécessite une adaptation mineure pour être utilisée chez les adolescents, et que le MAAS-A peut être considéré comme valide pour mesurer l'effet de la Pleine Conscience chez les jeunes de 14 à 18 ans.

Il est également possible de tester l'efficacité des interventions au travers des tests préexistants qui ne sont pas directement associés aux pratiques psychocorporelles. Par exemple, Beauchemin et al. (2008) ont pris des mesures cinq semaines avant et cinq semaines après une intervention de Pleine Conscience auprès d'adolescents, via des tests psychotechniques (*social skills rating systems, state-trait anxiety inventory*). Ils ont également réalisé un outil mesurant les dimensions suivantes sur des échelles de Likert : la concentration en classe, la satisfaction de l'intervention et le souhait de continuer à utiliser la Pleine Conscience par soi-même. De même, Semple et al. (2010) ont mesuré les dimensions sur lesquelles la Pleine Conscience est supposée avoir un effet à travers des échelles psychométriques (*child Behavior Checklist, State-trait anxiety inventory for children* et le *Multidimensional Anxiety Scale for Children*). Pour cela, ils ont effectué leur étude sur deux groupes : l'un "expérimental" et l'autre "contrôle" (suivi du même programme de Pleine Conscience auprès d'enfants, MBTC-C, mais plus tard dans l'année scolaire). Burke (2009) cite par ailleurs les variables rencontrés pour sa revue de la littérature mesurant les interventions de Pleine Conscience sur des adolescents : la mesure (par soi-même, un professeur ou un parent) de l'attention, du comportement, de l'anxiété, de la dépression, des compétences sociales, du poids, des symptômes physiques, de la qualité du sommeil, de la consommation de produits comme le tabac, l'alcool, etc. ; des mesures cliniques de santé mentales, et des mesures objectives d'attention.

Il existe donc encore peu d'instruments de mesures spécifiques, et la méthode d'évaluation la plus répandue consiste en une mesure pré/ post-test de caractéristiques particulières en fonction de l'objet de l'étude (par exemple, mesurer le niveau d'attention avant et après une intervention de yoga chez des adolescents qui souffrent d'une hyperactivité avec un trouble de l'attention). Seule la pratique de Pleine Conscience commence à connaître ses propres échelles d'évaluation.

5. RECOMMANDATIONS

Burke (2009) pointe la faiblesse des preuves de l'efficacité des interventions de Pleine Conscience au sein des études. L'auteur souligne notamment la faiblesse de la méthodologie dans les études (petits échantillons, manque de randomisation et de groupe contrôle), ce qui limite l'attribution causale ou la généralisation des résultats en dehors du contexte d'intervention. Toujours selon Burke (2009), les autres limites sont la trop grande confiance accordée dans les mesures auto-rapportées, l'utilisation d'instruments de mesures cliniques avec un échantillon non-clinique. Et aucune étude, selon l'auteur, ne parvient à examiner la contribution spécifique de la Pleine Conscience en comparaison à celle de la psycho-éducation ou du support du groupe. Pour Burke (2009), il convient dès lors que les études basées sur les interventions de Pleine Conscience avec les enfants et adolescents acquièrent une méthodologie solide et une large échelle d'évaluation, à travers une plus grande étendue de problèmes et de populations (Baer, 2003; Grossman et al., 2004; cités par Burke, 2009). Il convient aussi d'évaluer l'efficacité du traitement en le confrontant à un traitement alternatif. De plus, les futures recherches devront dessiner un cadre spécifique de ce type d'interventions pour les enfants et adolescents, en fonction de leur âge et de leurs besoins développementaux (Burke, 2009).

Zahn (2008) souligne également que jusqu'à présent peu d'attention a été accordée à des pratiques chez les jeunes et les enfants. Pourtant, précise l'auteur, la plupart des compétences nécessaires pour

gérer le stress et gérer ses humeurs, s'acquièrent à l'adolescence. Les adolescents sont en effet particulièrement sujets aux changements d'humeur, exposés au stress et sont plus impulsifs. Zahn (2008) ajoute qu'une faible estime de soi à l'adolescence prédispose à une santé fragile, à des comportements criminels (délinquance) et à des perspectives de carrière limitées à l'âge adulte (Vitaro, Ferland, Jacques et Ladouceur, 1998, cités par Zahn, 2008), ainsi qu'à des troubles du sommeil, de l'anxiété et du stress (Seiffge-Krenke, 1995, cité par Zahn, 2008).

Néanmoins, dans une étude menée par Wilson et al. (2006), 79% des adolescents, âgés de 14 à 19 ans, ont déclaré (en 2005) approuver les pratiques de type méditation et/ ou relaxation et 48,5% ont affirmé y avoir déjà eu recours (Wilson et al., 2006). Il s'agit donc d'une pratique à promouvoir auprès du public adolescent, mais également à adapter pour celui-ci. Comme le propose White (2012), qui a testé l'effet d'une pratique de Pleine Conscience à travers le yoga, il est nécessaire de modifier le programme appliqué auprès d'adultes pour mieux correspondre au public adolescent en proposant des séances plus courtes, des pratiques répétitives et des périodes de méditation plus courtes. Cela rejoint les analyses effectuées par Thompson & Gauntlett-Gilbert (2008) concernant les interventions basées sur la Pleine Conscience (présentée au point 4.1.1).

Selon White (2012), le seul pré-requis pour commencer la pratique de la Pleine Conscience est avant tout la volonté de vivre une nouvelle expérience. Néanmoins, plusieurs auteurs recommandent que les personnes qui pratiquent la Pleine Conscience aient déjà une bonne capacité de raisonnement et un bon esprit de synthèse (accessibles aux alentours de 12 ans) (Wall, 2005; Wagner et al. 2006, cités par Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). En revanche, on a vu que la pratique du yoga était possible entre 0 et 21 ans (Birdee et al., 2009). Il y a, en tout cas, unanimité pour affirmer que les pratiques psychocorporelles peuvent s'appliquer aux adolescents.

De même, Dorsaz (2007) attire l'attention sur trois aspects importants dont il faut tenir compte lorsque l'on propose des approches psychocorporelles aux adolescents. Selon l'auteur, l'adolescent au départ est rarement demandeur de ce type d'approche et les raisons qui pourraient l'amener à une telle démarche relèvent de l'ordre de l'existence de conflits intérieurs, de difficultés familiales, scolaires ou professionnelles. Lorsqu'enfin l'adolescent accepte l'idée, c'est toutefois avec une certaine retenue. Le souvenir d'anciennes thérapies qui n'ont pas montré leur efficacité explique sans doute leur réticence. Cependant, la plupart d'entre eux n'ont jamais entendu parler de ce type d'approche. Se pose alors le choix de la bonne approche et, au vu du panel proposé et de la spécificité de chacune des approches, le choix n'est guère aisé. Lorsque le choix a été posé, vient alors le moment de la rencontre entre le professionnel et l'adolescent où plusieurs rendez-vous s'avèrent parfois indispensables pour mieux appréhender les préoccupations, intérêts, difficultés de l'adolescent.

D'un point de vue théorique, il est donc impératif de poursuivre les recherches auprès de ce public spécifique (principalement concernant la Pleine Conscience) (Burke, 2009), et que des mesures formelles et validées soient utilisées (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008). Il est également essentiel de répondre à de nombreuses interrogations qui restent aujourd'hui en suspens. Par exemple, quelle place donner au genre dans la pratique psychocorporelle? (Stueck & Gloeckner, 2005). Muller-Pinget et al. (2012) montrent par exemple que les femmes adhèrent mieux à la danse-thérapie que les hommes. Est-il pertinent d'associer des pratiques à priori différentes comme la Pleine Conscience, le yoga ou la relaxation? Comment choisir une pratique psychocorporelle en fonction de ses besoins? Et **d'un point de vue pratique**, il convient d'adapter les programmes psychocorporels aux adolescents, en modifiant certains processus d'intervention comme la durée des séances ou le degré de diversité des exercices (Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008; White 2012).

6. CONCLUSION

Il existe de nombreuses techniques qualifiées de « psychocorporelles » et la frontière entre elles est parfois mince, bien que des classifications aient été opérées par différents auteurs. Pour les pratiques les plus connues (yoga, Mindfulness, ...), il ressort que les techniques proposées aux adultes peuvent convenir aux adolescents mais ne sont pas transposables telles quelles; elles doivent impérativement être adaptées aux enfants et aux adolescents (modalités d'organisation des séances, explication des techniques employées, ...).

Il ressort également de cette revue de la littérature que peu d'investigations ont été menées auprès du public d'enfants et adolescents. Lorsqu'elles ont été menées, des effets bénéfiques sur la santé ont été démontrés, sur les cas cliniques comme non-cliniques. A ce titre, il est intéressant de se demander si la plupart des études investiguées n'ont pas essentiellement ciblé un public déjà 'conquis'. Par ailleurs, la méthodologie laisse malheureusement souvent à désirer, ce qui explique au moins pour partie les divergences dans les résultats obtenus. Il est évident qu'il y a un manque criant d'évaluation de ces pratiques et d'outils scientifiquement validés permettant de les évaluer, surtout pour les enfants et les adolescents. Peu d'études se sont également attelées à isoler les effets des pratiques psychocorporelles des effets d'activités plus classiques comme par exemple la natation ou la gymnastique. Il est donc nécessaire, pour mieux répondre aux questions qui se posent et pour mieux cerner les motivations (ou non) du public cible, les représentations qu'il a des pratiques psychocorporelles, des attentes et souhaits, de mener de nouvelles recherches auprès de la population visée.

7. BIBLIOGRAPHIE

Article(s)

- Beauchemin J., Hutchins T. L., Patterson F., (2008), Mindfulness meditation may lessen anxiety, promote social skills, and improve academic performance among adolescents with learning disabilities. *Complementary Health Practice Review*, 13(1), pp. 34-45.
- Benavides S., Caballero J., (2009), Ashtanga yoga for children and adolescents for weight management and psychological well-being : An uncontrolled open pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, pp. 110-114.
- Birdee G. S. et al., (2009), Clinical applications of yoga for the pediatric population : A systematic review. *Academic Pediatrics*, 9(4), pp. 212-220.
- Bishop S. R., (2002), What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, pp. 71-84.
- Black D. S., Milam J., Sussman S., (2009), Sitting-Meditation Interventions Among Youth : A review of Treatment Efficacy. *Pediatrics*, 124(3), pp.532-541.
- Bondolfi G. et al., (2011), Les approches psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience. Entre vogue médiatique et applications cliniques fondées sur des preuves. *Médecine & Hygiène*, 31(3), pp. 167-174.
- Brown K. W., Loverich T. M., West A. M., Biegel G. M., (2011), Assessing Adolescent Mindfulness : Validation of an Adapted Mindful Attention Awareness Scale in Adolescent Normative and Psychiatric Populations. *American Psychological Association*, 23(4), pp. 1023-1033.
- Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D., (2007a), Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18(4), pp.272-281.
- Brown K. W., Ryan R. M., Creswell J. D., (2007b), Mindfulness : Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), pp.211-237.
- Burke Ch. A., (2009), Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents : A preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Study*, 19(2), pp.133-144.
- Chiesa A., Serretti A., (2009), Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people : A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), pp. 593-600.
- Farr, M. (1997). The role of dance/movement therapy in treating at-risk African American adolescents, *The arts in psychotherapy*, 24, pp. 183-191.
- Gaines T., Barry L. M., (2008), The effect of a self-monitored relaxation breathing exercise on male adolescent aggressive behaviour. *Adolescence*, 43(170), pp. 291-302.

- Garnoussi N. (2011). Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale. *Sociologie*, 3(2), pp. 259-275.
- Hafner-Holter S., Kopp M., Günther V., (2009), *Fitnessstraining und Yoga – Auswirkungen auf Befindlichkeit, Stressempfinden, Unsicherheit im Sozialkontakt und Körperbild.* *Neuropsychiatrie*, 23(4), pp. 244-248.
- Long N., (1992), *Labeling relaxation procedures : Impact on adolescent's self-report of effectiveness.* *Journal of Adolescent Health*, 13(8), pp. 686-692.
- Muller-Pinget, S., Pataky, Z., Golay, A., Armand, S., & Allet, L. (2012). *Déficits fonctionnels des personnes obèses et rôle de la danse-thérapie,* *Revue médicale suisse*, 334, pp. 687-691.
- Potel Baranes C., (2007), *Des thérapies à méditation corporelle pour les adolescents. Un exemple : la relaxation.* *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp.120-126.
- Potel Baranes C., (2009), *Adolescence et relaxation : le groupe, un contenant thérapeutique privilégié à l'adolescence.* *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 53, pp.79-90.
- Pratt, R.R. (2004). *Art, dance, and music therapy, Physical medicine and rehabilitation clinics of north America*, 15, pp. 827-841.
- Raynaud J.-P., Danner C., Inigo J.-P., (2007), *Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents : indications, spécificités, différences.* *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, pp. 113-119.
- Semple R. J., Lee J., Rosa D., Miller L. F., (2010), *A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children : Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children.* *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), pp. 218-229.
- Stueck M., Gloeckner N., (2005), *Yoga for children in the mirror of the science : Working spectrum and practice fields of the training of relaxation with elements of yoga for children.* *Early Child Development and Care*, 175(4), pp. 371-377.
- Thompson M., Gauntlett-Gilbert J., (2008), *Mindfulness with Children and Adolescents : Effective Clinical Application.* *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, pp.395-407.
- White Santangelo L., (2012), *Reducing stress in school-aged girls through mindful yoga.* *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), pp. 45-56.

Livre(s)

- Semple R. J., Burke Ch. A., (2012), *Mindfulness-based treatment for children and adolescents. Child and adolescent therapy : Cognitive-behavioral procedures*, 4th ed., Guilford Press, New York, pp. 411-426.
- Boyer-Labrousche, A. (2012). *Manuel d'art-thérapie*, Dunod, Paris.

Thèse(s)/ Mémoire(s)

- Dorsaz C., (2007), En corps... Approche du corps dans la prise en charge éducative à l'intérieur des institutions du Valais romand accueillant des adolescents en difficulté. Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme HES d'éducatrice sociale, 504 p.
- Lefebvre, A. (2008). Art therapy interventions with an adolescent with bipolar disorder, Mémoire de fin d'études pour l'obtention du diplôme de Master of Arts in Art therapy & Counseling, 97 p.
- Zahn W. L., (2009), The effects of Tai Chi Chuan on mindfulness, mood, and quality of life in adolescent girls. Dissertation Abstracts International : Section B : The Sciences and Engineering, 69(8-B), 98 p.

Enseignements

- Van Rillaer J., (2011), Aperçu de techniques de relaxation et de méthodes apparentées. UCL.