

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**L'EFFICACITE DE L'APPROCHE DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR DIMINUER
LES SYMPTOMES ANXIEUX CHEZ LES ADOLESCENTS, EN FONCTION DU
MILIEU D'INTERVENTION**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
JULIA APRIL-LAPOINTE**

AVRIL 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Jessica Pearson

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Jessica Pearson

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Line Massé

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Plusieurs recherches ont démontré l'efficacité de la pleine conscience sur la diminution de l'anxiété chez les adultes. Dernièrement, certains chercheurs s'intéressent à ces bienfaits auprès des jeunes, d'où la pertinence de s'y pencher et de leur offrir des stratégies d'adaptation de gestion d'anxiété. Surtout, il devient important d'évaluer l'efficacité des interventions leur étant destinées, considérant la prévalence des symptômes anxieux chez les adolescents et les conséquences adaptatives associées. Cette recension des écrits vise à examiner l'efficacité de l'approche de la pleine conscience pour diminuer l'anxiété des adolescents en fonction de différents milieux d'intervention. Neuf études expérimentent cette approche avec des groupes de comparaison en milieu scolaire, hospitalier et communautaire. Cinq études sur neuf indiquent une diminution d'anxiété chez les jeunes par la pleine conscience. Une seule étude a évalué l'efficacité de ces interventions après une période de 4 mois (Johnson et Wade, 2019).

Table des matières

Résumé	iii
Introduction	1
Interventions pour diminuer l’anxiété chez les adolescents.....	3
La pleine conscience.....	4
Milieux d’intervention	8
Milieu scolaire.....	8
Milieu hospitalier.....	9
Milieu communautaire.....	9
Méthode.....	10
Critères de sélection	10
Critères d’exclusion	10
Recherche documentaire	10
Extraction des données.....	11
Résultats	11
Résultats du processus de recension et description des études retenues.....	11
Synthèse des résultats.....	16
Analyse des résultats en fonction des milieux d’interventions	17
En milieu scolaire.....	17
En milieu hospitalier.....	18
En milieu communautaire.....	19
Discussion	19
Milieu scolaire	20
Milieu hospitalier.....	22
Milieu communautaire.....	25
Limites de l’essai	27
Intégration des résultats pour le travail du psychoéducateur	28
Conclusion	30
Références	30
Appendice A.....	40
Définitions des différents programmes/interventions	40

Introduction

Au Québec, le trouble anxieux est l'un des troubles mentaux les plus fréquents chez les adolescents (Costello, Copeland, et Angold, 2011; Merikangas, Nakamura et Kessler, 2009). Ce trouble survient tôt dans le développement, augmente graduellement, peut s'aggraver avec le temps et amener des complications majeures sur le développement, sur le plan psychologique (dépression, abus de substances psychoactives, toxicomanie, surutilisation des services), relationnel et scolaire (absentéisme, démotivation, arrêt précoce). Le taux de prévalence chez les adolescents peut se situer entre 2,2 % et 9,5 % (Costello *et al.*, 2011; Cournoyer *et al.*, 2016; Denis et Baghdadli, 2017; Gagné et Marcotte, 2010; Merikangas *et al.*, 2009).

Les troubles anxieux regroupent plusieurs troubles à l'enfance, à l'adolescence et à l'âge adulte dans le Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM-5) (American Psychiatric Association (APA), 2013) : l'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, l'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et l'anxiété généralisée. Des échelles permettent de différencier chacun de ces troubles entre autres par leur sévérité, leur cause, leurs manifestations et leur variation dans le temps. De plus, elles distinguent les symptômes comportementaux, cognitifs et physiologiques en raison d'une forte comorbidité entre eux. En revanche, les troubles anxieux regroupent des troubles ayant trois caractéristiques communes : la peur (réponse émotionnelle d'une situation perçue ou réellement menaçante), l'anxiété excessive (anticipation d'une menace ou surestimation de la dangerosité face à une situation) ainsi que les perturbations comportementales qui leur sont apparentées (ex. une personne vivant avec une phobie sociale évitera les situations sociales ou les subit avec une peur ou une anxiété intense). Généralement, le diagnostic d'un de ses troubles peut être posé seulement lorsque les symptômes sont présents depuis au moins six mois. Les personnes atteintes réagissent par peur, anxiété, évitement ou raisonnement cognitif selon un type d'objet spécifique ou une situation particulière de crainte ou évitée (cette dernière réaction augmente les risques de comorbidités entre eux). Par exemple, une personne atteinte d'un *trouble panique* aura tendance à éviter les lieux inconnus ou à pratiquer un sport, afin de diminuer les risques d'une montée soudaine de peur ou de malaise intense (inattendu ou attendu) accompagnée de symptômes physiques ou cognitifs (attaques de paniques) (DSM-5). Ces troubles anxieux engendrent des difficultés de fonctionnement sur différents plans et augmentent le risque de vivre certaines problématiques, telles que l'utilisation

des services de santé, l'absentéisme scolaire, le décrochage scolaire, la présence d'idées suicidaires et d'épisodes dépressifs majeurs (Cournoyer *et al.*, 2016).

Enfin, les émotions d'anxiété et de peur sont au cœur des troubles anxieux. Il est donc judicieux de les décrire ici même, surtout considérant que l'essai vise à recenser les études qui s'intéressent à la diminution des symptômes d'anxiété. Les définitions de stress, de peur et d'anxiété sont souvent confondues, mais doivent toutefois être distinguées (Lupien *et al.*, 2009). Le stress est une réaction physiologique en réponse à une situation perçue comme stressante. La peur est une émotion qui se manifeste devant un danger ou une menace réelle et immédiate en combattant ou en fuyant pour assurer sa survie. L'anxiété est une émotion qui provoque des tensions musculaires, puis amène une personne à anticiper une situation et à agir avec prudence ou évitement (DSM-5). Elle se manifeste plutôt devant une menace potentielle, qui résulte de l'anticipation d'une menace imaginée. Que la menace soit réelle ou imaginée, les réactions physiologiques où l'hormone de cortisol est libérée sont les mêmes que celles du stress. Donc, une personne anxieuse libère souvent une quantité importante de cortisol par l'anticipation de menace imaginée, qui provoque ainsi des symptômes négatifs émotifs (inquiétudes, nervosité, irritabilité, craintes, appréhensions, terreurs, paniques, impression d'être coupé de soi ou du monde, peurs diverses) et physiques (ex. palpitations, douleurs thoraciques, difficultés respiratoires, impression d'étouffer, nausées, ballonnements, maux de tête, vomissements, faiblesses, douleurs abdominales, difficultés à avaler, diarrhées, tremblements, fatigue, trouble du sommeil) (Association des médecins psychiatres du Québec, 2021; Lupien *et al.*, 2009). L'anxiété peut se manifester chez tous les individus dans diverses circonstances. Toutefois, l'anxiété devient pathologique lorsqu'elle est intrusive, qu'elle persiste, qu'elle est omniprésente, qu'elle est excessive, qu'elle cause une détresse significative ou qu'elle nuit au fonctionnement et qu'elle est perçue comme incontrôlable par la personne. Celle qui en souffre peut avoir des symptômes d'hypervigilance, qui sont souvent manifestés dans les troubles anxieux. Elle détecte alors constamment des menaces dans son environnement, ce qui diminue sa capacité à freiner la peur et l'autorégulation de ses émotions. L'anxiété pathologique peut aussi tendre vers des troubles apparentés aux troubles anxieux, tels que le trouble d'adaptation avec humeur anxieuse, le trouble de stress post-traumatique ou le trouble obsessionnel compulsif (DSM-5) (American Psychiatric Association (APA), 2013).

L'essai s'intéresse à la diminution des symptômes d'anxiété chez les jeunes de 12 à 17 ans. Cette visée préventive peut éviter des problématiques sur le fonctionnement d'une population à risque. En effet, l'adolescence est une période critique, en raison d'une plus grande difficulté à autoréguler leurs émotions, une tendance à sous-utiliser des stratégies de résolution de problèmes (facteurs de risque d'anxiété et de dépression) (Broderick et Jennings, 2012 ; White, 2012) et l'augmentation de la probabilité de vivre des situations anxiogènes (ex. transition de l'école primaire au secondaire). Chez les adolescents, ceci diminue leur capacité d'attention et augmente le déclenchement de réponses automatiques inadaptées (réactions émotionnelles, cognitives ou comportementales négatives). D'autant plus certains sont plus vulnérables que d'autres à développer des symptômes anxieux ou mêmes des troubles anxieux, selon leur situation familiale et socioéconomique : troubles mentaux chez les parents (notamment des symptômes dépressifs élevés chez la mère) ou utilisation de comportements punitifs des parents envers leur enfant (Piché *et al.*, 2017). Également, ces troubles sont associés au faible soin apporté de la part des parents à leur adolescent. Les caractéristiques personnelles de sexe féminin et un faible niveau de compétences sociales rendent également certains adolescents plus à risque. Aussi, le développement d'au moins un trouble anxieux est plus probable si un jeune a vécu deux événements stressants au cours de son adolescence (Bergeron, Valla et Gauthier, 2007). Enfin, selon le Centre d'études sur le stress humain (CESH), le développement, le maintien et l'aggravation d'un état anxieux sont souvent multifactoriels et ainsi peuvent être causés par de mauvaises habitudes de vie, des effets secondaires d'une médication, des maladies organiques, une faible estime de soi, une consommation de drogues ou autres substances ou un manque d'activité physique. Un comportement d'évitement, par exemple fuir des situations qui engendrent un stress, contribue aussi à maintenir l'anxiété. La pleine conscience est donc une approche intéressante, qui permet de ne pas éviter un inconfort, mais plutôt d'y faire face en accueillant ses émotions dans l'ici et maintenant avec bienveillance.

Interventions pour diminuer l'anxiété chez les adolescents

Une méta-analyse a été menée comportant 111 études publiées entre 1967 et 2013 sur les résultats de 204 conditions de traitement pour l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent (Higa-McMillan *et al.*, 2016). Selon les résultats obtenus, six interventions sont les plus efficaces auprès des mineurs vivant avec un trouble anxieux : la *thérapie cognitivo-comportementale* (TCC), l'*exposition*, la

modélisation (démonstration d'un comportement attendu pour obtenir son imitation par l'autre), la *TCC avec parents inclus* (accompagnement et apprentissage de techniques d'adaptation de la part d'aidants auprès d'enfants anxieux ; psychoéducation ou d'autres thérapies ou de la formation), la *TCC avec médication incluse*. Enfin, l'*éducation* est davantage utilisée pour diminuer l'anxiété reliée à la passation d'exams et à la phobie scolaire avec des interventions centrées sur des problèmes scolaires spécifiques (ex. offrir de l'aide aux devoirs pour améliorer ses capacités d'autonomie dans une matière). Toutes ces interventions sont des familles de traitements compatibles et grandement basées sur la TCC et les composantes de l'*exposition*. Les personnes moins réceptives à seulement la TCC peuvent utiliser les approches d'exposition sans appui cognitif, qui sont aussi probantes. Toujours selon les résultats de cette méta-analyse, quatre autres familles de traitements individuels combinés avec la TCC de façon plus large sans les composantes d'exposition sont considérées comme possiblement efficaces : la psychoéducation familiale, la relaxation, l'entraînement à l'affirmation de soi et l'inoculation du stress. Ces dernières seraient moins efficaces que les six interventions nommées ci-haut en raison de l'exclusion des approches basées sur l'*exposition*. Les traitements de l'attention uniquement, la narration culturelle et l'hypnose n'ont pas démontré d'amélioration significative sur le niveau d'anxiété de base des participants. Cependant, les participants répondaient rarement aux critères d'un trouble anxieux au pré-traitement, contrairement à d'autres essais randomisés contrôlés. Cette méta-analyse permet de considérer qu'en général la TCC est efficace pour les jeunes, sans s'intéresser spécifiquement aux interventions de sa troisième vague, dont la pleine conscience, comme le veut cet essai.

La pleine conscience. L'approche de la pleine conscience (*mindfulness*) fait partie de la dernière vague, soit la troisième, des thérapies comportementales et cognitives (Hayes, 2004 ; Teasdale, 2004). La première vague a été la base de la thérapie comportementale (théorie d'apprentissages). Ensuite, la deuxième vague, celle de la thérapie cognitive est devenue complémentaire. Les deux sont centrées sur les problèmes de la personne et l'utilisation de stratégies explicites afin d'enlever les facteurs de maintien du problème (apprentissage ou représentations dysfonctionnelles) (Heeren et Philippot, 2010). Elles visent à modifier un comportement et agir directement sur celui-ci par l'identification des relations causales entre les variables inhérentes ou processus cognitifs dysfonctionnels d'une personne (pensées, émotions, sensations négatives) et de son environnement. La troisième vague est basée sur la reconnaissance

et l'exploration active des émotions (Hayes, Follette et Linehan, 2004), contrairement à tenter de supprimer les émotions, ce qui pouvait mener à des troubles psychopathologiques. Selon Shalleross, Davis et Mauss (2013), les vagues de la thérapie cognitivo-comportementale peuvent être complémentaires. La capacité de réévaluation cognitive et de relation avec les pensées chez des personnes aux prises avec des symptômes d'anxiété et de dépression augmente dans les thérapies de deuxième vague par l'utilisation d'exercices de la troisième vague au préalable. En effet, ils développent chez la personne une attitude d'acceptation et d'attention au moment présent et une prise de conscience des émotions et des pensées. Ensuite, la personne est plus disponible à travailler sur le contenu des pensées (*restructuration cognitive*) (Metz et al., 2013 ; Wisner, 2008).

La pleine conscience est une approche qui fait ainsi partie de cette troisième vague et permet l'accueil et l'observation des pensées, des émotions et des sensations, afin d'influencer leur relation avec l'individu, de mieux comprendre leurs fonctions, de faire des prises de conscience et de réagir adéquatement (Dionne, 2009 ; McLaughlin, 2010). Jon Kabat-Zinn (1982) est le pionnier des programmes visant l'apprentissage de la pleine conscience à des fins thérapeutiques. Aujourd'hui, cette approche est considérée comme une compétence psychologique à part entière (ex. : Hayes et Shenk, 2004 ; Hayes et Wilson, 2003 ; Kabat-Zinn, 2003 ; Linehan, 1993 ; Shapiro *et al.*, 2006) et même bénéfique dans l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance (Philippe, 2007). De nouvelles formes d'interventions psychologiques de la pleine conscience ont été développées plus récemment : la thérapie comportementale dialectique (Linehan, 1993), la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes, Strosahl et Wilson, 1999) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Segal, Williams et Teasdale, 2002). Plusieurs techniques peuvent être utilisées à l'intérieur de ces formes, par exemple du yoga, de la méditation ou des actions dans le quotidien (ex. : marcher, danser, manger), en restant attentif au moment présent sans juger son expérience, ni ressasser le passé ou focaliser sur le futur.

Une méta-analyse regroupant 39 études d'échantillons cliniques et non cliniques démontre l'efficacité de la pratique de la pleine conscience à des fins thérapeutiques chez les adultes aux prises avec des symptômes d'anxiété et de dépression (Hofmann *et al.*, 2010). D'autres études pilotes et cliniques recensées ressortent aussi des effets bénéfiques, tels que la diminution de l'anxiété, du stress, des symptômes dépressifs, des troubles alimentaires et bipolaires et des pensées

suicidaires auprès d'une clientèle adulte (Baer, 2003 ; Bishop *et al.*, 2004 ; Kabat-Zinn, 1990 ; Segal *et al.*, 2002). La plupart emploient les programmes de réduction du stress (*Mindfulness-based Stress Reduction Program - MBSR*) (Kabat-Zinn, 1990) et de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-based Cognitive Therapy – MBCT*) (Segal *et al.*, 2002), considérant leurs bénéfices potentiels : diminution des symptômes physiques liés au stress, meilleure connaissance des humeurs et des sensations physiques, amélioration du niveau d'attention (White, 2012).

Bien qu'aucune synthèse des connaissances sur la question ne soit disponible pour les adolescents, sous un angle développemental, les adolescents sont très susceptibles d'adhérer à la pratique de la pleine conscience par le développement rapide de leurs fonctions exécutives (attention, inhibition, prise de décision) et leur sensibilité physiologique au stress. Ils démontrent une ouverture, une disponibilité et une compréhension face aux stratégies proposées (Burke, 2010 ; Greco *et al.*, 2008 ; Lee *et al.*, 2008 ; 2010). La pratique de la pleine conscience pourrait éviter de dériver vers l'anxiété envers des menaces latentes et seulement potentielles, comparable à une « épée de Damoclès », qui existe constamment en arrière-plan du quotidien des jeunes, notamment avec le contexte de la pandémie, et qui peut même devenir un syndrome de santé mentale documenté (Taylor *et al.*, 2020). Cette approche a ainsi le potentiel de les aider à diminuer les inquiétudes excessives et l'anticipation face à l'échec ou les conséquences négatives. Également, elle peut les soutenir à améliorer leur capacité à résoudre des problèmes, à réguler leurs émotions par l'identification, l'acceptation des expériences émotionnelles et des réactions physiologiques (Broderick et Jennings, 2012 ; Metz *et al.*, 2013). Ainsi, ils peuvent mieux réagir dans une situation stressante en identifiant ce qui appartient aux événements extérieurs (observation objective des pensées, des sensations et des émotions) et en redirigeant leur attention à un point d'ancrage ou un stimulus neutre (ex. : respiration, bruits, objet) accessible en tout temps (Semple, Reid et Miller, 2005).

Une recension des écrits de 15 articles a été effectuée sur l'impact thérapeutique que peut avoir la pleine conscience auprès des jeunes (Kallapiran *et al.*, 2015). Les études utilisent les mêmes programmes qu'auprès des adultes, qui sont principalement basés sur la pratique régulière de la méditation de la pleine conscience (Burke, 2010). Les participants proviennent d'échantillons

cliniques et non cliniques. En général, ces études pionnières démontrent que l'approche de la pleine conscience auprès de ceux-ci est faisable, pertinente et acceptée sans effets indésirables. Par exemple, l'une des études exploratoires ressort que le temps à pratiquer la pleine conscience par la méditation assise a des effets potentiels quant à la prédiction d'une amélioration du fonctionnement et d'une diminution des symptômes dépressifs et anxieux autodéclarés (durant un suivi de trois mois avec un clinicien) (Brown, Shapiro et Schubert, 2009). En revanche, l'auteur ressort quelques problèmes méthodologiques qui empêchent l'obtention de conclusions et l'émission de généralisations populationnelles sur les enfants et les adolescents : échantillons de petites tailles ou biais potentiels des volontaires, peu de contrôle, de randomisations ou de mesures objectives, rapports de parents et d'enseignants autonomes ou non aveugles (Felver *et al.*, 2016). Aussi, il manque de données et de preuves empiriques sur l'efficacité des interventions auprès des jeunes. Ceci serait probablement en raison du stade précoce de la recherche, qui demande une conception expérimentale rigoureuse (Bowling, 2014). Ainsi, alors que l'acceptabilité et la pertinence de l'approche sont démontrées, l'auteur recommande aux chercheurs de s'intéresser davantage aux données d'efficacité. Ensuite, il propose de réaliser des études autres que qualitatives post-traitement (cotes de satisfaction des participants) ou du moins présenter une analyse qualitative formelle. En somme, les limites méthodologiques et la conceptualisation des études affectent l'analyse ultérieure des données ou la généralisation des résultats auprès des jeunes et en dehors des contextes d'intervention (Bowling, 2014).

Justement, des chercheurs se sont penchés récemment sur l'efficacité de la pleine conscience sur la santé mentale des adolescents. Ils rapportent une augmentation de la capacité d'attention, de la prise de conscience des émotions et de la gestion du stress ou d'anxiété, jusqu'à la diminution de leurs symptômes physiques d'autorégulation (Lee *et al.* 2008 ; McLaughlin, 2010; Black et Fernando, 2014 ; White, 2012). La plupart des études ont implanté les programmes de pleine conscience nommés précédemment en milieu scolaire où les jeunes passent la majorité de leur temps, afin d'augmenter leur faisabilité et leur acceptabilité. Les définitions des programmes utilisés dans les études de l'essai sont présentées dans l'appendice A. Celles-ci ressortent que ces programmes leur permettent de diminuer leur niveau de stress (Gosselin et Turgeon, 2015) ainsi que d'augmenter leur taux de réussite et de performance scolaires (hausse moyenne des résultats scolaires de 11 %) (Durlak *et al.*, 2011). L'anxiété pouvant nuire aux apprentissages et à la

motivation, sa diminution permettrait de prévenir l'apparition, le maintien ou l'aggravation de difficultés de fonctionnement (Piché *et al.*, 2017). En plus de ces résultats prometteurs, l'obtention de résultats positifs quant à son efficacité auprès des adultes et les limites de la recension effectuée en 2015 par Kallapiran et ses collaborateurs justifient un nouvel examen des données disponibles en ce qui concerne l'anxiété de façon spécifique. Un autre des défis quant à l'interprétation des résultats de l'efficacité de la pleine conscience pour diminuer les symptômes anxieux chez les adolescents relève de la variabilité des milieux d'intervention. Alors que certaines études offrent l'intervention de pleine conscience en milieu scolaire, d'autres l'offrent plutôt en milieu hospitalier ou encore en milieu communautaire. Les différences entre les caractéristiques précises des interventions proposées selon les milieux et les variations quant à la clientèle desservie invitent à un examen comparatif de l'efficacité de la pleine conscience en fonction du milieu d'intervention.

Milieux d'intervention

Milieu scolaire. Le milieu scolaire est caractérisé par une population présentant une autonomie assez fonctionnelle pour s'adapter à un cadre scolaire. Les programmes sont surtout implantés dans une classe et animés par l'enseignant (Joly *et al.*, 2005). Ceci ferait en sorte que certains élèves se sentent peu concernés par l'approche de pleine conscience et risquent d'abandonner ou refuser de participer. Ainsi, les jeunes peuvent être moins motivés à s'impliquer dans un moment précis de l'année où ils risquent de vivre plus d'anxiété et d'être moins disponibles psychologiquement (ex. période d'examen). Aussi, ce type de milieu engendre plusieurs enjeux organisationnels et administratifs pour l'implantation d'un programme psychosocial. Par exemple, les enseignants ont peu de temps pour s'investir dans ce type programme, même s'il est préférable pour la motivation des jeunes que ce soit une personne significative qui l'anime (Antonson *et al.*, 2018). De plus, le manque de ressources financières empêche parfois les intervenants de le mettre en place ou de former les enseignants. Du moins, les études de l'essai en milieu scolaire démontrent qu'il semble y avoir plus d'ouverture à l'implantation de programme de pleine conscience, considérant des bienfaits sur les symptômes d'anxiété chez les jeunes. Toutefois, il serait intéressant que d'autres études soient réalisées dans ce type de milieu pour rendre l'approche plus crédible.

Milieu hospitalier. Les études effectuées en milieu hospitalier incluent principalement des participants, majoritairement de sexe féminin, vivant avec des douleurs physiques. Leur condition parfois persistante dans le temps leur génère souvent de l'anxiété. Leur situation peut faire en sorte qu'ils s'isolent davantage ou se sentent différents, ce qui explique leur préférence pour des activités de groupe, où ils échangent avec d'autres personnes vivant une situation similaire (Freedenberg *et al.*, 2017). La réalité de ces jeunes peut être très différente de celle vécue chez une population générale, notamment en raison de certains enjeux liés à leur condition (ex. anxiété liée à leur condition physique limitante) (Biegel *et al.*, 2009 ; Freedenberg *et al.*, 2017).

Milieu communautaire. Les études de l'essai en milieu communautaires proposant une intervention de pleine conscience en milieu communautaire sont généralement caractérisées par des participants qui peuvent présenter ou non une condition clinique en raison d'une grande flexibilité dans les critères d'inclusion. En général, les raisons de leur intégration dans ce type d'intervention sont souvent reliées à des difficultés sur le plan cognitif, psychologique ou physique, qui peuvent affecter leur autonomie fonctionnelle. Donc, leur motivation à changer leurs habitudes de vie peut autant être intrinsèque (ex. désir de changer) qu'extrinsèque (ex. obligation légale). Ces caractéristiques font probablement en sorte qu'ils soient plus vulnérables à certains moments de l'année de vivre de l'anxiété ou d'autres déséquilibres sur leur santé mentale. Globalement, les participants des études en milieu communautaire présentent des caractéristiques hétérogènes. Cela dit, les interventions de pleine conscience à prioriser sont des pratiques concrètes plutôt que théoriques et en présentiel.

L'objectif de l'essai est d'examiner l'efficacité de la pratique de la pleine conscience sur la diminution des symptômes d'anxiété chez les adolescents. Une recension des écrits sur le sujet permettra de faire la synthèse des connaissances à l'heure actuelle. De plus, l'essai vise à se dissocier des autres recensions des écrits notamment par l'utilisation d'un seul indicateur de l'adaptation chez les adolescents, soit l'anxiété. Puisqu'il est aussi souhaité que les intervenants puissent utiliser l'essai comme un outil de référence efficace et spécifique à leur besoin professionnel, l'examen des résultats sera fait en fonction des trois milieux d'intervention nommés ci-haut, où des programmes de pleine conscience pour la gestion d'anxiété ont été mis en place.

Méthode

Critères de sélection

Une étude ou les données d'une étude sont incluses seulement si elle répond aux critères de sélection suivants :

- Les participants sont âgés entre 11 et 18 ans ;
- Au moins une mesure d'évaluation d'anxiété est présente (les études rapportant seulement des mesures de stress ont été exclues) ;
- Les résultats d'un groupe recevant une intervention de pleine conscience sont comparés à ceux d'un groupe contrôle sans intervention ;
- L'étude a été publiée entre 2000 et 2021 ;
- Les participants appartenant à une population clinique psychologique (critères diagnostique du trouble anxieux, sous soins psychiatriques ou dans le passé, score clinique de dépression) ou physique (ex. douleur chronique, maladie coronarienne, cancer) ou non clinique (symptômes anxieux) ont été retenus ;
- La publication a été rédigée en anglais ou en français.

Critères d'exclusion

Les populations cliniques avec un diagnostic ayant une forte association aux troubles anxieux (ex. bipolaires, trouble de l'adaptation) (DSM-5) ont été exclues des données afin d'obtenir des données uniquement sur l'anxiété. Les études ont également été exclues si l'intervention proposée ne correspondait pas aux termes « Pleine conscience » ou « *Mindfulness* » ou aux modèles basés sur les travaux de Jon Kabat-Zinn (1982) (pionnier dans le développement d'un programme sur l'apprentissage de la pleine conscience sous une perspective d'intervention psychologique). Les études évaluant le niveau de pleine conscience chez les adolescents par questionnaire dans un devis corrélationnel, sans offrir d'intervention, ont été exclues.

Recherche documentaire

La sélection des articles a été basée sur deux méthodes de recension des écrits. D'abord, la recherche par banques de données avec des mots-clés a débuté en novembre 2021. Les banques de données ERIC (EBSCO) et PsychINFO ont été interrogées avec un vocabulaire contrôlé : « anxiété ; stress ; *anxiety disorder* ; *anxieties* ; pleine conscience ; méditation ; prévention ;

intervention ; *mindfulness*; adolescence ; adolescents ; jeune ; *teenagers*; *teen*; *youth*; *young* » et des opérateurs tels que *OR*, *AND* ou des expressions exactes. La même méthode de recherche a été utilisée le 1er juin 2021, mais à l'appui de l'outil de recherche *Sofia*, regroupant toutes les bases de données scientifiques/académiques dans la Bibliothèque de l'Université de Trois-Rivières (ex.: ERIC, PsychoINFO, Medline, Embase). Un vocabulaire plus libre et une combinaison précise de mots clés a élargi la recherche : « pleine conscience » ET « anxiété » ET « ados* », « *mindfulness* » ET « stress » OR « anxiety » ET « teen* ». La deuxième stratégie de recension a été d'effectuer un examen exhaustif des listes de références des articles sélectionnés afin d'identifier des références supplémentaires n'ayant pas été repérées par les bases de données.

Extraction des données

En collaboration avec la directrice, les données suivantes ont été extraites des articles retenus :

1. Caractéristiques de l'échantillon : âge des participants, nombre de participants, présence d'un diagnostic ou non.
2. Devis de recherche : présence de données pré- et post-intervention pour les deux groupes ou seulement données post-intervention pour les deux groupes.
3. Caractéristiques de l'intervention : modalité (individuelle ou en groupe, durée, fréquence), description des techniques de pleine conscience, milieu de l'intervention (ex. scolaire, hospitalier, communautaire).
4. Mesure d'anxiété : mesure précise utilisée.
5. Caractéristiques de l'étude : année de publication, pays.
6. Résultats quant à l'anxiété.

Résultats

Résultats du processus de recension et description des études retenues

La recension par les banques de données a ressorti 306 articles et huit d'entre eux correspondaient aux critères de sélection. Puis, lors des recherches par la liste des références des articles retenus, un titre supplémentaire a répondu aux critères de sélection. Au total, 9 articles sont inclus dans l'essai pour répondre à la question de recherche. Le résumé de la description des études incluses se retrouve au Tableau 1.

Tableau 1

Description des études retenues

Caractéristiques de l'échantillon	Modalités d'interventions	Mesures d'anxiété	Résultats
Étude d'Antonson et al, 2018			
<ul style="list-style-type: none"> ● $n = 283$ ● Âge : 15-17 ● Diagnostic non-clinique ; anxiété générale ● Milieu scolaire (Suède) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Forme : 10 séances de 10 minutes chacune ; 2 fois par jour ; 6 jours consécutifs ; en groupe ● Techniques : -Méditations de pleine conscience informatisées (ex. scan corporel, respiration) ● Suivi : Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> ● Symptoms Checklist 90 (SCL-90®) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Très faible adhésion s'ils sont laissés à leur propre incitation (peu de conformité) ● Aucun résultat tangible d'association entre les symptômes liés à l'anxiété ou entre ceux connectés et ceux qui ne l'ont pas fait.
Étude de Biegel et al, 2009			
<ul style="list-style-type: none"> ● $n = 74$ ● Âge : 14-18 ● Diagnostic clinique : sous soins psychiatriques ou l'avaient été dans le passé (sans restriction de temps) ● Milieu hospitalier (É-U) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Forme : 8 séances hebdomadaires de 30 minutes chacune ; en groupe ● Techniques : exercices à domicile ; discussions par l'animateur (problèmes prédominants chez les jeunes) ; cahier d'exercices pour l'intégration des apprentissages ; CD de méditations assises et scan corporel. ● Suivi : 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> ● State/Trait Anxiety Inventory (STAI™ ; Spielberger, 1983) ● SCL-90-R ® (Revised) nonpatient adolescent measure (Derogatis, 1977) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diminution des symptômes d'anxiété pour le groupe d'intervention par rapport au groupe contrôle
Étude de Bluth et Eisenlohr-Moul, 2017			
<ul style="list-style-type: none"> ● $n = 47$ ● Âge : 11-17 ● Milieu communautaire (É-U) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Forme : 8 séances hebdomadaires de 90 minutes ; 5 cohortes ● Techniques : activités d'art et de mouvement (bienveillance, auto-compassion) ● Suivi : 6 semaines 	<ul style="list-style-type: none"> ● STAI™ (Spielberger <i>et al.</i>, 1983) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Le niveau d'anxiété d'un participant diminue avec l'augmentation du niveau de pleine conscience (indice de covariation entre ces deux variables) ; ● Aucune diminution significative de l'anxiété.
Étude de Bluth et al, 2016			

<ul style="list-style-type: none"> • $n = 34$ • Âge : 14-17 • Diagnostic clinique : score clinique de dépression • Milieu communautaire (É-U) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme : 6 séances hebdomadaires ; 90 minutes chacune (après l'école) • Techniques : sessions axées sur la respiration, animées par un praticien expérimenté de la pleine conscience • Suivi : aucun 	<ul style="list-style-type: none"> • STAI™ (Spielberger <i>et al.</i>, 1983) 	<ul style="list-style-type: none"> • Significativement moins d'anxiété après l'intervention ; • L'auto-compassion et la pleine conscience prédisent une diminution de l'anxiété après l'intervention.
Étude de Chadi et al, 2016			
<ul style="list-style-type: none"> • $n = 19$ • Âge : 13-18 (moyenne : 16) • Diagnostic clinique : antécédents de douleur chronique (au moins 3 mois) • Milieu hospitalier (Hôpital Sainte-Justine, centre de soins tertiaires pédiatriques) (Canada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme : 8 séances de 90 minutes chacune ; 2 groupes d'intervention successifs • Techniques : pratiques quotidiennes (méditations assises ou actives) ; exercices respiratoires, lectures poétiques, analyse corporelle ; discussions et entrevues auprès des participants. • Suivi : 4 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Youth Inventories™ Depression and Anxiety Scales 2nd edition (BYI-2) (Beck et al, 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Changements significatifs de gestion de la douleur, mais pas sur le niveau d'anxiété.
Étude de Freedomberg et al, 2017			
<ul style="list-style-type: none"> • $n = 46$ • Âge : 12-18 ans • Diagnostic clinique : maladie coronarienne et/ou d'arythmie, et/ou un dispositif cardiaque, ou un syndrome de tachycardie orthostatique posturale • Milieu hospitalier (Children's National Health System, É-U) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme : 6 séances hebdomadaires de 1h30 (fin de semaine) ; en groupe ; 3 cohortes de 7 à 10 participants (2 groupes : MBSR/vidéo) • Techniques : yoga, méditation, restructuration cognitive • Suivi : Aucun 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Anxiety and Depression Scale © (HADS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Des scores d'anxiété de base plus élevés prédisaient une amélioration des scores d'anxiété dans les deux groupes. Note : dans le devis de recherche, la comparaison du programme MBSR se fait auprès d'un groupe de soutien vidéo.
Étude de Johnson et Wade, 2019			

<ul style="list-style-type: none"> • $n = 90$ • Âge : 13-16 • Population non-clinique • Milieu scolaire (Australie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme : 8 séances hebdomadaires de 15 minutes chacune (forme abrégée) ; en groupe • Techniques : séances guidées de méditations couchées, suivies d'une enquête de groupe (discussion d'expériences) • Suivi : mesures primaires 1 fois après l'intervention ; mesures psychologiques 3 fois : 3 semaines avant l'intervention, 1 semaine après l'intervention, 4 mois de suivi ; mesures à domicile : 2 fois. 	<ul style="list-style-type: none"> • The 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) • Depression, Anxiety and Stress Scale-Short form (DASS-21) (Lovibond) 	<ul style="list-style-type: none"> • Différences significatives dans la modélisation linéaire mixte entre les groupes de l'anxiété au suivi de 4 mois, mais pas immédiatement après l'intervention. • Programme abrégé réalisable au début de l'adolescence.
Étude de Malboeuf-Hurtubise et al., 2013			
<ul style="list-style-type: none"> • $n = 15$ • Âge : 11-18 • Diagnostic clinique : cancer, sans sélection/exclusion spécifique basée sur le type, le stade ou la trajectoire du cancer (Canada, QC). 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme : 8 séances hebdomadaires de 90 minutes ; animés par 2 thérapeutes • Suivi : 6 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Youth Inventories™ - Depression and anxiety scales (BYI) 	<ul style="list-style-type: none"> • La différence entre les deux groupes n'est pas significative
Étude de Paquin, 2018			
<ul style="list-style-type: none"> • $n = 11$ • Âge : 12-13 • Diagnostic clinique ; manifestations d'anxiété, de symptômes dépressifs, de stress en lien avec la performance académique, les exigences scolaires et les problématiques reliées à l'adolescence • Milieu scolaire (Canada, QC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Forme : 10 séances hebdomadaires de 90 minutes • Techniques <ul style="list-style-type: none"> -Apprentissages de stratégies de <i>coping</i> ; -Exercices pratiques -Discussions de groupe (gestion du stress) • Suivi : 3 mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Youth Inventories™ Second Edition (BYI-2 (Beck <i>et al.</i>, 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de l'anxiété (groupe expérimental).

Les études sélectionnées ont majoritairement été effectuées aux États-Unis ($n = 4$) et au Canada ($n = 3$). Les autres ont été effectuées en Suède ($n = 1$) et en Australie ($n = 1$). Les milieux d'intervention choisis sont les écoles secondaires ($n = 3$), les hôpitaux ($n = 4$) et le milieu communautaire ($n = 2$). Les caractéristiques des participants varient à la fois dans la taille de l'échantillon ($n = 11-283$) et la tranche d'âge ($n = 11-18$). De plus, certains échantillons sont sélectionnés sur la base d'une problématique de santé mentale ($n = 6$) (qui atteint ou non les critères diagnostics d'un trouble) (soins psychiatriques actuels ou passés, score clinique de dépression, manifestations d'anxiété, de symptômes dépressifs, de stress en lien avec la performance académique, exigences scolaires et problématiques liées à l'adolescence) ou de santé physique ($n = 3$) (antécédents de douleur chronique, maladie coronarienne, cancer). Dans les autres cas ($n = 3$), les participants n'ont aucun critère diagnostique et présentent seulement des symptômes d'anxiété. Toutes les études recensées rapportent des données pré et post-intervention ($n = 9$). Ensuite, dix mesures d'anxiété ont été repérées dans les études choisies. Seulement une étude nécessite deux mesures d'anxiété ou plus afin d'évaluer l'efficacité de l'intervention sur la diminution des symptômes d'anxiété (Johnson et Wade, 2019). Sept études utilisent des mesures d'anxiété variées (ex. *SCL-90*, $n = 2$; *STAI*TM, $n = 2$; *BYI*, $n = 3$).

Les interventions sont majoritairement guidées par une ou deux personnes expérimentées dans la pleine conscience ou par des professionnels de la santé. La plupart animent des séances de groupe hebdomadaires ($n = 5$). En contrepartie, des variations s'observent à travers les interventions sur le plan des modalités ; le nombre de séances est de 6 ($n = 2$), 8 ($n = 6$) ou 10 ($n = 1$) et le temps de chaque séance varie de 15 à 90 minutes. Les différences concernent aussi les techniques utilisées : méditations assises pré-enregistrées ou enseignées (scan corporel, pleine conscience, respiration, perceptions) ($n = 6$), enseignements théoriques (gestion du stress, problèmes prédominants chez les adolescents, concepts de pleine conscience, stratégies de *coping*, développement de la résilience) ($n = 3$), activités d'art et de mouvement (thèmes d'auto-compassion, estime de soi) ($n = 1$), méditations actives (ex. : effectuer une marche consciente) ou thématiques (ex. : la compassion) ($n = 1$), yoga et restructuration cognitive ($n = 1$). Les études utilisent seulement une de ces techniques ou en combinent quelques-unes. De plus, les chercheurs de certaines études ne font pas de suivi après l'intervention auprès des participants sur leurs

symptômes d'anxiété ($n = 2$), contrairement à d'autres qui attendent quelques jours après ($n = 2$), voire quelques mois (moins de 4 mois) ($n = 4$).

Synthèse des résultats

Cinq études démontrent que les symptômes de l'anxiété diminuent par la pleine conscience chez les adolescents. En effet, trois indiquent des scores d'anxiété plus faibles chez les participants exposés à l'intervention (Biegel *et al.*, 2009 ; Bluth *et al.*, 2016 ; Paquin, 2018). D'ailleurs, Bluth *et al.* (2016) indiquent que les participants avec initialement un faible score d'anxiété en vivent encore moins après l'intervention. Une quatrième étude (Freedenberg *et al.*, 2017) amène que le score d'anxiété plus élevé initialement chez les participants prédit une amélioration de leurs symptômes d'anxiété. La cinquième étude (Johnson et Wade, 2019) observe une diminution significative dans les scores de l'anxiété chez les participants ayant reçu l'intervention seulement après le suivi de quatre mois, mais pas immédiatement après l'intervention.

Quatre études sur les neuf recensées indiquent une absence d'efficacité pour diminuer l'anxiété des adolescents. Antonson *et al.* (2018) utilisent une intervention en ligne afin de vérifier le niveau d'initiative chez les jeunes à pratiquer la pleine conscience ; s'ils sont laissés à eux-mêmes, l'adhérence et la conformité à l'intervention sont très faibles. Ceci ne permet pas de démontrer une différence entre les symptômes liés à l'anxiété entre les deux groupes, soit ceux connectés et ceux qui ne l'ont pas fait (Antonson *et al.*, 2018). Chadi *et al.* (2016) indiquent que l'intervention auprès des participants souffrant de douleurs chroniques a été associée à une diminution de la douleur physique chronique des participants, sans toutefois avoir d'impact sur leur niveau d'anxiété. Quant à eux, Bluth et Eisenlohr-Moul (2017) utilisent une intervention basée sur des activités d'art et de mouvement avec des thèmes spécifiques plutôt que sur de la méditation assise (souvent utilisée dans d'autres études). Cette étude ne rapporte aucune diminution significative des symptômes anxieux chez les participants à la fin de l'intervention. Il importe de mentionner que cette intervention a été offerte à une population non clinique. Le faible niveau d'anxiété au départ pourrait expliquer en partie l'absence d'efficacité observée. Dans l'étude de Malboeuf-Hurtubise *et al.* (2013), le niveau d'anxiété chez les participants des deux groupes a diminué entre la mesure initiale et celle après 8 semaines, mais aucune différence significative n'est observée entre les groupes.

Analyse des résultats en fonction des milieux d'interventions

Pour chacun des milieux d'intervention, des variations dans les résultats obtenus quant à l'efficacité de la pleine conscience pour diminuer les symptômes anxieux chez les jeunes pourraient s'expliquer en partie par les modalités d'interventions (individuelle ou groupe, durée, fréquence, forme abrégée, techniques de pleine conscience), la condition clinique des participants ainsi que leurs caractéristiques (âge, sexe).

En milieu scolaire. L'analyse des résultats obtenus dans les études effectuées en milieu scolaire suggère que les résultats semblent varier en fonction des modalités d'intervention, spécifiquement la forme abrégée d'un programme (adaptation reliée à la clientèle, au contexte ou au milieu). En effet, l'efficacité d'un programme de pleine conscience pour adultes adaptés aux adolescents en milieu scolaire sans condition particulière semble diminuer davantage les symptômes d'anxiété lorsqu'il est abrégé. Cette adaptation apparaît nécessaire à l'obtention d'une plus grande participation de la part des jeunes (Johnson et Wade, 2019). Cependant, les adaptations réalisées pendant l'implantation peuvent rendre les interventions moins fidèles. Les autres modalités d'interventions concernent le type de technique utilisée durant l'intervention, telles que l'animation et les séances de groupe. Les jeunes sont davantage volontaires lorsqu'ils sont conscients d'abord des effets bénéfiques de la pleine conscience et lorsque l'animateur est l'enseignant ou un professionnel du milieu (Joly *et al.*, 2005). Ils seraient ainsi plus réceptifs à développer différentes habiletés et à participer aux séances de groupes (Biegel *et al.*, 2014). Toutefois, les résultats d'efficacité ne semblent pas varier en fonction de modalités d'intervention par rapport à une forme plus intensive ou plus préventive d'un programme, puisque ceci ne cause pas d'effets psychologiques indésirables chez les jeunes (Agras, 2001 ; Aldao *et al.*, 2010). D'ailleurs, des bienfaits psychologiques s'observent chez ceux ayant un passé traumatique. Toutefois, il serait plus efficace d'effectuer des séances de méditations intensives et de courtes durées aux participants qui sont au milieu de leur adolescence plutôt qu'à la fin. Ainsi, plus l'âge augmente, plus les séances doivent être prolongées. Donc, les résultats semblent varier en fonction des caractéristiques des participants par rapport à l'âge. Troisièmement, les résultats ne semblent pas varier en fonction de la condition clinique des participants. En effet, l'approche de pleine conscience serait aussi efficace auprès d'adolescents souffrant d'anxiété élevée que ceux n'en souffrant pas (Chen *et al.*, 2013).

Les raisons d'abandon semblent varier en fonction du moment de l'implantation de l'intervention, du moins pour les programmes en ligne.

En milieu hospitalier. D'abord, les résultats semblent varier en fonction de la condition clinique des participants en milieu hospitalier. Les études effectuées auprès de populations cliniques, autant en raison de troubles de santé mentale (Biegel *et al.*, 2009) que de conditions physiques (Freedenberg *et al.*, 2017), semblent rapporter davantage d'efficacité par la pleine conscience pour diminuer les symptômes anxieux que les études effectuées auprès de populations normatives. Seulement, les bienfaits apparaissent après un certain délai chez ceux ayant des antécédents de douleur chronique (Chadi *et al.*, 2016). Il est plus efficace de combiner leur traitement ambulatoire à une intervention de pleine conscience pour diminuer des symptômes psychologiques à court terme. Certes, les problématiques de santé mentale peuvent amener des variations dans les résultats en raison de changements d'humeur selon les saisons ou la période de l'année scolaire, de facteurs individuels et de la validité des critères diagnostiques (instruments de mesure non standardisés) (Biegel *et al.*, 2009). D'ailleurs, les groupes de participants avec une condition particulière en raison de leur condition physique ou leurs comorbidités peuvent vivre plus d'anxiété et accentuer les inégalités par rapport aux groupes de comparaison (Chadi *et al.*, 2016). Deuxièmement, les résultats semblent varier en fonction de certaines modalités d'intervention. En effet, les interventions seraient plus efficaces sur la diminution de l'anxiété lorsqu'elles sont de type pratique plutôt que théorique, qu'elles s'appliquent simplement au quotidien et qu'elles visent des stratégies de restructuration cognitive ou d'acceptation. En outre, un programme peut être moins efficace si les modalités sont peu respectées ou peu équivalentes dans sa durée des suivis, son nombre de jours ou de durée moyenne de pratique ou sa qualité des séances. Par ailleurs, les programmes proposés en milieu hospitalier sont plus efficaces en présentiel et par l'entremise d'un groupe, mais peuvent tout de même rester efficaces en ligne (Freedenberg *et al.*, 2017). Troisièmement, il est important de considérer le sexe des participants dans l'analyse des résultats. Actuellement, la majorité sont des filles (comme dans les autres milieux étudiés), qui en général seraient plus sujettes à vivre davantage d'anxiété et à démontrer une plus grande ouverture à participer à des programmes sur la pleine conscience. Les études proposées dans l'essai seraient donc moins généralisables pour des études incluant des groupes composés principalement de garçons (Chadi *et al.*, 2016).

En milieu communautaire. Les résultats des deux études en milieu communautaire sont assez différents, malgré la similarité de leur programme. Premièrement, en ce qui concerne la condition clinique des participants, les résultats d'une première étude suggèrent que la pleine conscience ne semble pas efficace auprès d'une population présentant une condition clinique, sans critère diagnostique. En effet, les symptômes d'anxiété des participants n'ont pas diminué après une intervention ni 6 semaines plus tard. Ce type de population ne bénéficierait pas non plus de l'utilisation d'un programme en ligne d'auto-assistance (Antonson et al., 2018). Toutefois, les résultats d'une seconde étude auprès d'une population ayant un score de dépression démontrent significativement moins d'anxiété après l'intervention. Ainsi, l'approche de pleine conscience serait peut-être plus efficace auprès d'une population clinique. Deuxièmement, les résultats semblent varier en fonction des modalités d'intervention selon certaines techniques de pleine conscience. Les plus efficaces sur la diminution des symptômes d'anxiété qui favoriseraient une meilleure adhésion des jeunes sont les techniques de respiration plus traditionnelles et animées par un professionnel. Les adolescents préfèrent les pratiques informelles plutôt que formelles à domicile. Certains auteurs suggèrent aussi que certaines techniques pourraient augmenter l'efficacité, telle qu'écouter les méditations.

Discussion

Le présent essai avait pour objectif d'effectuer une recension des écrits visant à examiner l'efficacité des interventions de pleine conscience afin de diminuer les symptômes anxieux chez les adolescents. Globalement, les résultats obtenus sont mitigés : alors qu'un peu plus de la moitié des études rapportent une efficacité de la pleine conscience pour diminuer leurs symptômes anxieux chez cette population, l'autre moitié rapporte une absence d'efficacité. À la lumière de ces variations dans les résultats obtenus, il importe de considérer les conditions dans lesquelles il apparaît optimal d'utiliser cette intervention afin de favoriser l'adaptation des adolescents. Les résultats permettent d'identifier que certaines modalités d'intervention (ex. forme abrégée, techniques de pleine conscience en groupe) sous certaines conditions (ex. animation par l'enseignant-ressource) apparaissent plus efficaces afin de diminuer l'anxiété chez les adolescents. Au-delà de ces considérations, cette section discute des résultats obtenus sur l'efficacité de l'approche pour diminuer les symptômes d'anxiété chez les jeunes en fonction du milieu

d'implantation. Le psychoéducateur travaillant avec une clientèle jeunesse pourra ainsi s'y appuyer quant au choix de programme de pleine conscience à implanter selon son milieu de travail.

Milieu scolaire. Plus d'études se sont intéressées au milieu scolaire considérant les avantages de logistique d'une implantation de programme : atteindre un plus grand nombre de jeunes à la fois, en priorisant des interventions de groupe (Creed *et al.*, 2011). Les jeunes sont généralement plus réceptifs lorsque le programme est abrégé et adapté à leur réalité (Johnson et Wade, 2019). Il peut aussi être utile pour dépister des difficultés psychosociales chez les élèves. La première contribution de l'essai est l'évaluation de l'efficacité d'un programme de pleine conscience à diminuer des symptômes d'anxiété en milieu scolaire. D'abord, des chercheurs se sont intéressés à l'efficacité de programme de gestion du stress basée sur cette approche incluant différents concepts dûment liés à l'anxiété (bien-être, image de soi, stress). Les programmes de prévention universelle et sélective ciblée sont les plus employés. Ceux-ci impliquent des animateurs, qui sont majoritairement des enseignants (ex. Britton *et al.*, 2014 ; Metz *et al.*, 2013) ou des professionnels du milieu, afin d'assurer la fidélité du programme et de simplifier le processus d'implantation (Joly *et al.*, 2005). Tous les élèves sont invités à s'impliquer. La plupart sont volontaires considérant les bienfaits de la pratique (similaires à d'autres études : Britton *et al.*, 2014 ; Broderick et Metz, 2009 ; Lau et Hue, 2011). Selon Biegel *et al.* (2014), les exercices de pleine conscience et les discussions de groupe permettent aux jeunes de développer leur capacité d'adaptation, leur sentiment de bien-être (moins de plaintes somatiques et de symptômes anxieux dépressifs) et leur gestion de l'anxiété. D'autres études ont des résultats similaires ou complémentaires (Metz *et al.*, 2013 ; Zenner *et al.*, 2014) : diminution des plaintes somatiques (Lau et Hue, 2011 ; Metz *et al.*, 2013), amélioration des problèmes d'internalisation (Britton *et al.*, 2014), du sentiment de calme, de relaxation et de bien-être (Broderick et Metz, 2009). Il semblerait aussi y avoir un lien entre les problèmes d'internalisation et le bien-être (Paquin, 2018).

Deuxièmement, les programmes de pleine conscience restent efficaces autant pour les adolescents souffrant d'anxiété élevée que ceux n'en souffrant pas. En effet, ils réduisent significativement leur flux de ruminations et leur tendance à s'auto-évaluer à la négative (Chen *et al.*, 2013). Troisièmement, un programme de pleine conscience pour adulte adapté à la réalité des jeunes peut rester efficace pour les plus jeunes quant à la diminution de l'anxiété (Agras, 2001 ;

Aldao *et al.*, 2010). En revanche, l'anxiété s'améliorerait seulement de façon modérée après un suivi de 4 mois. Malgré les modifications effectuées aux programmes pour les adultes, les jeunes jugent le contenu agréable et approprié (Johnson et Wade, 2019). Quatrièmement, selon Antonson *et al.* (2018), les programmes en ligne seraient peu efficaces auprès d'une population clinique, puisque le taux d'observance (intervention prescrite et capacité à la respecter) de connexions à la plateforme d'intervention et de conformité se situent seulement entre 15 % et 20 %. Toutefois, Christensen, Griffiths et Farrer (2009) indiquent que le taux d'observance est parfois influencé par les traits de personnalité, les prestations de services du programme et les caractéristiques démographiques. Ceci peut également s'observer chez une population en bonne santé (Aardoom *et al.*, 2013 ; Titov *et al.*, 2013) ou dans un programme préventif de longue durée (Stice *et al.*, 2009). Certes, il y a une absence d'association entre le taux d'observance et le niveau de symptômes d'anxiété chez les jeunes évalués dans les études. La gravité des symptômes d'anxiété n'affecte donc pas l'achèvement d'un programme en ligne (Kabat-Zinn et Chapman-Waldrop, 1988). Toutefois, Antonson *et al.* (2018) évaluent que les jeunes moins conformes à l'intervention seraient surtout ceux qui vivent de l'anxiété quotidienne face à l'école (Antonson *et al.*, 2018). Par ailleurs, le processus d'intervention peut être affecté par la honte ou la gêne à se connecter en dehors de la classe ou encore l'intervention en soi peut générer de l'anxiété ou de la détresse émotionnelle (Christensen *et al.*, 2009). En outre, le nombre de tentatives de connexion peut être affecté par les défis rencontrés durant les interventions et le manque de temps ou d'intérêt. L'efficacité d'un programme en ligne est optimisée lorsque les jeunes participent à au moins la moitié des séances (Kuyken *et al.*, 2010) et respectent leur durée prescrite (Zenner, Herrnleben-Kurz et Walach, 2014). Il reste qu'en général, les échantillons sont petits, ce qui peut nuire à la validité externe des programmes (Joly *et al.*, 2005).

Des défis s'imposent toutefois, dont celui du recrutement de participants, qui serait lié à la détresse psychologique, au contenu du programme ou au manque de sollicitation de la part des animateurs. Pendant le programme, les abandons seraient liés au manque de temps ou au sentiment d'obligation à participer vécu par les jeunes. Il devrait faire partie intégrante du programme éducatif ou de certaines écoles identifiées (Raes *et al.*, 2014), afin que ce soit accessible pour tous les élèves. Ensuite, les études proposent surtout des stratégies de gestion du stress centrées sur l'individu plutôt que sur la culture organisationnelle du milieu d'intervention (Antonson *et al.*, 2018). Johnson

et Wade (2019) dénoncent qu'elles sont peu généralisables considérant une faible participation et un manque de connaissance sur l'état psychologique des participants durant une intervention (aucune donnée sur les raisons menant à une déconnexion pendant une intervention). Ainsi, l'expansion de ce type de programme demande aux intervenants de rester attentif à la solidité et l'universalité des interventions pour éviter des effets psychologiques indésirables. Selon Britton *et al.* (2014) et Broderick et Metz (2009), les programmes de prévention universelle et sélective ciblés en présentiel seraient à prioriser, plutôt qu'en ligne, en raison du manque de participants et des contraintes d'horaire. De plus, les programmes de prévention ciblée accompagnée de professionnel en relation d'aide sont plus utilisés puisque les enseignants se portent moins volontaire à animer. Paquin (2018) nomme toutefois qu'il y a un plus grand risque de désengagement de la part des jeunes. En effet, lorsque l'animateur est connu des élèves, ils sont plus sujets à participer au programme (biais favorable). Sans compter que l'animateur a un regard plus subjectif sur le choix de la problématique ou l'investissement qu'il porte au développement et à la transmission du programme (Maynard *et al.*, 2017). Ensuite, selon Gosselin et Turgeon (2015), les programmes qui sont adaptés à la clientèle adolescente ou aux contraintes organisationnelles peuvent diminuer la fidélité du programme original (surtout s'ils sont créés expressément pour les adultes, Dewulf, 2013). Pourtant, ils sont parfois définis comme étant flexibles (Biegel *et al.*, 2009) ou appuyés sur un devis de recherche fiable (quasi expérimental avec groupe contrôle). Enfin, une évaluation rigoureuse sur les attentes de chacun permettrait de conserver le contenu initial d'un programme (Biegel *et al.*, 2014). Selon Paquin (2018), les résultats seraient influencés par les attentes de chacun envers le programme, les outils utilisés, la sélection des participants.

Milieu hospitalier. Une deuxième contribution de l'essai est l'évaluation de l'efficacité d'un programme de pleine conscience à diminuer des symptômes d'anxiété en milieu hospitalier. Peu de littérature est disponible sur l'efficacité des interventions comportementales, psychosociales et non pharmacologiques chez les adolescents avec un diagnostic cardiaque pour réduire leur détresse et améliorer leur capacité d'adaptation. D'abord, Chadi *et al.* (2016) considèrent qu'il est autant possible de mettre en place ce type de programme dans un tel milieu auprès de jeunes avec ou sans problèmes de santé mentale. Des effets positifs sur la diminution d'anxiété en ressortent (similaires à d'autres études, dont Zenner *et al.*, 2014). Cependant, Ladwig et Weisman (2013) obtiennent une absence de résultat significative auprès d'adolescents souffrant de douleurs

chroniques que Chadi *et al.* (2016). C'est peut-être en raison des pièges évités dans d'autres études, tels que prioriser des entrevues avec les jeunes pour mieux comprendre leurs besoins et leur état psychologique. Les résultats sont plus durables et semblables aux programmes originaux (Kabat-Zinn *et al.*, 1985) lorsque la pratique de pleine conscience est concrète. Un des programmes proposés auprès des jeunes avec des douleurs chroniques démontre également une efficacité biophysologique sur la diminution significative du niveau de cortisol salivaire de courte durée (Chadi *et al.*, 2016). L'efficacité s'observe dans des établissements psychiatriques ambulatoires avec des jeunes traités généralement pour des troubles spécifiques ou des symptômes psychologiques, dont les troubles anxieux. En général, la santé mentale des jeunes s'améliore durant l'intervention et après un suivi de 3 mois. En contrepartie, une intervention de pleine conscience serait considérablement plus efficace à la réduction d'anxiété comme complément à un traitement ambulatoire (32 % à 53 %) qu'à lui seul (13 % à 20 %). Puis, les changements dans les mesures cliniques seraient liés au nombre de jours et de durée moyenne de pratique de pleine conscience en position assise et à domicile. Cela dit, il serait préférable de s'attarder davantage à la mesure de la dose dans ces types de programmes (nombre, qualité des séances). La majorité souffrant de divers problèmes de santé mentale termine et tolère l'intervention (semblable aux essais antérieurs évaluant l'efficacité d'une TCC auprès d'adolescents, Hunsley et Lee, 2007). Selon Biegel *et al.* (2009), l'intervention de pleine conscience apporterait des bienfaits sur l'expérience psychologique des jeunes à long terme. Il est tout de même suggéré d'opter pour des suivis post-intervention à plus long terme encore.

Un programme de pleine conscience en ligne peut être offert en milieu hospitalier comme en milieu scolaire. Ceci semble être efficace auprès des jeunes vivant de l'anxiété élevée en lien avec une condition cardiaque (Freedenberg *et al.*, 2017). La plupart des jeunes ont vu leur niveau d'anxiété réduit en raison de l'efficacité des stratégies utilisées à même un programme de pleine conscience, dont la restructuration cognitive et l'acceptation (Compas *et al.*, 2001). Parallèlement, Freedenberg *et al.* (2017) indiquent que les adolescents apprécient la simplicité d'application des exercices à leur quotidien, afin de mieux vivre avec leur maladie et l'anxiété qu'elle engendre. Ainsi, un engagement envers sa source de stress et ses réponses émotionnelles serait associé au développement d'habiletés d'adaptation. En revanche, le processus de groupe en présence est plus efficace sur la réduction d'anxiété et le développement de nouvelles habiletés que celui en ligne,

mais demande plus de coûts et d'organisation. Du moins, la tendance durant le processus d'intervention (diminution d'anxiété de base ou neutralité) ou celle après (diminution d'anxiété surtout ceux avec préalablement une plus grande détresse) reste la même chez les jeunes dans les deux formats. Le groupe en ligne doit seulement être priorisé dans certaines situations : les jeunes ont des contraintes physiques ou psychologiques (ex. anxiété sociale), les chercheurs ont des contraintes budgétaires ou de temps. L'efficacité entre les deux formats sur l'intention du programme est similaire ; un lieu d'échange, d'entraide et de recherches de solutions collaboratives pour améliorer leur niveau d'anxiété et leur capacité d'adaptation est proposé. En plus des bénéfices propres à l'intervention de pleine conscience, les adolescents se sentent soutenus dans leur condition de vie liée à la maladie, parfois mécomprise par les proches. Ils ont ainsi l'occasion de développer des liens, même pour les jeunes ayant suivi l'intervention en ligne, qui manifestent ensuite de l'ouverture à se rencontrer en personne. Donc, le développement de nouvelles stratégies d'adaptation permettra de diminuer les symptômes d'anxiété.

Des limites affectent les résultats des études en milieu hospitalier. Selon Biegel *et al.* (2009), les conclusions sont plutôt générales et peu reproductibles en raison du manque de participants et de fidélité dans les diagnostics cliniques (large éventail d'indicateurs sur la santé mentale, population clinique hétérogène composée de différents types de douleurs chroniques ou de plusieurs spécificités), de leurs caractéristiques liées aux problématiques de santé mentale (tendance aux humeurs changeantes) et des instruments de mesure non standardisés (les outils n'évaluent pas la pratique quotidienne des exercices de pleine conscience). Malgré tout, une évaluation plus libre n'empêche pas que l'intervention de pleine conscience soit efficace sur la réduction d'anxiété chez des jeunes qui prennent déjà un traitement (Biegel *et al.*, 2009). Les inégalités dans les groupes de comparaison limitent les résultats. Selon Chadi *et al.* (2016), un groupe où les participants ont eu une anxiété plus élevée en raison de douleurs chroniques plus élevée amène souvent des défis quotidiens supplémentaires. Ou bien, un groupe où la majorité sont des participants sont des filles (Chadi *et al.*, 2016). Selon Freedenberg *et al.* (2017) les inégalités se retrouvent à travers les groupes en ligne ou en présence qui n'ont pas accès aux mêmes interventions ou formations avant l'intervention. Biegel *et al.* (2009) ajoutent que certains participants auraient davantage de temps accordé pour effectuer l'intervention (biais favorable d'implication au programme de la part du jeune). Tout compte fait, une évaluation sur l'efficacité

des bonnes pratiques de gestion d'anxiété par la pleine conscience à long terme devrait être effectuée avec des intervalles entre 3 et 6 mois, afin d'obtenir des informations supplémentaires sur les effets psychosociaux, physiques (Freedenberg *et al.*, 2017) et sur le développement du cerveau d'une population clinique (Chadi *et al.*, 2016).

Milieu communautaire. Une troisième contribution de l'essai est l'évaluation de l'efficacité d'un programme de pleine conscience à diminuer des symptômes d'anxiété en milieu communautaire. Bluth et Eisenlohr-Moul (2017) n'indiquent aucune diminution de l'anxiété chez les jeunes à la suite de l'implantation du programme répertorié de pleine conscience en milieu communautaire. Pourtant ce programme aurait pu être efficace considérant que le bien-être émotionnel des jeunes est associé à la pleine conscience et à l'auto-compassion (Bluth et Eisenlohr-Moul, 2017). Puis, le niveau d'anxiété varie en fonction du niveau de pleine conscience (ex. un moment de pleine conscience peut diminuer le niveau d'anxiété) (Galla, 2016). Toutefois, Bluth *et al.* (2016) démontrent que l'implantation de ce programme a une plus grande efficacité auprès de jeunes avec des critères cliniques de dépression, considérant le taux élevé de participation et de rétention, qui se situe entre 78 % et 89 %. Selon cette étude, les jeunes préfèrent les pratiques informelles dans leur milieu, qui ne leur donnent pas l'impression de perdre leur temps et qui leur demandent plus d'efforts et de temps au quotidien. Malgré le manque de pratique à domicile, la pleine conscience, l'auto-compassion et l'anxiété se sont considérablement améliorées entre la pré- et post-intervention. Notamment, l'augmentation de la pleine conscience diminuerait le niveau d'anxiété en raison d'une augmentation de l'auto-compassion. Donc, une présence hebdomadaire aux séances et l'accomplissement des devoirs réflexifs semblent suffisants. Des recherches supplémentaires sont toutefois nécessaires sur la pratique à domicile, en s'appuyant ainsi sur les commentaires des participants nommés précédemment (ex. méditations guidées sur une application mobile). De plus, le programme aurait pu être plus efficace s'il avait été prolongé entre 6 et 8 semaines pour offrir plus de temps de qualité durant les discussions et les pratiques. Il aurait aussi été pertinent d'évaluer les effets immédiats après l'intervention et leur stabilité dans le temps. Globalement, le programme est assez bien accepté par les adolescents. Il favorise la pleine conscience et l'auto-compassion, qui contribue ainsi à l'amélioration de leur état psychologique. Le développement des compétences d'auto-compassion pourrait sans doute permettre de diminuer des symptômes d'anxiété ou des troubles anxieux (Bluth *et al.*, 2016).

Malgré qu'un des auteurs est la même dans les deux études étudiées (Karen Bluth) et que les limites sont similaires entre celles-ci, l'efficacité des interventions de pleine conscience est évaluée différemment. D'abord, l'anxiété perçue des participants diminue de façon significative, tandis que la résilience, la gratitude et la curiosité/ l'exploration augmentent de manière significative pendant et après une intervention (Bluth et Eisenlohr-Moul, 2017). En revanche, il ne semble pas y avoir de diminution significative sur la l'anxiété entre la période pré et post-intervention ou entre la pré-intervention et le suivi. Ces derniers expliquent le manque de résultats sur le niveau d'anxiété avec deux modèles. Selon le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984), le stress serait provoqué par un manque de ressources internes adéquates. Cela dit, une intervention plus prolongée et quotidienne de pleine conscience soutiendrait le développement des ressources intérieures du jeune, considérant que le niveau de stress diminue avant l'anxiété. Le modèle diathèse-stress de Monroe et Simons (1991) s'appuie sur le fait que des facteurs de stress ou de période spécifique déclenchent la diathèse et le développement de l'anxiété. Le stress a peut-être été perçu chez l'autre comme de l'anxiété. Ou bien, les facteurs de stress subis avant l'intervention n'ont pas été déclenchés le jeune, et ce, même avec une prédisposition au stress (diathèse). Il vivrait plutôt une réaction de déprime ou d'anxiété. Deuxièmement, d'autres auteurs nomment que l'efficacité des programmes sur le niveau d'anxiété peut fluctuer selon les périodes de l'année. Au début du printemps, les jeunes présenteraient significativement moins d'anxiété, car les facteurs de stress augmentent surtout à la fin de l'année scolaire. Cela dit, il est préférable d'éviter un post-test au mois de mars ou avril. Troisièmement, les changements biologiques durant la période de l'adolescence et les enjeux sociétaux modernes augmentent le niveau de stress ou d'anxiété chez les jeunes, ce qui diminue leurs ressources internes pour y faire face (American Psychological Association, 2014). L'étude de Bluth et Eisenlohr-Moul (2017) est d'ailleurs l'une des premières à évaluer une intervention axée sur l'enseignement des compétences d'auto-compassion consciente chez les jeunes, afin qu'ils se responsabilisent à la gestion de leur anxiété. Puisque le stress diminuerait avant l'intervention, plutôt que l'anxiété, le stress devrait donc être réduit avant l'anxiété ou du moins de façon simultanée. Une autre stratégie gagnante serait de comparer leur propre moyenne plutôt qu'à une moyenne générale ou à des facteurs démographiques. Quatrièmement, les différentes caractéristiques chez les participants peuvent entraver les résultats : la petite taille limite la puissance statistique et expose peu les différences

entre les résultats ; le manque de diversité ethnique (Bluth et Eisenlohr-Moul, 2017) ou la majorité du genre féminin et des familles aisées (Bluth *et al.*, 2016) limitent la reproductibilité du programme à une population adolescente générale. Dans le milieu communautaire, il est aussi recommandé d'évaluer l'efficacité des interventions à plus long terme et de s'assurer de la validité des instruments de mesure (ex. forme courte selon le groupe d'âge) (Bluth et Eisenlohr-Moul, 2017).

Limites de l'essai

Peu d'études ont été réalisées sur l'évaluation de l'efficacité de programme de gestion du stress pour les jeunes au Québec en milieu scolaire (Dunning *et al.*, 2019) et d'autant plus dans les autres milieux (communautaire, hospitalier). Donc, elles ont des caractéristiques propres à leur pays de provenance, qui les rendent moins généralisables ou spécifiques à d'autres populations. Par exemple, aux États-Unis les problèmes de santé mentale peuvent être plus criants que la population typique du Québec (Kann *et al.*, 2018 ; Garcia *et al.*, 2008 ; Ivey-Stephenson *et al.*, 2017). Cela dit, il faut être prudent dans l'interprétation des résultats. Notamment, l'interprétation en fonction du milieu permet d'amorcer une réflexion intéressante sur l'implantation de programme de pleine conscience. Ensuite, la plupart des études recensées sont des essais contrôlés randomisés (ECR) et préliminaires, qui sont plus difficiles à mettre en application (Forman *et al.*, 2013 ; Werner-Seidler *et al.*, 2017). Ainsi, le fait que les résultats soient mitigés ne permet pas de tirer de conclusion définitive. Il apparaît donc que l'efficacité de la pleine conscience pour diminuer l'anxiété chez les adolescentes demeure à démontrer. Sans oublier que la variabilité dans les caractéristiques des échantillons d'une population clinique psychologique (critères diagnostic du trouble anxieux, sous soins psychiatriques ou dans le passé), physique (douleur chronique, maladie coronarienne, cancer) ou non clinique (symptômes anxieux) limite la généralisation des résultats d'une clientèle à l'autre, mais aussi d'un milieu à un autre (caractéristiques spécifiques). Il devrait y avoir davantage d'études sur le sujet, afin de permettre aux intervenants qui veulent implanter un programme de pleine conscience à se soucier de l'aspect logistique, du niveau de collaboration du personnel et des jeunes, de l'environnement physique et du type de clientèle associé. Enfin, il serait aussi pertinent d'approfondir la compréhension des processus sous-jacents de la pleine conscience (ex. l'attention), puisque les programmes évaluent davantage les dimensions liées aux

problématiques affectives et aux habiletés socio-émotionnelles pour favoriser la réussite scolaire (Paquin, 2018).

Intégration des résultats pour le travail du psychoéducateur

D'une part, l'approche de la pleine conscience est en diapason avec le *savoir-être* du psychoéducateur ; la relation psychoéducative s'établit entre autres dans l'exercice du schème relationnel de la disponibilité. Dans le vécu partagé avec le jeune, l'aidant se doit d'être le plus possible dans l'ici et maintenant avec celui-ci, sans pensée au passé, ni au futur, mais à ce qui se passe dans le présent sans jugement. D'autre part, l'examen des résultats en fonction des milieux d'intervention prend tout son sens dans l'optique de Gendreau (2001) :

« Pour l'intervention psychoéducative, le milieu de vie dépasse le lieu physique où prend place l'intervention ; c'est un système global et dynamique dont toutes les composantes influent sur l'intervention qui s'y déroule et l'alimentent. En fait, la caractéristique même de l'intervention psychoéducative est qu'elle ne se conçoit pas en dehors du milieu où elle se déroule, puisqu'elle cherche à utiliser les composantes de ce milieu pour encadrer, soutenir et stimuler la démarche du jeune vers le retour à l'équilibre ». (p. 51).

Le milieu de vie serait donc plus qu'une variable modératrice, mais « un système global et vivant, un dispositif dont la dynamique est le résultat des interactions constantes des composantes de la structure d'ensemble du système » (Gendreau, 2001, p.51). Le psychoéducateur doit donc être conscient des caractéristiques spécifiques de la clientèle et du milieu pour adapter l'animation et l'organisation d'un programme. Le *savoir-faire* du psychoéducateur résulte de l'habileté à appliquer les huit opérations professionnelles d'une intervention psychoéducative. Par exemple, avant l'implantation d'un programme de pleine conscience dans une école, il est nécessaire de faire une *évaluation (pré-intervention)* approfondie des besoins et des problématiques auprès des acteurs du milieu et des élèves, donnant ainsi accès à des *observations*. Cette *pré-intervention* permettra de *planifier* une façon de sensibiliser les enseignants à collaborer. Ils doivent saisir l'importance d'apprendre à leurs élèves des stratégies adaptatives (ex. plus grande disponibilité aux apprentissages) et qu'ils ont du pouvoir d'agir sur le bien-être de leurs élèves. Si la collaboration est possible, le psychoéducateur peut *planifier* et *organiser* les conditions favorables durant l'implantation d'un programme. Ainsi, il peut exercer son rôle-conseil auprès de l'animateur, afin de développer son sentiment de compétence pour l'*animation* en classe. Aussi, il peut offrir du soutien si des événements inconfortables surviennent durant l'*utilisation* du programme. Il doit

tenir compte aussi de certaines variables dans son évaluation, dont les critères de défavorisation du milieu et les caractéristiques ethniques. En effet, les milieux défavorisés composés de jeunes de minorités visibles diminueraient leurs symptômes d'anxiété à court et moyen terme selon la dose du programme, leur ethnicité et leur sexe (Arora *et al.*, 2019 ; Corrieri *et al.* 2014 ; O'Connor *et al.*, 2018). L'évaluation *post-situationnelle* se réalise à travers le suivi post-intervention, afin d'évaluer les impacts de la pleine conscience à court et moyen terme. La dernière opération, la *communication*, se déroule à travers le moyen de communication utilisé pour échanger les résultats du programme.

La plupart des programmes sont universels ou psychoéducatifs visant à réduire des symptômes d'intériorisation de santé mentale et à enseigner des stratégies d'adaptation, afin de déstigmatiser et de dépister les élèves (Dunning *et al.*, 2019). Ainsi, des alternatives sont possibles pour diminuer la stigmatisation et améliorer la santé mentale des jeunes : les programmes basés sur les pairs et les séances de groupe adaptées à la culture organisationnelle ou à une population minoritaire (Griner et Smith, 2006 ; Planey *et al.*, 2019). Les résultats permettent de mieux orienter le psychoéducateur sachant que les programmes s'avèrent efficaces chez les adolescents en bonne santé ou avec des symptômes cliniques de santé mentale. Pour le psychoéducateur travaillant en milieu scolaire, il apparaît particulièrement important de collaborer avec les enseignants qui offriront l'intervention. Alors, un rôle-conseil est à prioriser, par exemple, en les sensibilisant aux effets positifs de la pleine conscience sur le bien-être des jeunes ou en leur faisant vivre une expérience concrète. Le psychoéducateur en milieu hospitalier pourrait implanter un programme de pleine conscience. En effet, le jeune atteint de maladies chroniques, de cancer et de différents diagnostics psychiatriques (Biegel *et al.*, 2009) se voit diminuer ses symptômes d'anxiété sur le plan physique et émotionnel (Jones *et al.*, 2013). Il pourrait également implanter un programme de pleine conscience en milieu communautaire pour une population clinique ou non clinique, afin de diminuer leur symptôme d'anxiété (Black *et al.*, 2009 ; Kallapiran *et al.*, 2015 ; Simkin et Black, 2014 ; Zoogman *et al.*, 2015) et simultanément améliorer leur état de conscience (Sibinga, Webb et Ellen, 2018). Du coup, l'efficacité des interventions peut être augmentée par une plus grande variété de techniques utilisées.

Conclusion

L'essai recense 9 études qui expérimentent des programmes de pleine conscience sur la diminution des symptômes d'anxiété chez les jeunes en milieu scolaire, hospitalier et communautaire. Toutefois, une seule étude a évalué l'efficacité de ces interventions après une période de 4 mois (Johnson et Wade, 2019). Le maintien de l'efficacité dans le temps devrait donc être étudié. Aussi, seulement un peu plus de la moitié des études indique une diminution d'anxiété chez les jeunes par le biais d'une intervention de pleine conscience (5 études sur 9). Ainsi, considérant les limites ou le peu d'études sur le sujet, il peut donc être difficile pour le psychoéducateur de choisir un programme de pleine conscience adapté à son contexte et sa clientèle et doit donc rester vigilant (Felver *et al.*, 2016 ; Dunning *et al.*, 2019). En effet, il peut décider d'utiliser un programme pour adulte et l'adapter pour une clientèle jeunesse. Cependant, il doit tenter de conserver la fidélité du programme initial, sans contraindre à son efficacité, même s'il peut être assez flexible dans ses modalités d'interventions (voir Appendice A).

Références

- Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70232-X](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70232-X)
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. et Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). APA. <https://dx.doi.org/10.4103%2F0019-5545.117131>
- Antonson, C., Thorsén, F., Sundquist, J. et Sundquist, K. (2018). Upper secondary school students' compliance with two Internet-based self-help programmes: A randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 191-200. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1035-6>
- Aardoom, J. J., Dingemans, A. E., Spinhoven, P. et Van Furth, E. F. (2013). Treating eating disorders over the internet: A systematic review and future research directions. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 539-552. <https://doi.org/10.1002/eat.22135>
- Arora, P. G., Collins, T. A., Dart, E. H., Hernández, S., Fetterman, H. et Doll, B. (2019). Multi-tiered systems of support for school-based mental health: A systematic review of depression interventions. *School Mental Health*, 11(2), 240-264.

<https://doi.org/10.1007/s12310-019-09314-4>

- Bergeron, L., Valla, J.-P. et Gauthier, A.-K. (2007). L'épidémiologie des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Dans L. Turgeon et P. Gendreau (dir.), *Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents* (p. 29). Solal. <https://doi.org/10.7202/1040242ar>
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B. et Steer, R. A. (2005). *Beck Youth Inventories for Children and Adolescents: Second Edition*. Harcourt Brace. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-5386-9>
- Black, D. S. et Fernando, R. (2014). Mindfulness training and classroom behavior among lower-income and ethnic minority elementary school children. *Journal of Child and Family studies*, 23(7), 1242-1246. doi: 10.1007/s10826-013-9784-4
- Black, D. S., Milam, J. et Sussman, S. (2009). Sitting-meditation interventions among youth: A review of treatment efficacy. *Pediatrics*, 124(3), e532-e541. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-3434>
- Biegel, G. M., Chang, K., Garrett, A. et Edwards, M. (2014). Mindfulness-based stress reduction for teens. Dans Elsevier Academic Press (dir.), *Mindfulness-based treatment approaches* (p. 189-212). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-416031-6.00009-8>
- Biegel, G. M., Brown, K. W., Shapiro, S. L. et Schubert, C. M. (2009). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 855. <https://dx.doi.org/10.1037/a0016241>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. et Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bph077>
- Bluth, K. et Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118. <https://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.04.001>
- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C. et Hobbs, L. (2016). Making friends with yourself: A mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness*, 7(2), 479-492. <https://dx.doi.org/10.1007/s12671-015-0476-6>
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: Investigating health and health services*. McGraw-Hill Education (UK).
- Britton, W. B., Lepp, N. E., Niles, H. F., Rocha, T., Fisher, N. E. et Gold, J. S. (2014). A randomized controlled pilot trial of classroom-based mindfulness meditation compared to

an active control condition in sixth-grade children. *Journal of School Psychology*, 52(3), 263-278. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2014.03.002>

Broderick, P. C. et Jennings, P. A. (2012). Mindfulness for adolescents: A promising approach to supporting emotion regulation and preventing risky behavior. *New Directions for Youth Development*, 2012(136), 111-126. <https://dx.doi.org/10.1002/yd.20042>

Broderick, P. C. et Metz, S. (2009). Learning to BREATHE: A pilot trial of a mindfulness curriculum for adolescents. *Advances in School Mental Health Promotion*, 2(1), 35-46. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/1754730X.2009.9715696>

Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133-144. <https://dx.doi.org/10.1007/s10826-009-9282-x>

Chadi, N., McMahon, A., Vadnais, M., Malboeuf-Hurtubise, C., Djemli, A., Dobkin, P. L., Lacroix, J., Luu T.M. et Haley, N. (2016). Mindfulness-based intervention for female adolescents with chronic pain: A pilot randomized trial. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25(3), 159.

Chen, J., Rapee, R. M. et Abbott, M. J. (2013). Mediators of the relationship between social anxiety and post-event rumination. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 1-8. <https://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.008>

Christensen, H., Griffiths, K. M. et Farrer, L. (2009). Adherence in internet interventions for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), e1194. <https://dx.doi.org/10.2196/jmir.1194>

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H. et Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.127.1.87>

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., König, H. H. et Riedel-Heller, S. G. (2014). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: A systematic review. *Health Promotion International*, 29(3), 427-441. <https://dx.doi.org/10.1093/heapro/dat001>

Costello, E. J., Copeland, W. et Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults ? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>

Cournoyer, M., Labelle, R., Berthiaume, C. et Bergeron, L. (2016). Quels sont les syndromes du DSM-5 les plus associés aux idées suicidaires chez les adolescents? Analyses selon l'âge et le sexe. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 41-62. <https://dx.doi.org/10.7202/1039157ar>

- Creed, T. A., Reisweber, J. et Beck Aaron, T. (2011). *Cognitive therapy for adolescents in school settings* (Vol. 17). Guilford Press.
- Denis, H. et Baghdadli, A. (2017). Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. *Archives de pédiatrie*, 24(1), 87-90. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.10.006>
- Dewulf, D. (2013). *Mindfulnessstraining bij jongeren: Stappenplan voor hulpverleners*. LannooCampus. <https://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>
- Dionne, F. (2009). Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive. *Psychologie Québec*, 26(6), 20-23.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual I*. Johns Hopkins. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10015784554/>
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J. et Dalgleish, T. (2019). Research review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents—a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(3), 244-258. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12980>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D. et Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Felver, J. C., Celis-de Hoyos, C. E., Tezanos, K. et Singh, N. N. (2016). A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*, 7(1), 34-45. doi: 10.1007/s12671-015-0389-4
- Forman, S. G., Shapiro, E. S., Coddling, R. S., Gonzales, J. E., Reddy, L. A., Rosenfield, S. A., Sanetti, L. M. H. et Stoiber, K. C. (2013). Implementation science and school psychology. *School Psychology Quarterly*, 28(2), 77. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/spq0000019>
- Freedenberg, V. A., Hinds, P. S. et Friedmann, E. (2017). Mindfulness-based stress reduction and group support decrease stress in adolescents with cardiac diagnoses: A randomized two-group study. *Pediatric cardiology*, 38(7), 1415-1425. <https://dx.doi.org/10.1007/s00246-017-1679-5>
- Gagné, M.-E. et Marcotte, D. (2010). Effet médiateur de l'expérience scolaire sur la relation entre la dépression et le risque de décrochage scolaire chez les adolescents vivant la transition entre l'école primaire et l'école secondaire. *Revue de psychoéducation*, 39, 27-44. <https://images.sdm.qc.ca/fichiers/Public/2010/B078705.pdf>
- Galla, B. M. (2016). Within-person changes in mindfulness and self-compassion predict enhanced emotional well-being in healthy, but stressed adolescents. *Journal of Adolescence*, 49, 204-217. <https://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.016>

- Garcia, C., Skay, C., Sieving, R., Naughton, S. et Bearinger, L. H. (2008). Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among Latino students. *Journal of School Health*, 78(9), 487-495. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2008.00334.x>
- Gendreau, G. (2001). *Jeunes en difficulté et intervention psychoéducative*. Éditions Sciences et culture.
- Gosselin, M. J. et Turgeon, L. (2015). Prévention de l'anxiété en milieu scolaire : les interventions de pleine conscience. *Éducation et francophonie*, 43(2), 50-65. <https://dx.doi.org/10.7202/1034485ar>
- Greco, L. A., Barnett, E. R., Blomquist, K. K. et Gevers, A. (2008). Acceptance, body image, and health in adolescence. *Acceptance & Mindfulness Treatments for Children & Adolescents*, 187-214.
- Griner, D. et Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta-analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(4), 531. <https://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Follette, V. M. et Linehan, M. (dir.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
- Hayes, S. C. et Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 249. <https://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph079>
- Hayes, S. C. et Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), p.161. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bpg018>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. et Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. Guilford Press.
- Heeren, A. et Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 37-61. http://www.psychanalyse.com/pdf/MINDFULNESS_INTERVENTIONS_QUEBECOIS_ES_2010.pdf
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. et Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113. <https://dx.doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A. et Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), p.169. <https://dx.doi.org/10.1037/a0018555>
- Hunsley, J. et Lee, C. M. (2007). Informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(1), p.21. <https://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.1.21>
- Ivey-Stephenson, A. Z., Crosby, A. E., Jack, S. P., Haileyesus, T. et Kresnow-Sedacca, M. J. (2017). Suicide trends among and within urbanization levels by sex, race/ethnicity, age group, and mechanism of death—United States, 2001–2015. *MMWR Surveillance Summaries, 66*(18), p.1. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6618a1>
- Johnson, C. et Wade, T. (2019). Piloting a more intensive 8-week mindfulness programme in early- and mid-adolescent school students. *Early Intervention in Psychiatry, 13*(6), 1495-1502. <https://dx.doi.org/10.1111/eip.12801>
- Joly, J., Tourigny, M. et Thibaudeau, M. (2005). La fidélité d’implantation des programmes de prévention ou d’intervention dans les écoles auprès des élèves en difficulté de comportements. *Nouveaux cahiers de la recherche en éducation, 8*(2), 101-110. <https://doi.org/10.7202/1017533ar>
- Jones, P., Blunda, M., Biegel, G., Carlson, L. E., Biel, M. et Wiener, L. (2013). Can mindfulness-based interventions help adolescents with cancer? *Psycho-Oncology, 22*(9), 2148-2151. <https://doi.org/10.1002/pon.3251>
- Kabat-Zinn, J. et Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta. https://care7.htsun.ds.lib.uw.edu/wp-content/uploads/2020/11/mbsr_standards_of_practice_2014.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-156. <https://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *University of Massachusetts Medical Center/Worcester. Stress Reduction Clinic. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. https://care7.htsun.ds.lib.uw.edu/wp-content/uploads/2020/11/mbsr_standards_of_practice_2014.pdf
- Kabat-Zinn, J. et Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: Rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine, 11*(4), 333-352. <https://dx.doi.org/10.1007/BF00844934>

- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. et Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163-190. <https://dx.doi.org/10.1007/BF00845519>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R. et Hancock, K. (2015). Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 182-194. <https://dx.doi.org/10.1111/camh.12113>
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., Lowry, R., Chyen, D., Whittle, L., Thornton, J., Lim, C., Bradford, D., Yamakawa, Y., Leon, M., Brener, N et Ethier, K. A. (2018). Youth risk behavior surveillance-United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(8), p.1. <https://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D. et Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. <https://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Ladwig, R. J. et Weisman, S. J. (2013). A randomized, controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction for pediatric chronic pain. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 19(6), p.8.
- Lau, N. S. et Hue, M. T. (2011). Preliminary outcomes of a mindfulness-based programme for Hong Kong adolescents in schools: Well-being, stress and depressive symptoms. *International Journal of Children's Spirituality*, 16(4), 315-330. <https://dx.doi.org/10.1080/1364436X.2011.639747>
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D. et Miller, L. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(1), 15-28. doi: 10.1891/0889.8391.22.1.15
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications. <https://connect.springerpub.com/content/sgrjcp/22/1/15.abstract>
- Lovibond, S. H. et Lovibond, P. F. (2013). *Depression Anxiety and Stress Scales (DASS)*. *Behaviour Research and Therapy*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t39835-000>

- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. et Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-445. <https://dx.doi.org/10.1038/nrn2639>
- Malboeuf-Hurtubise, C., Achille, M., Sultan, S. et Vadnais, M. (2013). Mindfulness-based intervention for teenagers with cancer: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14(1), 1-9. <https://dx.doi.org/10.1186/1745-6215-14-135>
- Maynard, B. R., Solis, M. R., Miller, V. L. et Brendel, K. E. (2017). Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-144. <https://dx.doi.org/10.4073/CSR.2017.5>
- McLaughlin, E. M. (2010). *The relationship between dispositional mindfulness and emotion regulation in children*. City University of New York.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F. et Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), p.7. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
- Metz, S. M., Frank, J. L., Reibel, D., Cantrell, T., Sanders, R. et Broderick, P. C. (2013). The effectiveness of the learning to BREATHE program on adolescent emotion regulation. *Research in Human Development*, 10(3), 252-272. <https://dx.doi.org/10.1080/15427609.2013.818488>
- Monroe, S. M. et Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406. <https://psycnet-apa-org.biblioproxy.uqtr.ca/doi/10.1037/0033-2909.110.3.406>
- O'Connor, C. A., Dyson, J., Cowdell, F. et Watson, R. (2018). Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e412-e426. <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.14078>
- Paquin, L. (2018). *Évaluation de l'implantation et des effets d'un programme de « Réduction du stress basée sur la pleine conscience auprès d'adolescents en milieu scolaire »*, thèse de doctorat, Québec, Département de psychologie, Université de Sherbrooke. <http://hdl.handle.net/11143/12098>
- Beck J.S, Beck A.T, Jolly J et Steer R. Inventaires Beck Youth - Livret combiné. 2002, Canada : Pearson.
- Piché, G., Cournoyer, M., Bergeron, L., Clément, M. È. et Smolla, N. (2017). Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 19-42. <https://dx.doi.org/10.7202/1040242ar>

- Planey, A. M., Smith, S. M., Moore, S. et Walker, T. D. (2019). Barriers and facilitators to mental health help-seeking among African American youth and their families: A systematic review study. *Children and Youth Services Review*, 101, 190-200. <https://dx.doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.04.001>
- Raes, F., Griffith, J. W., Van der Gucht, K. et Williams, J. M. G. (2014). School-based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness*, 5(5), 477-486. <https://dx.doi.org/10.1007/s12671-013-0202-1>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1002/cpp.320>
- Semple, R. J., Reid, E. F. et Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(4), 379-392. doi: 10.1891/jcop.2005.19.4.379
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. et Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1002/jclp.20237>
- Sibinga, E., Webb, L. et Ellen, J. (2018). School-based mindfulness instruction for Urban Middle-School Males. *American Academy of Pediatrics*, 142(1), 446-446. <https://doi.org/10.1542/peds.142.1MA5.446>
- Simkin, D. R. et Black, N. B. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(3), 487-534.
- Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI-AD)* [Database record]. APA PsycTests. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t06496-000>
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N. et Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 486. <https://dx.doi.org/10.1037/a0015168>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D. et Asmundson, G. J. (2020). COVID stress syndrome: Concept, structure, and correlates. *Depression and Anxiety*, 37(8), 706-714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>
- Titov, N., Dear, B. F., Johnston, L., Lorian, C., Zou, J., Wootton, B., Spence, J., McEvoy, P.M. et Rapee, R. M. (2013). Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PloS one*, 8(7), e62873. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0062873>

- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M. et Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 51, 30-47. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- White, L. S. (2012). Reducing stress in school-age girls through mindful yoga. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(1), 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.01.002>
- Wisner, B. L. (2008). *The impact of meditation as a cognitive-behavioral practice for alternative high school students*. The University of Texas at Austin.
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S. et Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, p.603.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T. et Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290–302. 10.1007/s12671-013-0260-4

Appendice A

Définitions des différents programmes/interventions

Pour la population adolescente, plusieurs études se sont basées sur les MBSR de Kabat-Zinn (1990), qui combinent des techniques quotidiennes de méditation par la pleine conscience, des exercices de yoga, de respiration consciente et de reconnaissance des symptômes physiologiques (Felver et al., 2013). Les bienfaits sont pratiquement les mêmes que le MBSR et le MBCT de White (2012), tels qu'une meilleure gestion de l'anxiété (McLaughlin, 2010) et connaissance de ses sensations physiques. Les études de l'essai étudient différents programmes de pleine conscience adaptés à chaque contexte et particularité d'une population.

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Biegel et al. (2009) utilisent le programme MBSR for Teens, qui est une adaptation de celui pour adulte. Il inclut 8 séances hebdomadaires de 30 minutes. Les techniques de pleine conscience proposées s'effectuent à domicile sous forme de présentations informatives par l'animateur et de discussions de groupe sur des problèmes prédominants chez les jeunes. Des médiums supplémentaires sont utilisés : cahiers d'exercice et audios (méditations assises, scan corporel). Paquin (2018) emploie le programme de Biegel et al. (2009) sous une forme différente. Il inclut 10 séances hebdomadaires de 90 minutes. Les stratégies de pleine conscience prônées sont le coping, le développement de la résilience et la gestion du stress. Les médiums utilisés sont surtout les exercices pratiques, les enseignements théoriques et les discussions de groupe axées sur la réflexion et la respiration. Il est suggéré de pratiquer à domicile pour favoriser l'intégration des acquis. Freedenberg, Hinds et Friedmann (2017) utilisent le programme psychoéducatif basé sur le MBSR de Kabat-Zinn et Hanh (2009). Il inclut 3 cohortes de 7 à 10 participants avec 2 groupes d'intervention (MBSR/vidéo) pour 6 séances hebdomadaires de 90 minutes (la fin de semaine). Les techniques de groupe utilisées sont entre autres le yoga, la méditation et la restructuration cognitive. Malboeuf-Hurtubise et al. (2013) évaluent la base du programme précédent (MBSR), mais animé par 2 thérapeutes avec 8 séances hebdomadaires de 90 minutes.

Making Friends with Yourself: A Mindful Self-Compassion Program for Teens (MFY) (Neff et Germer, 2013). Bluth et Eisenlohr-Moul (2017) recourent au programme MFY, qui est une adaptation d'un programme d'auto-compassion en pleine conscience pour adulte. Il propose 5

cohortes incluant 8 séances hebdomadaires de 90 minutes. La pleine conscience est intégrée dans des activités d'art et de mouvement avec des thèmes, tels que l'auto-compassion, la bienveillance et l'estime de soi. Bluth et al. (2016) choisissent aussi le MFY. Il est plutôt composé de 6 séances hebdomadaires de 90 minutes (après l'école). De même, un praticien expérimenté dans l'approche propose des techniques de respiration.

Mindfulness Based Interventions (MBI) (interventions basées sur la pleine conscience). Johnson et Wade (2019) utilisent le programme Mindfulness Training for Teens (Dewulf, 2013), qui est une adaptation plus intensive et abrégée du MBI, mais pour les adolescents. Il inclut 8 séances de groupes hebdomadaires de 15 minutes chacune. Les techniques utilisées sont des méditations guidées allongées sur le sol et des discussions interactives sur le vécu partagé des participants durant l'intervention, aux interprétations de l'animateur et aux concepts de pleine conscience. Chadi *et al.* (2016) évaluent aussi le programme basé sur un MBI, mais adapté aux jeunes qui souffrent de douleur chronique. Il inclut 8 séances de 90 minutes. Les techniques de pleine conscience s'effectuent davantage dans les actions quotidiennes (ex. prendre conscience de chacune de ses bouchées durant le repas). Des thèmes, tels que la compassion, sont véhiculés pendant les exercices de respiration, de lectures poétiques et d'analyse corporelle. Les médiums utilisés sont surtout les discussions et les entrevues auprès des participants.

Mindfulness Grundkurs 2.0 (iMBI)/ Music therapy intervention (iMT). Antonson et al. (2018) appliquent deux programmes d'auto-assistance sur internet : le iMBI (cours de base de pleine conscience) et le iMT (intervention en musicothérapie). Il inclut 10 séances de méditation de pleine conscience en groupe de 10 minutes chacune, d'une durée de 8 semaines (2 fois par jour ; 6 jours consécutifs). Les méditations sont informatisées à l'appui de module vidéo ou audio, sans interférence humaine (scan corporel, pleine conscience, respiration, perceptions). Le taux de participation est déterminé selon l'heure de connexion et l'accomplissement de chacun.