

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	5
La santé mentale des étudiants universitaires	6
Les programmes d'intervention psychologique en milieu universitaire	8
La troisième vague	10
La pleine conscience	10
Définition de la Pleine conscience	11
L'autorégulation attentionnelle	11
L'orientation vers l'expérience	11
La Réduction du Stress basée sur la pleine conscience (<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i> [MBSR])	12
La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (<i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy</i> [MBCT])	13
Efficacité des Interventions basées sur la pleine conscience (IBPC)	13
Sur la rechute dépressive	14
Sur les symptômes anxiodépressifs	16
Sur la santé psychologique de populations non-cliniques	17
L'efficacité des IBPC chez les étudiants universitaires	18

Sur les symptômes de stress et d'anxiété.....	18
Sur l'amélioration du bien-être	20
Sur les capacités attentionnelles.....	22
Sur la motivation scolaire	22
Les processus associés à la pleine conscience	23
L'habileté à être en pleine conscience	23
La défusion.....	25
L'acceptation émotionnelle.....	26
Les ruminations.....	26
La compassion pour soi	27
Les limites des recherches actuelles	30
Relatives à l'efficacité de la pleine conscience sur la santé psychologique	30
Objectifs et retombées scientifiques	32
Méthode.....	35
Participants.....	36
Mesures	37
Symptômes anxiodépressifs.....	37
Les ruminations.....	38
Habilité à être en pleine conscience	38
L'évitement expérientiel (ou flexibilité psychologique).....	39
La fusion cognitive	40
Procédure	41

Plan d'analyse des données	42
Résultats	43
Discussion	49
Limites de l'étude	55
Conclusion	58
Références	65

Liste des tableaux

Tableau

1	Comparatif des moyennes et des écarts types pour chacune des variables étudiées.....	46
2	Comparatif des moyennes et des écarts types pour les cinq facettes de la pleine conscience.....	47
3	Taille d'effet pour chaque variable.....	48

Liste des figures

Figure

- 1 Thème des séances du programme « Être étudiant en pleine conscience »42
- 2 Conceptualisation des processus liés à la pleine conscience.....52

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de recherche, M. Frédérick Dionne, professeur au département de psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, sa générosité, son soutien et sa « présence attentive » tout au long de ma rédaction. Aussi, je désire remercier ma co-directrice Mme Marie-Claude Blais, également professeure au département de psychologie, pour son soutien, sa rigueur scientifique, son humanité et ses précieux conseils.

Je tiens à remercier Mme Carmen Pedneault et M. Michel Dumont, tous deux psychologues au Centre d'aide aux Étudiants de l'Université Laval, partenaires du projet, sans qui le projet de recherche n'aurait pas pu avoir lieu.

Enfin, j'aimerais adresser un merci spécialement aux gens de mon entourage, soit ma famille et mes amis, qui m'ont encouragée, soutenue et qui ont cru en mes capacités tout au long de mon parcours universitaire. Je ne peux passer sous silence les personnes suivantes : Sabrina Champoux, Sébastien Gélinas, France Bédard, Marie-Pier St-André, Audrey Gagnon ainsi que mes parents Firmin Gagnon et Suzanne Leblanc.

Finalement, Alex, sache que ton support, tes encouragements et ton amour ont su me donner la motivation pour enfin terminer!

ClicCourts.com

Introduction

Plusieurs études démontrent que le passage à l'université constitue une période critique pour les étudiants et est associé à des difficultés d'adaptation face aux exigences universitaires et aux responsabilités de jeune adulte (Boujut et al., 2009). D'ailleurs, les études de Boujut et al. (2009) et de Roberts et Zelenyanski (2002) démontrent que les étudiants universitaires présenteraient généralement une santé psychologique plus fragile comparativement à la population générale. Boujut et al. (2009) précisent que les étudiants seraient particulièrement enclins à la détresse émotionnelle et au « mal-être », défini comme « le sentiment de solitude, la dépression et les troubles du comportements » (p. 663). Cette vulnérabilité serait expliquée par l'exposition à plusieurs stress découlant de la vie universitaire, tels que le stress lié aux évaluations et aux demandes d'adaptation (Cotton, Dollard, & De Jonge, 2002). En somme, le rôle d'étudiant figure parmi les occupations les plus stressantes. Il est donc d'autant plus important d'offrir des services en prévention et en promotion de la santé psychologique, car un problème de santé psychologique peut avoir des répercussions importantes chez les étudiants. Ces problématiques peuvent affecter notamment les fonctions cognitives, l'adaptation psychosociale, la motivation et le rendement académique des étudiants (Martineau, Beauchamp, & Marcotte, 2017).

Dans le but de venir en aide aux étudiants dans l'amélioration de leur qualité de vie et la réduction du stress, certaines universités québécoises offrent des interventions basées

sur la pleine conscience (IBPC) dans les centres d'aide aux étudiants (Martineau et al., 2017). La pleine conscience est décrite comme la capacité à porter une certaine qualité d'attention à l'expérience vécue au moment présent (Kabat-Zinn, 2009). Les IBPC sont maintenant fort répandues et ont démontré leur efficacité dans la prévention et le traitement de diverses problématiques comme le stress, l'anxiété, la dépression et les conditions de santé chroniques (Heeren & Philippot, 2010; Mirabel-Sarron, Sala, Dorocant, & Docteur, 2012). Certaines approches thérapeutiques utilisent la pleine conscience dans le traitement de diverses problématiques, soit le Programme de *réduction du stress basée sur la pleine conscience* (MBSR; Kabat-Zinn, 2009) et la *Thérapie cognitive fondée sur la pleine conscience* (MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2018). Quelques études récentes ont démontré que ces approches pouvaient amener plusieurs bénéfices sur la santé psychologique, tels qu'une amélioration de l'humeur, de la satisfaction de vie, de la vitalité et de la régulation émotionnelle (Keng, Smoski, & Robins, 2011; Lykins & Baer, 2009; Ngô, 2013). Plusieurs de ces études ont été menées auprès de populations cliniques. Toutefois, trop peu d'études se sont intéressées à l'efficacité de ce type d'intervention auprès de populations non-cliniques, tels que les étudiants universitaires. L'étude présentée dans cet essai s'intéresse aux effets et aux processus d'une intervention basée sur la pleine conscience menée auprès d'une population non-clinique d'étudiants universitaires.

Le présent essai sera composé de cinq sections : le contexte théorique, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion. Le contexte théorique fera état des connaissances

actuelles sur l'efficacité des IBPC. Dans cette section, il sera particulièrement question de présenter l'état des connaissances actuelles relatives à la santé mentale chez les étudiants universitaires. Ensuite, la pleine conscience sera définie ainsi que les principaux programmes d'interventions basés sur la pleine conscience. Enfin, il sera question de présenter un projet de recherche évaluant les effets d'une IBPC chez les étudiants universitaires sur le plan des symptômes anxiodépressifs et de certains processus associés à la pleine conscience (*l'habileté à être en pleine conscience, l'évitement expérientiel, la fusion cognitive et les ruminations*). Plus précisément, l'étude présentée traitera des effets du programme « Être étudiant en pleine conscience » auprès de 24 étudiants universitaires (8 hommes et 16 femmes, âge moyen de 26,17 ans, écart type de 5,8 ans) au Centre d'aide aux étudiants de l'Université Laval.

Contexte théorique

La présente section fera état dans un premier temps des connaissances actuelles relatives à la santé mentale des étudiants universitaires et des services psychologiques offerts dans les universités québécoises. Il sera également question de traiter des IBPC, de leur efficacité selon les études antérieures et actuelles et des processus associés à la pleine conscience.

La santé mentale des étudiants universitaires

Au Canada, la population d'étudiants universitaires serait davantage touchée par des problématiques de santé mentale comparativement à la population générale (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton-Taylor, 2001; Roberts & Zelenyanski, 2002). Une étude de Reveillère, Nandrino, Saily, Mercier et Moreel (2001) sur les préoccupations des étudiants de premier cycle révèle que les principales préoccupations des étudiants seraient les suivantes : la peur d'échouer dans les études par manque de compétence, de temps ou d'argent, la peur du chômage, la sécurité personnelle physique et la sensibilité à la souffrance des autres.

Une étude longitudinale de Boujut et al. (2009) a été menée en France (dans les quatre universités de Bordeaux) auprès d'une cohorte de 556 étudiants (62 % de femmes et 38 % d'hommes) de première année universitaire. Cette étude met en évidence la prévalence élevée de plusieurs problématiques de santé mentale

chez les étudiants universitaires, notamment des symptômes dépressifs (détresse émotionnelle, dépression, idées suicidaires et sentiment de solitude), des symptômes anxieux, la consommation de substances psychoactives et des troubles du comportement alimentaire. Dans cette étude, 27 % des étudiants avaient obtenu un score correspondant à une dépression légère, 18 % à une dépression modérée ou sévère et 4,3 % présenteraient une tendance suicidaire selon l'Inventaire de Dépression de Beck. Enfin, on mentionne que 6,6 % auraient obtenu un score élevé à l'EAT-26, suggérant la présence d'un trouble du comportement alimentaire.

Dans une étude de Hyun, Quinn, Madon et Lustig. (2006) menée auprès d'étudiants aux cycles supérieurs (N = 3121), presque la moitié des étudiants (44,7 %) rapportait avoir vécu des difficultés émotionnelles ou reliées au stress lors de la dernière année. Adlaf, Demers et Gliksman (2004) abondent dans ce sens lors de leur étude menée auprès d'étudiants canadiens de 1er cycle (N = 6200) rapportant que 29 % des étudiants présentaient un niveau de détresse psychologique élevée. Lisiecki (2013) (N = 40) a également mis en évidence la présence de détresse psychologique chez la population des étudiants universitaires.

De surcroit, la population des étudiants universitaires pourrait avoir recours à davantage de comportements dits « à risque » pour la santé. Une enquête nationale sur la prévalence des comportements à risque pour la santé des étudiants universitaires et collégiaux (N = 8182) relève une prévalence importante de comportements à risque chez

cette population comme l'abus d'alcool (60 %), l'inactivité physique (72,2 %), le manque de sommeil (75,6 %) et une alimentation pauvre en fruits et légumes (88 %) (Kwan, Faulkner, Arbour-Nicitopoulos, & Cairney, 2013). Ces résultats ne sont pas surprenants si l'on considère la charge de travail et d'examens à laquelle sont soumis les étudiants universitaires et qui serait particulièrement éprouvante (Boujut et al., 2009; Lassare, Giron, & Paty, 2003). Enfin, les chercheurs soulignent également le manque d'éducation en matière de santé et de services d'aide psychologique dans les universités (Boujut et al., 2009).

Les programmes d'intervention psychologique en milieu universitaire

Pour aider les étudiants à mieux gérer les émotions, le stress et promouvoir la santé psychologique, de plus en plus d'universités offrent des programmes psychoéducatifs et d'intervention psychologique de groupe, portant sur différentes thématiques. Ainsi, il est possible de retrouver notamment des programmes d'intervention psychologique pour la gestion du stress, intégrant de la psychoéducation ainsi que des techniques de relaxation de Schultz et Jacobson, des ateliers psychoéducatifs portant sur la procrastination académique ou encore l'estime de soi. Ces ateliers psychoéducatifs de groupe diffèrent des programmes d'intervention psychologique de par leur nature informative plutôt qu'interventionniste. Actuellement, la littérature indique un manque d'études s'intéressant à l'évaluation des différentes stratégies de promotion de la santé psychologique (Martineau et al., 2017). Toutefois, il semblerait que certaines interventions psychologiques soient plus efficaces que d'autres dans la promotion et la prévention de la

santé psychologique chez les étudiants universitaires. Notamment, dans leur méta-analyse récente, Martineau et al. (2017) concluent que les IBPC feraient partie des types d'interventions les plus efficaces en matière de prévention et de promotion de la santé psychologique, en comparaison à d'autres types d'interventions psychologiques et approches. Plus précisément, dans leur étude, Martineau et al. (2017) mettent en évidence une plus grande efficacité de certaines méthodes en comparaison à d'autres dans l'amélioration de la santé psychologique des étudiants, notamment les TCC et la pleine conscience. En outre, certains programmes fréquemment utilisés dans les universités, tels que les ateliers psychoéducatifs, de relaxation ou encore d'activités de méditation seul (soit sans intervention psychologique) ne semblent pas constituer des options optimales (Martineau et al., 2017). Cela met en évidence certaines lacunes sur le plan de l'efficacité des services d'aide offerts aux étudiants dans les universités.

Pour favoriser le bien-être psychologique des étudiants, certains auteurs considèrent les interventions basées sur la pleine conscience comme une option prometteuse (Chiesa, Calati, & Serretti, 2011; Fjorback Arendt, Ornbøl, Fink, & Walach, 2011; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010; Keng et al., 2011; Khoury et al., 2013; Piet & Hougaard, 2011). Ainsi, nous pouvons constater l'émergence des IBPC dans certaines universités, telle que l'Université Laval, l'Université du Québec à Montréal, l'Université McGill et l'Université de Sherbrooke. La section suivante abordera le concept de la pleine conscience, issu de la troisième vague de

psychothérapies, ainsi que les différents programmes d'intervention reconnus basés sur cette approche thérapeutique.

La troisième vague

Depuis quelques décennies, avec l'émergence de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) de troisième vague (Hayes, 2004), certains changements ont eu lieu en psychologie. Cette troisième vague peut être décrite comme des *thérapies émotionnelles* (Heeren & Philippot, 2009). On voit alors s'ajouter aux TCC des approches telles que la *thérapie d'acceptation et d'engagement* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012) et la *thérapie cognitive basée sur la pleine conscience* (Segal, Teasdale, & Williams, 2016). L'idée centrale de ces approches est que la psychopathologie résulterait entre autres d'une tentative d'évitement expérientiel (Heeren & Philippot, 2009). Pour contrer ces efforts de suppression, ces interventions psychothérapeutiques prônent alors l'acceptation, la distanciation d'avec certains états internes et l'engagement dans l'action en lien avec les valeurs (Hayes, 2004).

La pleine conscience

Les IBPC sont souvent intégrés dans les psychothérapies de troisième vague (Heeren & Philippot, 2010). L'objectif de ces programmes est de développer chez l'individu une plus grande conscience de soi, de ses sensations, de ses pensées, de ses comportements et émotions dans l'instant présent. Bien que les IBPC puissent générer un état de relaxation, cet effet ne constitue pas un objectif de ces interventions.

Définition de la Pleine conscience

Jon Kabat-Zinn (2003, p. 143) définit la pleine conscience (*mindfulness*) comme étant « un état de conscience qui émerge du fait de porter son attention de manière intentionnelle au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». D'autres auteurs se sont intéressés à opérationnaliser la pleine conscience. Bishop et al. (2004) ont développé une définition consensuelle de la pleine conscience selon deux dimensions: l'autorégulation attentionnelle et l'orientation vers l'expérience (Bishop et al., 2004).

L'autorégulation attentionnelle. Les chercheurs décrivent que le développement de la pleine conscience commence par le fait d'amener sa conscience attentionnelle à l'expérience du moment présent : les pensées, émotions et sensations du moment, cela par la régulation du focus attentionnel. Cela mène à un état d'être « pleinement conscient de l'instant présent », soit d'être très alerte à ce qui se passe dans l'instant présent. Cet état requiert la capacité à maintenir son attention de façon soutenue, soit la capacité à maintenir un état de vigilance sur de longues périodes (Bishop et al., 2004).

L'orientation vers l'expérience. La pleine conscience implique une orientation particulière à l'expérience, attitude qui serait adoptée et développée dans la pratique méditative en pleine conscience. Cette attitude serait engendrée par une ouverture, une curiosité à propos des expériences du moment, que ce soit des pensées, des sensations ou des émotions (Bishop et al., 2004).

À ce jour, il existe deux types de programmes qui utilisent la pleine conscience, soit les programmes MBSR (Programme de *réduction du stress basé sur la pleine conscience*) et MBCT (*Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*). Ces derniers constituent des programmes prometteurs dans la prise en charge de différents troubles psychologiques (Mirabel-Sarron et al., 2012). Ces programmes sont similaires sur le plan de leurs principes, mais diffèrent de par leurs objectifs initiaux et de leur contenu, la MBSR étant de réduire le stress et la MBCT étant de prévenir la rechute dépressive. Dans la prochaine section, la MBCT et la MBSR seront décrites plus longuement.

La Réduction du Stress basée sur la pleine conscience (*Mindfulness Based Stress Reduction*) [MBSR])

La MBSR (Kabat-Zinn, 2009) constitue un programme structuré qui emploie la méditation de pleine conscience afin de réduire le stress associé à diverses problématiques, que ce soit des troubles physiques, psychosomatiques ou psychiatriques (Grossman et al., 2004). Cette intervention vise à développer la conscience de l'expérience du moment présent. Plus précisément, elle préconise l'idée qu'une plus grande conscience engendre davantage de perceptions réalistes, réduit les émotions négatives et améliore la vitalité et l'adaptation de l'individu (Grossman et al., 2004).

Le programme MBSR se déroule en huit rencontres hebdomadaires de groupe, de deux heures et demie. Lors de ces rencontres, les participants pratiquent certains exercices de méditation en pleine conscience combinés à quelques postures de Hatha-yoga et

partagent leur expérience en fin de séance. Le partage d'expérience (restitution) constitue un outil essentiel d'apprentissage. Entre les séances, les participants sont invités à mettre en œuvre une pratique méditative personnelle quotidienne de 45 minutes afin de consolider leurs apprentissages (Kabat-Zinn, 2009; Mirabel-Sarron et al., 2012).

La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy* [MBCT])

La MBCT consiste en un programme manualisé de huit semaines offert par un instructeur certifié, ayant été développé certaines compétences et habiletés spécifiques (Segal et al., 2016). Comparativement au programme MBSR dont l'objectif est la réduction du stress, le programme MBCT est fortement orienté vers la prévention de la rechute dépressive (Mirabel-Sarron et al., 2012). Ainsi, le programme s'appuie sur la MBSR (Kabat-Zinn, 2009), mais y intègre des éléments de thérapie cognitive visant à prévenir la rechute dépressive, dont le fondateur est Aaron T. Beck (1979).

Le déroulement du programme MBCT est similaire à celui du MBSR, c'est-à-dire que le programme comporte huit séances hebdomadaires de groupe dans lesquels les participants pratiquent la méditation en pleine conscience. Toutefois, les séances du programme MBCT durent deux heures (30 minutes de moins que le MBSR).

Efficacité des Interventions basées sur la pleine conscience (IBPC)

Les interventions basées sur la pleine conscience, telles que le MBSR et le MBCT, ont démontré une certaine efficacité dans le traitement de diverses problématiques

cliniques telles que les troubles anxieux et de l'humeur (Grossman et al., 2004). Les troubles psychologiques pour lesquels les IBPC ont particulièrement démontré leur efficacité seraient notamment la rechute dépressive, le trouble dépressif récurrent, l'épisode dépressif majeur, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble bipolaire (Mirabel-Sarron et al., 2012). Voyons plus en détails les principales problématiques pour lesquelles les IBPC ont démontré leur efficacité.

Sur la rechute dépressive

Certaines études ont démontré l'efficacité de la MBCT pour prévenir la rechute dépressive. D'abord, dans leurs études d'envergure, Ma et Teasdale (2004) et Teasdale et al. (2000) démontrent des tailles d'effet élevées de la MBCT dans le traitement de la rechute dépressive. En effet, Teasdale et al. (2000) ont comparé le MBCT au traitement habituel (des visites médicales d'évaluation) chez des patients en rémission complète de la dépression, sevrés de médicaments et qui avaient eu deux rechutes dépressives ou plus dans les cinq dernières années. Les résultats de cette étude suggèrent que la MBCT pourrait diminuer significativement le taux de rechute dépressive, après un an de suivi. Plus précisément, à la suite du programme MBCT, 40 % des patients avaient vécu une rechute dépressive, comparativement à 66 % avec le traitement habituel. La différence entre les deux programmes était significative ($h = 0,5$) avec une taille d'effet de 0,53, considérée comme modérée selon les normes de Cohen (1988).

Bondolfi et al. (2010) démontrent aussi l'efficacité de la MBCT dans la prévention de la rechute dépressive, dans une étude comparant un traitement intégrant la MBCT au traitement usuel pour la rechute dépressive (N = 31) et le traitement habituel seul (N = 29) auprès de patients ayant un historique d'au moins trois rechutes dépressives. Cette étude démontre que la MBCT pourrait réduire les rechutes dépressives de 50 %. Leurs résultats démontrent également que chez les patients ayant reçu le traitement MBCT, la rechute avait lieu significativement plus tardivement comparativement à ceux ayant reçu le traitement habituel seul et qui rechutaient.

Une méta-analyse de Piet et Hougaard (2011) suggère que MBCT est efficace dans le traitement de la rechute dépressive. Dans cette étude, les chercheurs avaient sélectionné des études selon leurs qualités psychométriques (N = 6 études; 593 participants). Les résultats de la MBCT étaient significatifs avec une taille d'effet de 0,66 pour la MBCT comparativement aux traitements habituels (médication, psychothérapie individuelle ou autre) ou encore au placebo.

Enfin, certaines études récentes se sont également intéressées à l'efficacité de la MBCT dans le traitement des troubles bipolaires et ont également démontré une efficacité de cette intervention dans la prévention de la rechute thymique, dépressive et maniaque (Miklowitz et al., 2009; Mirabel-Sarron et al., 2012).

Sur les symptômes anxiodépressifs

Une grande quantité d'études, dont plusieurs méta-analyses, ont démontré des tailles d'effet de modérées à élevées pour les approches basées sur la pleine conscience dans le traitement des symptômes anxiodépressifs (Hofmann et al., 2010; Piet & Hougaard, 2011). Notamment, la méta-analyse de Khoury et al. (2013) s'intéresse aux tailles d'effet présentes dans la littérature (N = 209 études; 12 145 participants) afin d'évaluer l'efficacité des thérapies basées sur la pleine conscience. L'étude conclut que les IBPC constitueraient un traitement efficace pour plusieurs problématiques, plus spécifiquement en ce qui a trait à la diminution de l'anxiété, de la dépression et du stress. Les tailles d'effet associées aux traitements de l'anxiété (Hedge's $d = 0,91$) et de la dépression (Hedge's $d = 0,75$) sont de modérées à élevées. Enfin, dans leur méta-analyse (N = 39 études; 1140 participants), Hofmann et al. (2010) rapportent des tailles d'effet modérées de la MBSR et la MBCT pour le traitement de symptômes anxieux (Hedge's $d = 0,63$) et de l'humeur dépressive (Hedge's $d = 0,59$) au sein de différentes populations cliniques. Finalement, Chiesa et Serretti (2011), dans leur méta-analyse portant sur l'efficacité de la MBCT sur les patients psychiatriques (N = 20 études), démontrent que l'utilisation de la pleine conscience dans les traitements peut être efficace pour réduire les symptômes dépressifs résiduels chez des patients dépressifs médicamenteux et chez les patients présentant un trouble anxieux. En somme, nous pouvons constater une certaine efficacité des IPBC dans le traitement des problématiques anxieuses et dépressives.

Sur la santé psychologique de populations non-cliniques

En sus du traitement de symptomatologies anxieuse et dépressive, les IBPC permettraient aussi de promouvoir la santé psychologique en améliorant le bien-être subjectif. En ce sens, les IBPC seraient prometteuses auprès de populations non-cliniques. Elles permettraient d'améliorer la flexibilité psychologique, la capacité à être en pleine conscience et diminuerait la réactivité émotionnelle, variables associées à la santé psychologique (Ngô, 2013). Une méta-analyse de Grossman et al. (2004) soutient l'efficacité de la MBSR sur la santé psychologique en démontrant une taille d'effet modérées des IBPC sur la santé mentale en général ($d = 0,54$). Une revue des études empiriques menées par Keng et al. (2011) abonde également dans ce sens en démontrant plusieurs effets positifs des IBPC sur la santé psychologique (notamment une augmentation du bien-être subjectif et de la régulation comportementale, ainsi qu'une réduction des symptômes anxiodépressifs et de la réactivité émotionnelle). Une méta-analyse récente de Khoury, Sharma, Rush et Fournier (2015) s'intéressant à l'efficacité des IBPC pour la réduction du stress chez des individus n'ayant pas de diagnostic clinique ($N = 29$; 2668 participants), a démontré les effets positifs de ces interventions pour la réduction des symptômes anxiodépressifs. Les résultats des analyses pré et post-test suggèrent un effet modéré de l'intervention (Hedge's $g = 0,55$), dont un effet important de la pleine conscience sur le stress et un effet modéré sur les symptômes dépressifs et anxieux. Les chercheurs concluent que l'IBPC pour la réduction du stress serait efficace pour réduire les symptômes dépressifs, de stress, d'anxiété, de détresse, ainsi que pour améliorer la qualité de vie des individus n'ayant pas de diagnostic clinique. Enfin, en plus

d'avoir démontré une efficacité dans le traitement de symptômes psychologiques, les IBPC seraient aussi bénéfiques pour la santé physique (p. ex., amélioration des fonctions immunitaires, diminution de l'inflammation, etc.) (Ngô, 2013). En somme, ces interventions apparaissent comme des interventions prometteuses dans le traitement de diverses problématiques, mais aussi dans l'amélioration de la santé psychologique et physique.

L'efficacité des IBPC chez les étudiants universitaires

La présente section traitera des connaissances actuelles portant sur l'efficacité des IBPC auprès de la population d'étudiants universitaires, notamment dans le traitement de différentes symptomatologies, mais aussi dans l'amélioration de différents éléments associées à la santé psychologique et à l'apprentissage. Il sera enfin question de traiter de certaines variables décrites comme étant associées à la pleine conscience.

Sur les symptômes de stress et d'anxiété

Quelques études appuient l'efficacité des IBPC pour réduire les symptômes de stress et d'anxiété chez les étudiants universitaires. Notamment, une méta-analyse de Regehr, Glancy et Pitts (2013) (N = 24 études; 1431 participants) démontrent que les interventions qui seraient les plus efficaces en milieu universitaire pour réduire les symptômes de stress chez les étudiants seraient les interventions cognitives, comportementales et les IBPC.

Les études récentes de Dundas, Thorsheim, Hjeltnes et Binder (2016) menée auprès d'étudiants universitaires au baccalauréat et à la maîtrise (N = 46) et de Ramler, Tennison, Lynch et Murphy (2015) ont démontré des différences significatives dans le niveau de stress et d'anxiété entre le pré et le post test à la suite d'un programme MBSR. Dans leur étude, Ramler et al. démontraient une diminution du niveau de cortisol dans la salive lors du post-test, chez les participants ayant reçu l'intervention MBSR (N = 32). De Vibe et al. (2013) s'intéressaient aussi aux effets d'un programme de sept semaines de MBSR sur la détresse psychologique, le stress lié aux études, l'épuisement et le bien-être psychologique d'étudiants en médecine et en psychologie (N = 288). Ils mettent en évidence que la MBSR peut diminuer la détresse psychologique, le stress lié aux études et avoir un effet bénéfique sur le bien-être subjectif et les habiletés à la pleine conscience.

Une étude qualitative exploratoire de Hjeltnes, Binder, Moltu et Dundas (2015) menée à l'Université de Bergen en Norvège a investigué l'expérience subjective d'étudiants universitaires (N = 29) ayant participé à un programme de huit semaines de MBSR ayant pour objectif de réduire le stress associé aux évaluations académiques. Cinq grandes thématiques ressortaient des analyses quant à l'expérience des participants suite à leur participation. Notamment, le programme aurait permis à plusieurs étudiants : (1) de trouver une plus grande source de calme; (2) de partager une expérience humaine; (3) d'améliorer la concentration; (4) de développer la curiosité; et (5) d'améliorer l'acceptation de soi.

Enfin, l'étude de Murphy (2006) menée à l'Université du Massachusetts met aussi en évidence des effets bénéfiques de la méditation sur l'anxiété chez les étudiants universitaires. Dans l'étude, les chercheurs ont observé les effets d'un programme de type MBSR de huit semaines chez des étudiants universitaires à l'aide d'un journal tenu par les participants. En plus des effets au niveau du stress et de l'anxiété, les participants rapportaient également une amélioration de l'humeur et une plus grande satisfaction face à leur vie. Les chercheurs ont conclu que le programme s'avèrerait pertinent pour les étudiants qui souffrent de stress et d'anxiété. Finalement, dans une étude récente de Lestage et Xu (2016), les chercheurs comparent les effets de trois groupes d'intervention (Tai-chi Chuan, Pleine conscience et Contrôle) sur plusieurs aspects de la santé psychologique d'étudiants universitaires ($N = 33$). Les résultats de l'étude démontrent certains effets bénéfiques de la pratique de la pleine conscience sur les symptômes de stress ($r = 0,759$; $p = 0,011$) et d'anxiété ($r = 0,619$; $p = 0,056$) d'étudiants universitaires. Ces résultats seraient plus élevés que ceux du groupe contrôle et équivalents à ceux du groupe Tai Chi Chuan. Ils mettent également en évidence des effets bénéfiques individuels de l'intervention proportionnellement liés à la pratique de la pleine conscience à la maison par les participants.

Sur l'amélioration du bien-être

Une étude de Bergen-Cico, Possemato et Cheon, (2013) s'intéressant aux effets potentiels d'un court programme MBSR (5 semaines) sur la santé psychologique d'une population non-clinique d'étudiants met en évidence des effets significatifs de l'IBPC sur

la santé psychologique des étudiants. Notamment, les étudiants ayant bénéficié de ce programme (N = 72) rapportaient des améliorations sur le plan de la compassion pour soi, de la capacité à « être en pleine conscience », de l'acceptation des émotions et des capacités d'observation. Les chercheurs décrivent que le fait de cultiver ces caractéristiques positives tendraient à agir comme facteur de protection contre la détresse psychologique et favoriserait ainsi la santé psychologique des étudiants. Les résultats montrent également une diminution de la détresse psychologique à la suite de l'intervention (Bergen-Cico et al., 2013).

Enfin, une étude qualitative échelonnée sur quatre ans de Schure, Christopher et Christopher (2008) s'est intéressée aux effets de l'enseignement du yoga, de la méditation de pleine conscience et du qi gong sur la santé physique et psychologique d'étudiants. Dans cette étude, les étudiants participaient à un cours de 15 semaines ayant pour but de les familiariser avec la pratique de la pleine conscience. Dans le cadre du cours, les étudiants étaient amenés à suivre un programme MBSR. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire comportant des questions ouvertes sur les effets du cours. Les résultats des analyses qualitatives suggèrent une amélioration du bien-être physique, émotionnel et de la qualité des interactions sociales, une plus grande connexion à la spiritualité, ainsi qu'une plus grande capacité d'attention chez la majorité des participants à la suite de la participation au cours.

Sur les capacités attentionnelles

Une étude récente menée par De Bruin, Meppelink et Bögels (2015) met en évidence la pertinence d'une IBPC sur le plan des capacités attentionnelles chez des étudiants universitaires de l'Université d'Amsterdam. Une autre étude récente de Ching, Kuo, Tsai et Chen, (2015) s'intéresse aux effets d'un cours de méditation de pleine conscience (12 séances) sur les capacités d'apprentissage d'étudiants universitaires. Les chercheurs comparent deux groupes d'étudiants universitaires répartis aléatoirement : un groupe expérimental (N = 152) et contrôle (N = 130), utilisant un devis pré/post. Les résultats démontrent qu'un entraînement à la pleine conscience pouvait améliorer les capacités d'apprentissage, particulièrement en ce qui a trait aux aspects cognitifs de l'attention et de la mémoire chez des étudiants universitaires.

Sur la motivation scolaire

Certaines études récentes démontrent également un effet de la pleine conscience sur la motivation scolaire des étudiants collégiaux et universitaires. Dans le cadre d'une étude corrélationnelle menée par Moran, Blanchard et Perreault (2014), les chercheurs ont étudié les facteurs liés à la motivation des étudiants à l'aide de questionnaires, dont le *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (Baum et al., 2010) pour mesurer les capacités à être en pleine conscience chez des étudiants. L'étude (N = 585) met en évidence la pleine conscience comme étant un facteur significativement relié ($r = 0,306$) à la motivation scolaire chez les étudiants universitaires.

Bien que les résultats de plusieurs études démontrent une efficacité des IBPC, les études demeurent peu nombreuses quant aux ingrédients actifs de la pleine conscience. Certaines études commencent à s'intéresser aux mécanismes d'action de la pleine conscience, afin de mieux comprendre comment agit la pleine conscience sur la santé psychologique. La présente étude, notamment, en plus de s'intéresser aux effets d'une IBPC sur les symptômes anxiodépressifs d'étudiants universitaires, investigate les variables se rapportant à des processus reliés à la pleine conscience.

Les processus associés à la pleine conscience

L'étude des processus sous-tendant l'efficacité thérapeutique de l'approche est essentielle pour la compréhension des facteurs influençant son efficacité dans le traitement de psychopathologies. Une meilleure compréhension des « mécanismes d'action » ou « processus de changement » associé à la pleine conscience (Heeren & Kotsou, 2011) permet l'amélioration des IBPC de façon spécifique pour optimiser leurs bénéfices sur la symptomatologie (Deplus, Lahaye, & Philippot, 2014). Dans la littérature, certaines variables sont décrites comme pouvant être des processus de changement associé à la pleine conscience, notamment la pleine conscience, la décentration, l'acceptation émotionnelle, les ruminations et la compassion pour soi.

L'habileté à être en pleine conscience

L'habileté à être en pleine conscience constituerait un processus de changement lié à la pleine conscience. Certains vont même jusqu'à caractériser cette habileté comme étant

un trait de personnalité, soit « la tendance à demeurer dans la pleine conscience quotidiennement » (Ngô, 2013). En effet, tel que mis en évidence par Keng et al. (2011), la capacité à être en pleine conscience (ou trait de pleine conscience) serait directement associée à la santé psychologique. Dans leur méta-analyse des effets de la pleine conscience, les chercheurs soulignent ce lien en démontrant que la pleine conscience améliorerait le bien-être, réduirait les symptômes psychologiques et la réactivité émotionnelle. Ainsi, la pleine conscience favoriserait une saine adaptation psychologique. Inversement, selon les chercheurs, un niveau bas de pleine conscience serait associé à diverses problématiques psychologiques.

La méta-analyse de Gu, Strauss, Bond et Cavanagh (2015) aborde aussi le mécanisme de *la pleine conscience* comme étant un médiateur possible des effets de la pleine conscience sur la santé psychologique. Plus précisément, les résultats de leur méta-analyse dégagent deux études démontrant une médiation significative entre l'habileté à être en pleine conscience et la réduction des symptômes dépressifs à la suite d'un programme MBCT. Enfin, Carmody et Baer (2008) soulignent la relation entre le niveau de pleine conscience et des effets de la pleine conscience sur la santé psychologique (réduction de symptômes et amélioration du bien-être). Leur étude (N = 174) s'intéresse à la relation entre la pratique de la pleine conscience, le niveau de pleine conscience, les symptômes physiques et psychologiques ainsi que le bien-être et démontre une relation de médiation entre la diminution des symptômes psychologiques en lien avec la pratique de la pleine conscience et l'augmentation de l'habileté à être en pleine conscience. Kuyken et

al. (2010) trouvent des résultats similaires en mettant en évidence un lien de médiation entre la capacité à être en pleine conscience et les effets bénéfiques du programme MBCT sur les symptômes dépressifs chez 123 patients dépressifs récurrent.

La défusion

La défusion ou *décentration* est un concept désignant la capacité à se décentrer (ou distancer) de ses pensées et émotions (Baer, 2003; Gecht et al., 2014; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Cette habileté a particulièrement été soulignée par le courant des thérapies basées sur l'acceptation et l'engagement (ACT) afin de favoriser la santé psychologique (Gecht et al., 2014; Hayes et al., 2012). Quelques études mettent en évidence cette habileté comme étant intimement liée à la pleine conscience (Gecht et al., 2014; Hargus, Crane, Barnhofer, & Williams, 2010; Teasdale et al., 2000). D'ailleurs, plusieurs études discutent de ce concept comme constituant un mécanisme médiateur des résultats thérapeutiques de la pleine conscience (Alsubaie et al., 2017; Baer, 2003; Gecht et al., 2014;). Notamment, la revue systématique récente de Alsubaie et al. (2017) portant sur les mécanismes d'action de la MBCT et de la MBSR (N = 18) démontre un lien entre la décentration engendrée par les programmes d'IBPC et la santé psychologique.

Gecht et al. (2014) démontrent également un lien de médiation de la décentration dans la relation entre la pleine conscience et la réduction des symptômes dépressifs auprès de 495 étudiants universitaires. Enfin, l'étude de Hargus et al. (2010) s'intéresse aux effets de la pleine conscience sur le plan de la capacité à se décentrer et à la description de

l'expérience des symptômes avant-coureurs de la crise dépressive suicidaire. L'étude illustre un effet d'un programme MBCT sur l'augmentation de la conscience métacognitive, ou *décentration*, ainsi que le lien médiateur entre cette capacité et la santé psychologique.

L'acceptation émotionnelle

Certaines études récentes discutent du processus de l'acceptation émotionnelle dans l'efficacité de la pleine conscience. *L'acceptation émotionnelle* (ou acceptation expérientielle) se caractérise par une attitude réceptive, flexible et ouverte face à ses pensées et ses émotions (Hayes et al., 2012). Ce mécanisme agirait aussi comme médiateur sur la santé psychologique selon certaines études. Notamment, dans une méta-analyse récente de Gu et al. (2015) (23 études) les auteurs traitent des mécanismes médiateurs des effets de la pleine conscience et aborde le concept de flexibilité psychologique comme étant un mécanisme médiateur de l'effet pleine conscience sur la santé psychologique (Gu et al., 2015). La méta-analyse met en évidence deux études ayant obtenu des analyses de médiation significatives entre la flexibilité psychologique et la santé psychologique à la suite d'interventions basées sur la pleine conscience.

Les ruminations

Le mécanisme de la rumination constitue un type de pensée répétitive (Watkins, 2004) et serait un facteur de risque pour les troubles psychologiques (Ehring & Watkins, 2008). Certains auteurs décrivent ce type de pensées répétitives comme tournant autour

d'un thème instrumental commun et se reproduisant en l'absence de demandes environnementales immédiates exigeant la pensée (Martin & Tesser, 1996). Ces pensées répétitives se catégoriseraient en deux types : soit les ruminations concrètes expérientielles (PCE), dites « constructives », et les ruminations abstraites analytiques (PAA), dites « non-constructives ».

Certains auteurs discutent de la réduction des ruminations, (entretenant l'affectivité négative) comme étant un mécanisme sous-tendant l'efficacité des IBPC sur la santé psychologique (Alsubaie et al., 2017; Gu et al., 2015; Heeren & Philippot; 2010; Jain et al., 2007; Ngô, 2013; Teasdale, Segal, & Williams, 1995). La revue systématique récente d'Alsubaie et al. (2017) met en évidence deux études portant sur les mécanismes d'action des IBPC et démontrant un lien de médiation entre la diminution de la rumination et la diminution de symptômes dépressifs engendrée par le programme d'IBPC. Une autre étude de Watkins (2004) comporte des résultats similaires en démontrant un lien de médiation entre la pleine conscience, les ruminations mentales et la santé psychologique.

La compassion pour soi

La compassion pour soi est un concept mis en évidence dans la littérature actuelle et démontre une forte relation avec la pleine conscience (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; Neff, 2011; Shapiro, Astin, Bishop, & Cordova, 2005). La compassion pour soi se définit par trois composantes, soit par la gentillesse envers soi-même, la reconnaissance de son humanité et la pleine conscience (Neff, 2011). En plus de

démontrer un lien avec la compassion pour soi et la pleine conscience, les recherches actuelles discutent d'une relation entre la compassion pour soi et la régulation des émotions (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Certains auteurs suggèrent que c'est en agissant sur la régulation émotionnelle que la compassion pour soi tendrait à améliorer la santé psychologique (Leary, Tate, Adams, Batts Allen, & Hancock, 2007). La compassion pour soi constituerait un autre mécanisme d'action sous-tendant l'efficacité thérapeutique de la pleine conscience selon plusieurs auteurs (Gu et al., 2015; Van Dam, Hobkirk, Sheppard, Aviles-Andrews, & Earleywine, 2014). Notamment, Van Dam et al. (2014) mettent en évidence la relation entre la pleine conscience et la compassion pour soi dans leur étude portant sur les mécanismes d'action de la pleine conscience (N = 58). Plus précisément, les chercheurs effectuent différentes mesures pré-test/post-test auprès de deux groupes de personnes présentant des symptômes anxiodépressifs; soit un groupe recevant le traitement, (N = 38) et un groupe contrôle (N = 18). Les résultats de leur étude démontrent un lien significatif entre l'entraînement à la pleine conscience et deux composantes de la compassion pour soi : la bienveillance envers soi-même et la reconnaissance de son humanité.

Dans leur méta-analyse, Gu et al. (2015) (N = 20) discutent de la relation entre la compassion pour soi et la pleine conscience. Les chercheurs démontrent même un lien de médiation entre le mécanisme de la compassion pour soi et les effets d'un IBPC sur la santé psychologique. Enfin, l'étude de Kuyken et al. (2010) avance des idées similaires, dans leur étude portant sur les mécanismes d'action du programme MBCT (N = 123).

Dans leur étude, les chercheurs concluent que les effets du MBCT sur la réduction des symptômes dépressifs seraient dû, entre autres, au mécanisme de la compassion pour soi. Les chercheurs, tout comme Gu et al. (2015), avaient effectué des analyses de médiation entre les effets d'un programme MBCT et les variables de la pleine conscience et de la compassion pour soi. Le programme MBCT fut offert à une clientèle d'individus à risque de rechute dépressive.

Une étude récente de Scheibner, Daniels, Guendelman et BERPohl (2017) s'intéressant au traitement de la symptomatologie liée au trouble de la personnalité limite met aussi en évidence la compassion pour soi comme médiateur de l'effet de la pleine conscience. Dans leur étude, les chercheurs vérifiaient le lien de médiation entre la compassion pour soi et les effets bénéfiques de la pleine conscience, autant chez une clientèle d'individus atteints d'un trouble de la personnalité limite que chez un autre échantillon de la population générale. Chez les deux populations, l'étude démontrait un lien entre la compassion pour soi et la pleine conscience et ses effets bénéfiques. Une autre étude récente de Bergen-Cico et Cheon (2014) illustre des résultats similaires, en démontrant l'effet médiateur de la compassion pour soi dans la réduction du trait anxieux, associée à la santé psychologique. Finalement, Birnie, Speca et Carlson (2010) démontrent des résultats similaires en mettant en lumière un lien entre la pleine conscience et la compassion pour soi, dans leur étude s'intéressant aux effets d'un programme MBSR sur la compassion pour soi et l'empathie.

L'étude présentée dans cet essai investigate les processus de changement liés aux IBPC en vérifiant les liens entre l'intervention basée sur la pleine conscience et quatre concepts (l'habileté à être en pleine conscience, dont les cinq facettes de la pleine conscience, les ruminations, la fusion cognitive et l'évitement expérientiel) considérés comme étant des « variables de processus liées à la pleine conscience » dans la littérature. Comme encore peu d'études ont été réalisées pour investiguer les processus d'action liés à la pleine conscience, la présente vient ajouter aux connaissances actuelles relatives aux processus liés à la pleine conscience.

Les limites des recherches actuelles

Malgré plusieurs études menées sur l'efficacité de la pleine conscience, la littérature actuelle comporte encore certaines limites. C'est le cas notamment pour les études ayant portées sur les thématiques spécifiques de l'efficacité de la pleine conscience auprès de populations non-cliniques et sur les processus liés à la pleine conscience. La section qui suit abordera ces limites, mettant en évidence la pertinence de l'étude dont il est question dans cet essai.

Relatives à l'efficacité de la pleine conscience sur la santé psychologique

Bien que plusieurs études aient porté sur l'efficacité de la pleine conscience, la plupart des études se sont adressées à des populations cliniques, soit comportant un trouble psychologique. Mais qu'en est-il de son efficacité auprès d'individus ne souffrant pas d'un trouble ou de symptômes cliniques, sur le plan notamment de l'amélioration de la santé

psychologique? Certaines recherches se sont intéressées aux effets des IBPC sur l'amélioration de la santé psychologique de populations non-cliniques, en démontrant des résultats prometteurs (Grégoire, Baron, & Baron, 2012). Notamment, des études récentes auraient démontré que la MBSR pourrait réduire les symptômes de stress chez des professionnels de la santé, des infirmières, des thérapeutes en formation et des étudiants universitaires (Grégoire et al., 2012). Certaines études ont aussi démontré des effets de la pleine conscience sur l'amélioration du bien-être subjectif de populations non-cliniques. La recherche sur le sujet, étant encore à ses débuts, bénéficierait de d'autres études, notamment en ce qui a trait à l'apport de la pleine conscience sur le plan de l'amélioration du bien-être psychologique de populations non-cliniques, particulièrement la population étudiante.

D'autre part, la plupart des études existantes sur le sujet, comportent certaines limites, tels que le manque d'études se déroulant en milieu naturel, l'absence de mesures de relance et le manque de différentes mesures liées à la santé psychologique (p. ex., les ruminations, le stress et l'humeur, la détresse psychologique, etc.). Ces éléments limitent la validité des études actuelles.

Comprendre les mécanismes sous-tendant l'efficacité de la pleine conscience est essentiel, afin de mieux adapter les interventions basées sur cette approche (Deplus et al., 2014; Gu et al., 2015; Kazdin, 2007). Bien que de plus en plus d'études s'intéressent à la compréhension des processus sous-tendant l'efficacité de la pleine conscience, la

recherche sur le sujet demeure encore à ses débuts et doit se poursuivre (Deplus et al., 2014; Gu et al., 2015). À l'exception de la méta-analyse de Gu et al. (2015), il n'y aurait pas d'autre étude connue s'intéressant aux études portant sur les variables de processus liées à la pleine conscience, illustrant le manque d'études sur le sujet. Enfin, peu d'études se sont intéressées aux effets des IBPC sur la capacité à être en pleine conscience, apparaissant comme une variable intimement liée à la santé psychologique et nécessitant alors qu'on s'y attarde particulièrement.

En somme, la littérature antérieure et actuelle suggère la pertinence de l'utilisation des IBPC. Ces programmes thérapeutiques seraient efficaces dans le traitement de problématiques cliniques (soit auprès de populations cliniques), notamment les problématiques anxieuses et dépressives, mais aussi dans l'amélioration du bien-être (auprès de populations non-cliniques). Ces résultats sous-tendent la pertinence d'utiliser la pleine conscience auprès d'étudiants universitaires, considérés comme une population non-clinique. Nous pouvons le constater à travers certaines études qui s'intéressent à des populations non-cliniques, tels que les étudiants universitaires. Toutefois, ces études comportent certaines limites et peu ont été réalisées en milieu naturel, soit dans les universités.

Objectifs et retombées scientifiques

L'objectif de cet essai consiste à évaluer les effets d'une intervention basée sur la pleine conscience auprès d'une population non-clinique d'étudiants universitaires sur les

symptômes anxiodépressifs et sur certains processus liés à la pleine conscience. Plus précisément, le présent essai étudie les effets du programme sur certaines variables « de processus » généralement associées à la pleine conscience (l'habileté à être en pleine conscience, la fusion cognitive, l'évitement expérientiel et les ruminations).

Cet essai comporterait certaines retombées scientifiques. En effet, il permettrait dans un premier temps de vérifier les idées actuelles quant aux effets positifs de la pleine conscience auprès de populations non-cliniques et permettrait une meilleure compréhension de cette efficacité (en explorant les processus de changement). Ce faisant, il vérifierait la pertinence d'utiliser des programmes d'IBPC dans les universités et de favoriser leur implantation à plus long terme, comme il s'agit de programmes qui commencent à émerger dans les universités. Dans un deuxième temps, il tiendrait sa pertinence en regard de son apport aux connaissances actuelles relatives aux interventions pouvant améliorer la santé psychologique de populations non-cliniques, mais aussi aux processus liés à la pleine conscience, deux sujets en plein essor et nécessitant d'être approfondis.

Les deux objectifs de cette étude sont : (1) d'évaluer les effets d'une IPBC (le programme « Être étudiant en pleine conscience ») sur les symptômes anxiodépressifs d'étudiants universitaires; et (2) de vérifier l'effet de l'intervention sur plusieurs variables de processus reliée au champ des IBPC. En lien avec ces deux objectifs, il est attendu que (1) les symptômes anxieux et dépressifs diminuent de façon significative au post-test,

comparativement au pré-test. Dans un deuxième temps, il est attendu que (2) l'*habileté à être en pleine conscience*, l'*évitement expérientiel*, la *fusion cognitive* et les *ruminations* de type « constructives » (pensées concrètes expérientielles) augmentent significativement au post-test et que la variable des *ruminations* de type « non-constructives » (pensées abstraites analytiques) diminuent de façon significative au post-test en comparaison au pré-test. Les résultats de cette étude permettront d'obtenir des données préliminaires quant à la pertinence du programme « Être étudiant en pleine conscience » et de favoriser l'implantation à plus long terme du programme.

Méthode

La présente section abordera la méthodologie de l'étude, soit l'échantillon, les différentes mesures effectuées, les instruments de mesures utilisés, ainsi que les résultats de l'étude.

Participants

L'échantillon est composé de 24 étudiants (8 hommes/16 femmes, moyenne d'âge = 26,1; écart type = 5,8) ayant participé au programme « Être étudiant en pleine conscience » répartis dans deux cohortes aux trimestres d'automne 2015 et d'hiver 2016. Ces étudiants universitaires présentaient des symptômes de stress et d'anxiété dépistés lors d'une entrevue d'évaluation psychologique au Centre d'aide aux Étudiants. Pour participer au programme, les étudiants devaient au préalable : (1) avoir un suivi psychothérapeutique en individuel au Centre d'aide aux Étudiants ou avoir fait une demande de services; et (2) ne pas remplir les critères d'un trouble psychologique qui pourrait interférer dans le processus de groupe qui sera entrepris. Un entretien d'évaluation psychologique initial a été effectué par les psychologues du Centre d'Aide aux Étudiants auprès de chaque participant, afin de s'assurer qu'ils ne présentent pas de détresse psychologique en lien avec un diagnostic clinique selon les critères du DSM-V.

Mesures

Afin de mesurer les variables à l'étude, des questionnaires auto-rapportés ont été utilisés.

Symptômes anxiodépressifs

L'Échelle de Dépression, d'Anxiété et Stress (*Dépression Anxiety & Stress Scale* [DASS-21]; Lovibond & Lovibond, 1995) mesure les symptômes anxiodépressifs (soit trois échelles : le stress, l'anxiété et la dépression). La version courte en français du DASS comporte 21 items s'évaluant à l'aide d'une échelle de Likert allant de 0 à 3. Ce questionnaire auto-rapporté mesure la détresse émotionnelle selon 3 dimensions, soit (1) la dépression, mesurant le désespoir, la faible estime de soi, et les faibles affects positifs; (2) l'anxiété, évaluant l'hyperexcitation physiologique, les symptômes musculosquelettiques, l'anxiété situationnelle et l'expérience subjective de l'excitation anxieuse; et (3) l'ampleur du stress qui évalue la tension, l'agitation et l'affect négatif. Les scores aux trois échelles peuvent être chacun interprétés : *normal* (0-4); *léger* (5-6); *modéré* (7-10); *sévère* (11-13); *très sévère* (14+) (Lovibond & Lovibond, 1995). La validité structurelle de la version courte anglophone du DASS-21 a été mise en évidence par Henry et Crawford (2005). Dans leur étude, les chercheurs avaient administré le DASS-21 à une population non-clinique, représentative de la population générale (N = 1794) et avaient conclu que la version brève du DASS pouvaient mesurer de façon valide les dimensions de l'anxiété, la dépression et le stress. Une validation récente de la version employée dans cette étude, soit la version francophone (la DASS-21) par

Ramasawmy, Hicks et Gilles (2015) (N = 1002), a aussi démontré une bonne consistance interne (α de Cronbach de 0,89 et 0,91).

Les ruminations

Le mini-CERTS mesure les ruminations (Douilliez et al., 2014) et il est composé de 16 items se répondant à l'aide d'une échelle de Likert de 1 à 4. Cet instrument évalue deux dimensions des ruminations : la pensée concrète expérientielle : une forme constructive de rumination et la pensée abstraite analytique: un type non-constructif de rumination. Le score obtenu est interprété différemment selon le type de ruminations dont il est question. Notamment, un score élevé à l'échelle des pensées analytiques abstraites réfère à un niveau élevé de ce type de ruminations. La même interprétation s'applique pour le type de rumination concrète expérientielle. La consistance interne du Mini-CERTS est jugée comme acceptable, avec un coefficient de Cronbach de 0,75 pour la dimension PAA (dimension « pensée abstraite analytique ») et de 0,77 pour la dimension PCE (pensée concrète expérientielle) (Douilliez et al., 2014). De plus, les items liés à la dimension PAA étaient significativement corrélés négativement aux items liés à la dimension PCE ($r = -0,28, p < 0,001$) (Douilliez et al., 2014).

Habilité à être en pleine conscience

Le *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al., 2006) est un outil de 39 items mesurant l'habileté à être en pleine conscience (ou le niveau de pleine conscience). Ce questionnaire mesure les cinq facettes de la pleine conscience :

l'observation, la description, le non-jugement, la non-réactivité et l'action en pleine conscience. Les items sont évalués selon une échelle de Likert allant de 1 à 5 (*jamais à presque toujours*). Cet outil serait actuellement l'un des questionnaires empiriquement validés les plus utilisés pour mesurer l'*habileté à être en pleine conscience* (Heeren, Douilliez, Peschard, Debrauwere, & Philippot, 2011). Plus le score obtenu lors de la passation est élevé, plus l'habileté à être en pleine conscience l'est. Dans cette étude, nous avons utilisé la version française du FFMQ, ayant été validée par des analyses factorielles confirmatoires auprès de 214 étudiants universitaires lors de l'étude de Heeren et al. (2011) qui portait sur la validation et l'adaptation transculturelle du FFMQ à une population francophone. Lors de cette étude, les chercheurs ont conclu que la version française du FFMQ comportait de bonnes propriétés psychométriques et une validité structurale semblable à la version originale (Heeren et al., 2011). Le coefficient de Cronbach de cet instrument de mesure serait supérieur à 0,75, ce qui suggère une bonne consistance interne.

L'évitement expérientiel (ou flexibilité psychologique)

Le questionnaire sur l'acceptation et l'engagement dans l'action (AAQ-II; Monestès, Villatte, Mouras, Loas, & Bond, 2009) est un outil composé de 7 items qui évaluent la flexibilité psychologique (ou l'évitement expérientiel), c'est-à-dire « la capacité à persévérer dans une conduite ou à modifier son comportement en fonction de son utilité » (Monestès et al., 2009, p. 302). Ce concept serait largement associé à la santé psychologique et constitue l'élément sur lequel s'appuie la Thérapie d'acceptation et

d'engagement (Hayes et al., 2012). L'AAQ-II mesure le concept de flexibilité psychologique, particulièrement en évaluant les dimensions de l'acceptation et de l'action. Un score élevé à ce questionnaire réfère à un niveau élevé *d'évitement expérientiel*. La validation française du questionnaire original posséderait de bonnes propriétés psychométriques, notamment une bonne consistance interne (avec un alpha de Cronbach se situant entre 0,76 et 0,82), une bonne fiabilité test-retest, ainsi qu'une validité concurrente et de construit adéquate (Monestès et al., 2009).

La fusion cognitive

Le questionnaire sur la fusion cognitive (CFQ; Dionne et al., 2016) est un instrument composé de 7 items s'évaluant à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 à 4 et ayant pour objectif de mesurer le concept de *fusion cognitive*. Cet instrument est issu du modèle thérapeutique de l'ACT, (Thérapie d'Acceptation et d'Engagement) et a été traduit et validé en français par Dionne et al. (2016). Dans le modèle ACT (Hayes, 2004), la fusion cognitive est définie comme « une domination excessive des événements verbaux ou cognitifs sur le comportement, en comparaison à d'autres sources d'influence comportementale » (Dionne et al., 2016, p. 3) et s'opérationnalise à travers plusieurs éléments (Gillanders et al., 2014). Plus le score à ce questionnaire est élevé, plus le niveau de fusion cognitive chez l'individu l'est. Lors de la validation française du CFQ (Dionne et al., 2016), les chercheurs ont mis en évidence de bonnes propriétés psychométriques, dont une cohérence interne jugée « excellente » (coefficient de Cronbach se situant entre 0,93 et 0,94), ainsi que les validités concurrente et convergente de l'instrument.

Procédure

Les participants ont été recrutés sur une base volontaire parmi les étudiants s'étant inscrit au programme « Être étudiant en pleine conscience » et désirant participer à l'étude. Le programme d'intervention comportait huit rencontres hebdomadaires (voir Figure 1) de deux heures et demie, dont le contenu est basé sur le programme MBCT et était animé par deux psychologues du Centre d'aide aux étudiants. Chaque rencontre comportait donc des séances de méditation pleine conscience combinées à des retours en groupes sur les exercices, de la psychoéducation, ainsi que certains éléments de thérapie cognitive et comportementale de 3e vague, basée sur l'acceptation et la pleine conscience. Des thématiques liées à la pleine conscience furent traitées à chaque rencontre afin d'expliquer concrètement le concept de la pleine conscience (voir Figure 1), par exemple le pilote automatique versus la pleine conscience, les obstacles à la pleine conscience, la conscience des sensations, pensées et émotions émanants dans l'instant présent, etc. Dans le cadre du programme, les participants étaient fortement encouragés à pratiquer la méditation pleine conscience entre les séances, à tous les jours. Au pré-test (avant le début de l'intervention), les participants ont rempli les questionnaires sur place, soit à l'Université Laval. Au moment du post-test (lors de la semaine suivant la dernière séance d'intervention), les participants remplissaient les questionnaires à la maison et les remettaient aux intervenants lors d'une rencontre bilan. Le temps total de passation des questionnaires est estimé à 25 minutes. Enfin, une certification éthique a été émise par le comité de la recherche de l'UQTR aux chercheurs, afin de pouvoir effectuer une utilisation secondaire des données recueillies à des fins de recherches.

Séance 1.	⇒	Le pilote automatique
Séance 2.	⇒	Gérer les obstacles
Séance 3.	⇒	Conscience de la respiration
Séance 4.	⇒	Rester présent
Séance 5.	⇒	Permettre/Lâcher prise
Séance 6.	⇒	Les pensées ne sont pas des faits
Séance 7.	⇒	Utiliser ce qui a été appris dans le futur
Séance 8.	⇒	Retour sur le programme

Figure 1. Thème des séances du programme « Être étudiant en pleine conscience ».

Plan d'analyse des données

Des tests t (de Student) pour échantillons appariés ont été conduits afin de répondre à l'objectif d'évaluer les effets du programme. Avant d'effectuer les comparaisons de moyennes, les postulats de normalité des données pour chaque variable à l'étude et d'homogénéité des variances ont été vérifiés, à l'aide des tests de Shapiro-Wilk et d'homogénéité de Leven. Les résultats aux analyses de comparaison de moyennes ont ensuite été mis sous forme de tableaux, afin d'illustrer les changements observés du pré au post-test pour chaque variable. Enfin, les tailles d'effets pour chaque variable ont été calculées afin de vérifier la puissance statistique de chaque variable. Finalement, les seuils de signification utilisés sont de 0,01 et de 0,05. Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 22.

Résultats

La section suivante présentera les résultats de l'étude, variable par variable, selon les objectifs de l'étude. Le premier objectif de cette étude consiste à évaluer les effets d'une intervention IBPC sur les symptômes anxiodépressifs. Les résultats obtenus confirment l'hypothèse selon laquelle l'intervention engendre une diminution significative des symptômes anxiodépressifs, tel que mesuré par la DASS-21. D'abord, en comparant les scores moyens obtenus au DASS-21 au pré-test ($M = 27,45$; $ET = 12,36$) et au post-test ($M = 19,25$; $ET = 11,75$), il appert (voir Tableau 1) que le score de la moyenne au post-test diminue significativement ($d = 0,67$) comparativement au score au pré-test, à la variable « stress, anxiété et dépression » ($t(23) = 2,97$; $p < 0,01$). Cette diminution s'observe particulièrement aux sous-échelles « stress » ($t(23) = 2,07$; $p < 0,01$) et « dépression » ($t(23) = 3,08$; $p < 0,01$), indiquant que les participants auraient rapporté particulièrement une diminution de leur niveau de stress perçu et d'affectivité négative (dépression) après l'intervention.

Le second objectif de l'étude consiste à vérifier l'effet de l'intervention sur les variables de processus liées aux IBPC. Les hypothèses liées à cet objectif spécifient qu'il y a une différence significative à la suite de l'intervention sur les variables de processus (habileté à être en pleine conscience, évitement expérientiel, fusion et rumination) comparativement au pré-test. Les résultats aux analyses indiquent qu'il y a une différence significative entre le pré et le post-test pour les quatre variables, ce qui confirme

l'hypothèse pour ces variables. Notamment, pour la variable de l'habileté à être en pleine conscience (voir Tableau 1) où une différence significative entre le pré-test ($M = 99,00$; $ET = 14,59$) et le post-test ($M = 128,16$; $ET = 16,73$); ($t(23) = -7,62$; $p < 0,01$) est observée avec une taille d'effet de 1,85 (considérée comme élevée). Cela signifie que les participants ont rapporté une meilleure capacité à être en pleine conscience après le programme. L'effet de l'intervention sur chaque facette de la pleine conscience a aussi été investigué (voir Tableau 2). Il est possible de constater des différences significatives entre le pré-test et le post-test lors de la comparaison de moyennes aux cinq sous-échelles du FFMQ (soit le facteur observation ($t(23) = -5,70$; $p < 0,01$), le facteur description ($t(23) = -3,92$; $p < 0,01$), le facteur non-jugement ($t(23) = -5,94$; $p < 0,01$), le facteur non-réaction ($t(23) = -4,89$; $p < 0,01$) et le facteur action en pleine conscience ($t(23) = -5,99$; $p < 0,01$).

Ensuite, les résultats indiquent aussi une différence significative pour la variable de la fusion cognitive ($t(23) = 4,93$; $p < 0,01$), avec une taille d'effet considérée comme élevée ($d = 1,20$). Cela signifie que les participants ont également rapporté une meilleure capacité à se distancier des pensées (défusion) suite à l'intervention.

Les résultats démontrent également une différence significative au post-test pour la variable de l'évitement expérientiel (Acceptation et Action) ($t(23) = 4,23$; $p < 0,01$), avec une taille d'effet élevée ($d = 0,82$). Ce résultat réfère à une plus grande capacité à l'acceptation émotionnelle après l'intervention.

Tableau 1

Comparatif des moyennes et des écarts types pour chacune des variables étudiées

Variables	Pré-test		Post-test		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	
FFMQ	99,00	14,59	128,16	16,73	-7,63**
AAQ	32,45	7,59	25,87	8,31	4,23**
CFQ	34,20	5,71	26,70	6,69	4,93**
Stress	7,66	5,98	5,33	4,17	2,00*
Dépression	11,54	4,18	8,16	4,48	3,08**
Anxiété	18,73	2,47	23,04	3,63	-5,01**
DASS-21	27,45	12,36	19,25	11,75	2,97**
PAA	25,04	4,63	21,54	3,88	3,66**
PCE	14,87	3,13	16,95	3,16	2,83**
Rumination	40,20	6,44	38,95	5,61	1,09

Note. FFMQ = Niveau de pleine conscience; AAQ = Évitement expérientiel; CFQ = Fusion cognitive; DASS-21 = Stress, Anxiété, Dépression; PAA = Pensées abstraites analytiques; PCE = Pensées concrètes expérientielles;

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Tableau 2

Comparatif des moyennes et des écarts types pour les cinq facettes de la pleine conscience

Variables	Pré-test		Post-test		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	
Observation	20,70	4,38	27,00	4,38	-5,70**
Action	18,79	5,13	24,33	4,41	-5,99**
Non-jugement	19,63	5,50	27,37	5,81	-5,94**
Description	24,54	4,67	27,95	3,99	-3,92**
Non-réaction	15,33	4,32	21,08	5,12	-4,98**

Note. ** $p < 0,01$.

Enfin, il est possible de constater une différence significative entre le pré et le post-test pour la variable des ruminations. Tel qu'attendue, nous observons une augmentation significative des pensées expérientielles concrètes (PCE), ($t(23) = -2,827$; $p < 0,01$); ($d = 0,66$) considérées comme un type de ruminations « constructif » et une diminution significatives des pensées analytiques abstraites (PAA), soit des ruminations de type « non-constructif » ($t(23) = 3,656$; $p < 0,01$); ($d = 0,81$). Ces différences indiquent que les participants ont présenté une diminution de leurs ruminations non-constructives et une augmentation des ruminations de type « constructif » après le programme, avec des tailles d'effet allant de *modéré* à *élevé* (voir Tableau 3). Ces résultats iraient dans le même sens que la plupart des études actuelles et antérieures.

Tableau 3
Taille d'effet pour chaque variable

Variables	Taille d'effet	
	<i>d</i> de Cohen	Interprétation*
Symptôme anxiodépressif (DASS-21)	0,67	Modérée
Habilité à être en pleine conscience (FFMQ)	1,85	Élevée
Fusion (CFQ)	1,20	Élevée
Évitement expérientiel (AAQ-II)	0,82	Élevée
Ruminations constructives (Mini-Cert)	0,66	Modérée
Ruminations non-constructives (Mini-Cert)	0,81	Élevée

Note. *Selon Cohen.

Discussion

La santé psychologique des étudiants universitaires demeure un sujet préoccupant en regard des études démontrant une vulnérabilité particulière chez cette population sur ce plan. La présente étude s'intéressait aux effets d'une IBPC afin d'améliorer la santé psychologique des étudiants universitaires, particulièrement sur le plan des symptômes anxiodépressifs. Elle s'intéressait dans un deuxième temps à vérifier les effets de l'intervention sur les processus liés à la pleine conscience. Les résultats de la présente étude confirment les deux hypothèses de départ. Ils mettent en évidence des effets du programme « Être étudiant en pleine conscience », soit une diminution significative des symptômes anxiodépressifs, une augmentation de l'habileté à être en pleine conscience, dont une augmentation significative des cinq facettes de la pleine conscience et des ruminations de type « constructif », une diminution de l'évitement expérientiel (acceptation et engagement dans l'action), de la fusion cognitive et des ruminations de type « non-constructif ».

Dans la prochaine section, il sera question de discuter des différents résultats de l'étude en comparaison avec les résultats des études actuelles.

Effet sur les symptômes anxiodépressifs. Les résultats en lien avec la première hypothèse confirment ce qui était attendu et appuient plusieurs études mettant en évidence des résultats similaires auprès de la population d'étudiants universitaires. Notamment,

Hindman, Glass, Anrkoff et Maron (2015) démontrent qu'en comparaison à un groupe contrôle, les étudiants universitaires ayant participé à un programme d'IBPC rapportaient une diminution des symptômes anxiodépressifs, des ruminations, des inquiétudes, parallèlement à une augmentation de leurs capacités à être en pleine conscience. L'étude de Shapiro, Brown et Biegel (2007) va aussi dans ce sens, mettant en évidence une diminution des symptômes anxiodépressifs chez des étudiants universitaires à la suite d'un programme d'IBPC offert à des étudiants dans le domaine de la santé. Les études récentes de Lestage et Xu (2016) et Ramler et al. (2015) démontrent tous deux des effets bénéfiques d'un programme MBSR sur la réduction du stress chez des étudiants universitaires.

En somme, à partir des données préliminaires recueillies et de la littérature actuelle, l'utilisation de programmes basés sur la pleine conscience semble être une option prometteuse pour améliorer la santé psychologique des étudiants universitaires (Martineau et al., 2017). Pour expliquer ces effets, il se pourrait que ce soit en agissant sur certaines variables de processus qui sont des précurseurs de la santé psychologique, que les IBPC seraient efficaces pour réduire les symptômes anxiodépressifs chez les étudiants universitaires (voir Figure 2).

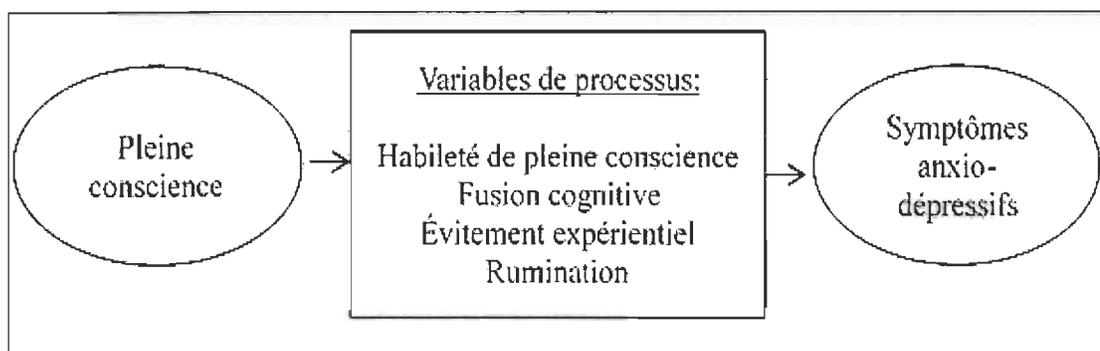


Figure 2. Conceptualisation des processus liés à la pleine conscience.

Effets sur les processus liés à la pleine conscience. Les résultats mettent en évidence une taille d'effet plus élevée ($d = 1,85$) pour la variable de l'habileté à être en pleine conscience, en comparaison aux tailles d'effet des autres variables. Cela démontre la contribution importante de cette variable dans la relation entre la pleine conscience et la santé psychologique et appuie la littérature actuelle relative à cette variable.

L'étude de Bergen-Cico et al. (2013) illustre des résultats qui vont dans le sens de ceux de la présente étude, en démontrant un effet des IBPC dans l'amélioration de la capacité à être « en pleine conscience » chez les étudiants universitaires. Ces auteurs utilisent un devis pré-test/post-test et comparent un groupe expérimental (ayant reçu le traitement MBSR) à un groupe contrôle. Les analyses de covariance mettent en évidence une amélioration du « niveau de pleine conscience », soit la capacité à être en pleine conscience, de la compassion pour soi et de la santé psychologique des étudiants universitaires ayant reçu le traitement MBSR. Tout comme dans la présente étude, celle de De Vibe et al. (2013) a évalué l'effet d'un programme d'IBPC sur la capacité à être en

pleine conscience d'étudiants universitaires, utilisant également le FFMQ. Leurs résultats suggèrent un effet du programme particulièrement sur les facettes « non-réactivité » et « non-jugement » de la pleine conscience, alors que les données de notre étude démontrent un effet significatif du programme sur les cinq facettes de la pleine conscience. Le programme « Être étudiant en pleine conscience » pourrait améliorer le niveau de pleine conscience général des participants, notamment par les exercices de méditation pleine conscience, mais aussi en raison de l'entraînement quotidien à la pleine conscience, fortement suggéré par le programme.

Les résultats obtenus en regard des autres variables de processus de la pleine conscience investigués dans la présente étude sont aussi similaires à ceux d'études antérieures. Notamment, en ce qui concerne la variable de l'évitement expérientiel (ou flexibilité psychologique), les résultats de la présente étude appuient ceux de l'étude qualitative de Hjeltnes et al. (2015), malgré certaines différences méthodologiques (tels que la présence d'un groupe contrôle et d'un plus grand échantillon). Cette étude mettait également en évidence une tendance à l'acceptation émotionnelle (ou diminution de l'évitement d'expériences) chez les étudiants ayant suivi programme d'IBPC.

Les résultats de cette étude, démontrent aussi un certain effet de l'IBPC sur les ruminations, soit une augmentation significative des ruminations de type « constructive » et une diminution significative des ruminations de type « non-constructive » entre le pré et le post-test. Une étude de Watkins (2004) avait démontré un lien entre la pleine

conscience et les ruminations en suggérant une diminution des ruminations à la suite d'un programme d'IBPC. Un IBPC pourrait intervenir sur la diminution des ruminations, possiblement en favorisant une meilleure observation des pensées répétitives et en apprenant à se désengager de ce processus (Heeren & Philippot, 2010; Teasdale et al., 1995).

Enfin, les résultats de la présente étude appuient ceux d'études précédentes qui démontraient des effets de la pleine conscience sur le plan métacognitif, plus précisément en ce qui a trait à la fusion cognitive. Shapiro et al. (2006) discutent de la défusion cognitive comme étant un mécanisme d'action possible de la pleine conscience. Carmody, Baer, Lykins et Olendzki (2009) et Teasdale et al. (1995) reconnaissent également la défusion cognitive (ou décentration cognitive) comme étant un mécanisme d'action possible de la pleine conscience. Gecht et al. (2014) abondent aussi dans ce sens dans une étude menée elle aussi auprès d'étudiants universitaires (N = 495) qui s'intéressait aux relations entre la pleine conscience, la défusion et les symptômes dépressifs. Ces auteurs suggéraient un lien de médiation de la défusion dans la relation entre la pleine conscience et la réduction des symptômes dépressifs. Cette étude, comparativement à la présente, a investigué avec un devis transversal, la nature du lien de la défusion et les effets de la pleine conscience sur la santé psychologique, démontrant la défusion comme étant un mécanisme d'action de la pleine conscience, ce que la présente étude ne peut démontrer.

Limites de l'étude

L'étude comporte toutefois certaines limites à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Mentionnons d'abord l'absence de groupe contrôle qui ne permet pas d'attribuer les effets du groupe à l'intervention, en raison du fait qu'on ne peut comparer et contrôler d'autres facteurs pouvant influencer les résultats (p. ex., l'effet du temps, l'effet placebo). En ce sens, il n'est pas possible d'établir de liens de cause à effet étant donné le devis prétest-posttest de cette étude. Dans un deuxième temps, bien qu'acceptable étant donné la nature préliminaire et clinique de l'étude, la taille de l'échantillon ($N = 24$) restreint les analyses que l'on peut effectuer et limite la généralisation des résultats. Cette limite enfreint aussi la généralisation des résultats.

L'absence de suivi post-intervention constitue une autre limite en ne permettant pas de vérifier le maintien des acquis de l'intervention à plus long terme dans le temps (par exemple, 3 ou 6 mois après l'intervention). Aussi, l'utilisation de mesures auto-rapportées constitue une limite en raison de biais que ces mesures peuvent induire (p. ex., la désirabilité sociale). Également, il s'avère difficile d'évaluer la pleine conscience à l'aide d'instruments autorapportés (Grégoire & De Mondehare, 2016). Enfin, les recherches futures devraient inclure des analyses de médiation, afin d'évaluer véritablement la contribution des processus de changement à titre de médiateur entre l'IBPC et la réduction des symptômes anxiodépressifs obtenue à la suite de l'intervention. L'ensemble de ces limites peut affecter les validités interne et externe de l'étude. Les recherches futures devraient considérer ces limites en sélectionnant un devis expérimental plutôt que

quasi-expérimental, en augmentant la taille de l'échantillon, en incluant un groupe contrôle, des analyses de médiation, différents types de mesures et plusieurs temps de mesures post-intervention.

Enfin, il demeure que d'autres études devront porter sur les effets des IBPC sur la santé psychologique des étudiants universitaires. Il en est de même pour les études sur les processus sous-tendant les effets de la pleine conscience, qui en sont encore à leur début et dont la compréhension est essentielle pour une meilleure optimisation des IPBC. Cette optimisation peut se faire notamment en utilisant d'autres méthodes thérapeutiques reconnues pour agir sur les mêmes processus que ceux en cours dans la pleine conscience. Des approches plus rigoureuses sur le plan méthodologique sont de mise.

Malgré les limites énoncées, cette étude comporte certaines forces. D'abord, elle comporte un aspect innovant, comme elle traite de deux thématiques auxquelles encore trop peu d'études se sont intéressées (la pertinence des IBPC pour une population universitaire et les processus liés aux IBPC). Également, elle se déroule en milieu naturel, (en milieu universitaire) et avec un échantillon hétérogène d'étudiants, principalement aux cycles supérieurs. Enfin, elle fournit des données préliminaires encourageantes quant à l'implantation à plus long terme du programme « Être étudiant en pleine conscience » et pourrait avoir un effet de levier, comme la conduite d'études futures ayant un devis davantage robuste (essai aléatoire). Ce faisant, elle comporte certaines implications cliniques en favorisant l'implantation à plus long terme du programme « Être étudiant en

pleine conscience », comme il s'agit d'un nouveau programme instauré à l'Université Laval et dont les effets n'avaient pas été étudiés précédemment. Enfin, l'étude est aussi une des rares qui investigate les variables de processus liées à la pleine conscience, c'est-à-dire les processus psychologiques qui sous-tendent possiblement les effets de la pleine conscience sur les symptômes anxiodépressifs.

Conclusion

Le présent essai visait à développer la recherche en ce qui a trait à l'efficacité des IBPC dans l'amélioration de la santé psychologique d'étudiants universitaires. En effet, nous savons que la période universitaire constitue une période critique pour les étudiants sur le plan de la santé psychologique (Boujut et al., 2009), mais également sur les plans biologique, fonctionnel, financier et académique (Martineau et al., 2017). Les quelques études récentes sur le sujet mettent en évidence une prévalence de troubles psychologiques chez cette population (Grebot & Barumandzadeh, 2005). D'ailleurs, la demande d'aide psychologique dans les collèges et universités québécoises ne cesserait d'augmenter depuis 1993 (Martineau et al., 2017), notamment en lien avec des problématiques anxieuses et dépressives (Boujut et al., 2009). En plus de favoriser la survie et le fonctionnement global des individus, nous savons que la santé psychologique demeure un moteur important sur le plan de l'adaptation aux études universitaires, étant étroitement liée à la motivation et à l'apprentissage (Deci & Ryan, 2008). Il est donc important d'aider les étudiants universitaires dans le maintien de leur bien-être et dans la prévention de troubles psychologiques. Cela peut s'effectuer grâce à certaines interventions psychologiques de prévention et de traitement.

La pertinence de l'essai se trouve particulièrement dans le fait qu'il y a encore trop peu d'études dans le domaine de la santé mentale chez la population universitaire et que cet enjeu demeure préoccupant en lien avec les données probantes actuelles. En regard de

la vulnérabilité et des besoins des étudiants, il en découle la nécessité pour les universités d'adapter des services en prévention et en traitement de certains troubles psychologiques. Cela, particulièrement en ce qui a trait aux problématiques anxieuses et dépressives (Boujut et al., 2009). Les services existant dans les universités seraient déficitaires : la plupart des universités offrent particulièrement des services d'ateliers psychoéducatifs et non d'intervention psychologique (où l'on tente d'instaurer un changement processuel chez l'individu). Aussi, la plupart des établissements d'enseignement collégiaux et universitaires n'arriveraient pas à répondre à la demande de service d'aide psychologique (Martineau et al., 2017).

En regard des possibilités de services thérapeutiques, les données probantes actuelles mettent de plus en plus en évidence la pertinence d'utiliser les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) dans l'amélioration de la santé psychologique (Chiesa et al., 2011; Fjorback et al., 2011; Grossman et al., 2004; Hofmann et al., 2010; Keng et al., 2011; Khoury et al., 2013; Piet & Hougaard, 2011). Ces interventions ont démontré leur efficacité et sont de plus en plus utilisées en psychothérapie dans le traitement de diverses symptomatologies. Les IPBC se définissent comme des interventions utilisant la pleine conscience, celle-ci étant une approche expérientielle utilisant les concepts d'autorégulation attentionnelle et d'orientation vers l'expérience (Bishop et al., 2004) et qui a pour finalité de « modifier le mode d'entrée en relation et l'attitude à l'égard des émotions et des cognitions » (Heeren & Philippot, 2010, p. 40). Les études antérieures mettent en lumière les effets bénéfiques de la pleine conscience dans le traitement de

plusieurs troubles psychologiques (Baer, 2003; Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010; Chiesa & Serretti, 2011; Grossman et al., 2004; Hofmann et al., 2010; Piet & Hougaard, 2011; Segal et al., 2016). Toutefois, malgré plusieurs études s'intéressant à ces programmes d'intervention, encore peu ont porté sur leurs effets auprès de populations non-cliniques, tel que les étudiants universitaires. L'étude empirique proposée dans le cadre de cet essai veut pallier cette limite. En effet, s'intéressant à la santé mentale chez les étudiants universitaires, le présent essai avait aussi pour but d'explorer les effets d'un programme d'intervention basé sur la pleine conscience (le programme « Être étudiant en pleine conscience ») pour réduire les symptômes anxiodépressifs chez les étudiants universitaires.

La présente étude s'inscrit dans un courant de recherches actuelles s'intéressant particulièrement aux psychothérapies de troisième vague, incluant les approches basées sur la pleine conscience. Elle visait à évaluer les effets d'un programme d'IBPC sur la santé psychologique d'étudiants universitaires, plus précisément sur les symptômes anxiodépressifs des étudiants. Dans un deuxième temps, l'étude avait pour objectif de vérifier l'effet de l'intervention sur certaines variables « de processus » liées à la pleine conscience telles que le niveau de pleine conscience, l'évitement expérientiel, la fusion cognitive, les ruminations. Les hypothèses stipulaient qu'il y aurait une diminution significative des symptômes anxiodépressifs au post-test, en comparaison avec les résultats du pré-test. Également, il était proposé qu'il y aurait une différence significative au post-test sur le plan des autres variables dépendantes à l'étude, considérées dans la

littérature comme étant des variables « de processus liées à la pleine conscience ». Les résultats de l'étude confirment les hypothèses de départ. Dans un premier temps ils démontrent que les participants rapportent significativement moins de symptômes anxiodépressifs au post-test, en comparaison avec les scores obtenus avant l'intervention. Ils élucident également une différence significative entre le pré et le post-test sur certains processus, tels que le niveau de pleine conscience, l'évitement expérientiel, la fusion cognitive et les ruminations. Ces variables de processus pourraient possiblement constituer des mécanismes d'action de la pleine conscience.

Ces résultats sont très prometteurs, car l'étude des processus sous-tendant les effets de la pleine conscience est un sujet encore peu documenté et qui suscite de plus en plus l'intérêt de la communauté scientifique (Deplus et al., 2014; Gu et al., 2015). En ce sens, il pourrait être avancé que c'est en agissant sur ces variables que les IBPC agiraient sur les symptômes anxiodépressifs. Dans cet ordre d'idées, il serait pertinent d'investiguer davantage les liens de médiation entre les processus décrits comme étant liés à la pleine conscience et les symptômes anxiodépressifs dans les recherches futures. Il pourrait aussi être intéressant d'investiguer la force de la relation entre certaines variables présentées dans l'étude (p. ex., le niveau de pleine conscience, la défusion, la flexibilité psychologique, etc.), notamment par des analyses de corrélation. Ce faisant, ces types d'analyses permettraient probablement de mieux comprendre les liens entre les IPBC, les variables de processus liées à la pleine conscience et la santé psychologique.

Enfin, selon les résultats de la présente étude, certaines variables démontrent une plus grande différence entre le post et le pré-test. Par exemple, la variable du « niveau de pleine conscience » (mesurée par le FFMQ) démontre dans cette étude, la taille d'effet la plus élevée, soit de 0,71, considéré comme étant une taille d'effet « élevée » selon Cohen. Il en est de même pour les variables de l'évitement expérientiel et de la fusion, démontrant des tailles d'effet similaires. Ainsi, il pourrait être avancé que c'est particulièrement en agissant sur la capacité à être en pleine conscience que l'intervention aurait un effet sur les symptômes anxiodépressifs. Nous pourrions donc émettre comme hypothèse que plus les étudiants sont « en pleine conscience », moins ils tendraient à vivre des symptômes anxiodépressifs.

Bien que l'étude présentée dans cet essai mette en évidence des résultats prometteurs et cohérents avec la littérature, quelques limites doivent être rappelées. D'abord, l'absence de groupe contrôle qui ne permet pas d'attribuer les effets du groupe à l'intervention. Cette limite de la présente étude nuit à l'établissement du lien de causalité entre le programme d'intervention et les changements sur les différentes variables psychologiques. Rappelons également, la taille de l'échantillon ($N = 24$) bien qu'acceptable, constitue une certaine limite en raison de la faible puissance statistique et rend plus difficile la généralisation des résultats. Enfin, l'absence de suivi post-intervention qui ne nous permet pas de vérifier l'efficacité de l'intervention à plus long terme, constituant une troisième limite de l'étude.

Finalement, comme le programme « Être étudiant en pleine conscience » pourrait avoir des effets bénéfiques sur la santé psychologique des étudiants, il serait intéressant de poursuivre la recherche sur les effets de ce programme, en vue de favoriser l'implantation de ce dernier. En plus de constituer un service d'intervention psychologique pour les étudiants aux prises avec des besoins d'aide psychologique, l'IBPC pourrait également être intégrée dans certains programmes d'études, afin de promouvoir la santé psychologique.

Références

- Adlaf, E. M., Demers, A., & Gliksman, L. (2004). *Enquête sur les campus Canadiens 2004*. Repéré à <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/25005/309711.pdf>
- Adlaf, E. M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health, 50*(2), 67-72.
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, D. B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness stress reduction (MBSR) in people with physical or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 55*, 74-91.
- Baum, C., Kuyken, W., Bohus, M., Heidenreich, T., Michalak, J., & Steil, R. (2010). The psychometric properties of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in clinical populations. *Assessment, 17*, 220-229.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*, 27-45.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression. Guilford clinical psychology and psychotherapy series*. New York, NY: Guilford Press.
- Bergen-Cico, D., & Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness, 5*(5), 505-519. doi: 10.1007/s12671-013-0205-y
- Bergen-Cico, D., Possemato, K., & Cheon, S. (2013). Examining the efficacy of a brief mindfulness-based stress reduction (Brief MBSR) program on psychological health. *Journal of American College Health, 61*(6), 348-360.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR). *Stress and Health, 26*(5), 359-371.

- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ..., Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 68*(6), 539-544.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, B. W., ..., Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders, 122*(3), 224-231.
- Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M. L. (2009). La santé mentale chez les étudiants : suivi d'une cohorte en première année d'université. *Annales médico-psychologiques revue psychiatrique, 167*(9), 662-668.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(1), 23-33.
- Carmody, J., Baer, R. A., Lykins, E. L. B., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 65*(6), 613-626.
- Chiesa, A., Calati, R., & Serretti, A. (2011). Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clinical Psychology Review, 31*(3), 449-464.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research, 187*(3), 441-453.
- Ching, H. H., Kuo, M., Tsai, T. H., & Chen, C. Y. (2015). Effects of a mindfulness meditation course on learning and cognitive performance among university students in Taiwan. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2015*(7), 1-7. doi: 10.1155/2015/254358
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Repéré à <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Cotton, S. J., Dollard, M. F., & De Jonge, J. (2002). Stress and student job design: Satisfaction, well-being and performance in university student. *International Journal of Stress Management, 9*(3), 147-162. doi: 10.1023/A:1015515714410

- De Bruin, E. I., Meppelink, R., & Bögels, S. M. (2015). Mindfulness in higher education: Awareness and attention in university students increase during and after participation in a mindfulness curriculum course. *Mindfulness, 6*(5), 1137-1142.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Canadian Psychology, 49*(1), 24-34.
- Deplus, S., Lahaye, M., & Philippot, P. (2014). Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec l'enfant et l'adolescent : les processus de changement. *Revue québécoise de psychologie, 35*(2), 71-99.
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2013). Mindfulness training for stress management: A randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Medical Education, 13*(1), 107.
- Dionne, F., Gagnon, J., Balbinotti, M., Peixoto, E. M., Martel, M. E., Gillanders, D., & Monestès, J. L. (2016). "Buying into thoughts": Validation of a French translation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 48*(4), 278-285.
- Douilliez, C., Heeren, A., Lefèvre, N., Watkins, E., Barnard, P., & Philippot, P. (2014). Validation de la version française d'un questionnaire évaluant les pensées répétitives constructives et non constructives. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement, 46*(2), 185-192. doi: 10.1037/a0033185
- Dundas, I., Thorsheim, T., Hjeltnes, A., & Binder, P. E. (2016). Mindfulness based stress reduction for academic evaluation anxiety: A naturalistic longitudinal study. *Journal of College Student Psychotherapy, 30*(2), 114-131.
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy: Vol. 1, The Transdiagnostic Approach to Cognitive Behavioral Therapy, 192-205*. doi: 10.1521/ijct.2008.1.3.192
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – A systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(2), 102-119.
- Gecht, J., Kessel, R., Forkmann, T., Gauggel, S., Druke, B., Scherer, A., & Mainz, V. (2014). A mediation model of mindfulness and decentering: Sequential psychological constructs or one and the same? *BMC Psychology, 2*(1), 18. doi: 10.1186/2050-7283-2-18

- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Masley, S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy, 45*(1), 83-101.
- Grebot, E., & Barumandzadeh, T. (2005). L'accès à l'Université : une situation stressante à l'origine de certaines stratégies d'ajustement dysfonctionnelles. *Annales médico psychologiques, 163*, 561-567. doi: 10.1016/j.amp.2004.07.015
- Grégoire, S., Baron, C., & Baron L. (2012). Pleine conscience et counseling. *Revue canadienne de counseling et de psychothérapie, 26*(2), 161-177.
- Grégoire, S., & De Mondehare, L. (2016). *Enjeux liés à la définition et à la mesure de la présence attentive. La présence attentive (mindfulness) : état des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Québec, Qc : Presse de l'Université du Québec.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35-43.
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12.
- Hargus, E., Crane, C., Barnhofer, T., & Williams, J. M. (2010). Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion, 10*(1), 34-42.
- 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.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., & Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation et validation auprès d'un échantillon francophone. *Revue européenne de psychologie appliquée, 61*, 147-151.
- Heeren, A., & Kotsou, I. (2011). *Pleine conscience et acceptation, les psychothérapies de la troisième vague*. Paris, France : De Boeck Édition.

- Heeren, A., & Philippot, P. (2009). Les interventions basées sur la pleine conscience. *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 14*, 13-23.
- Heeren, A., & Philippot, P. (2010). Les interventions basées sur la pleine conscience : une revue conceptuelle et empirique. *Revue québécoise de psychologie, 31*(3), 37-61.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the depression anxiety stress scales (Dass-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44*(2), 227-239.
- Hindman, R. K., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., & Maron, D. D. (2015). A comparison of formal and informal mindfulness programs for stress reduction in university students. *Mindfulness, 6*(4), 873-884.
- Hjeltnes, A., Binder, P. E., Moltu, C., & Dundas, I. (2015). Facing the fear of failure: An explorative qualitative study of client experiences in a mindfulness-based stress reduction program for university students with academic evaluation anxiety. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 10*(1), 27990.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & 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), 169-183.
- Hyun, J. K., Quinn, B. C., Madon, T., & Lustig, S. (2006). Graduate student mental health: Needs assessment and utilization of counseling services. *Journal of College Student Development, 47*(3), 247-266.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P., Bell, I., & Schwartz, G. E. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine, 33*, 11-21.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Paris, France : Édition De Boeck.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/annurevclinpsy.3.022806.091432

- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056.
- Khoury, B., Lecompte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763-771.
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.
- Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., ... Morant, N. (2010). Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: The PREVENT trial. *Trials, 11*(1), 99.
- Kwan, M. Y., Faulkner, G. E., Arbour-Nicitopoulos, K. P., & Cairney, J. (2013). Prevalence of health-risk behaviours among Canadian post-secondary students: Descriptive results from the National College Health Assessment. *BMC Public Health, 13*(1), 548.
- Lassarre, D., Giron, C., & Paty, B. (2003). Stress des étudiants et réussite universitaire : les conditions économiques, pédagogiques et psychologiques du succès. *L'orientation scolaire et professionnelle, 32*(4), 669-691.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*(5), 887-904. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.887
- Lestage, P., & Xu, R. (2016). Effets de la pratique de la pleine conscience et du Tai Chi Chuan sur la santé mentale d'étudiants : une étude pilote contrôlée non randomisée. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 26*(1), 32-48. doi: 10.1016/j.jtcc.2015.12.003
- Lisiecki, J. (2013). *Étude sur les déterminants sociaux de la détresse psychologique des étudiants universitaires canadiens*. Document inédit. Département de sociologie, thèses et mémoires électroniques, Université de Montréal.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney, Australie: Psychology Foundation.

- Lykins, E., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 226-241.
- Ma, H. S., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Martin, L. L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. Dans R. S. Wyer (Éd.), *Ruminative thoughts: Advances in social cognition* (Vol. 9, pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Martineau, M., Beauchamp, G., & Marcotte, D. (2017). Efficacité des interventions en prévention et en promotion de la santé mentale dans les établissements d'enseignement postsecondaires. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 165-182.
- Miklowitz, D. J., Alatiq, Y., Goodwin, G. M., Geddes, J. R., Dimidjian, S., & Hauser, M. (2009). A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 373-382.
- Mirabel-Sarron, C., Sala, L., Dorocant, E. S., & Docteur, A. (2012). *Mener une démarche de pleine conscience-Approche MBCT : Pour qui? Pourquoi? Comment?.* Paris, France : Dunod.
- Monestès, J. L., Villatte, M., Mouras, H., Loas, G., & Bond, F. W. (2009). Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-II). *Revue Européenne De Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 59(4), 301-308.
- Moran, C., Blanchard, C., & Perreault, P. (2014). *Pourquoi choisis-tu d'étudier à l'université? Modèle pour expliquer les facteurs de la motivation chez les étudiants.* Présentation par affiche soumise au Laboratoire de Recherche en Psychologie sociale et Organisationnelle, Université d'Ottawa.
- Murphy, M. (2006). Taming the anxious mind. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21(2), 5-14.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.

- Ngô, T. L. (2013). Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 19-34.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 1032-1040.
- Ramasawmy, S., Hicks, R., & Gilles, P. Y. (2015). *Développement des échelles de dépression, anxiété et stress (DASS-21) pour la population mauricienne*. Repéré à <https://docplayer.fr/52139715-Developpement-des-echelles-de-depression-anxiete-et-stress-dass-21-pour-la-population-mauricienne.html>
- Ramler, R. T., Tennison, L. R., Lynch, J., & Murphy, P. (2015). Mindfulness and the College Transition: The efficacy of an adapted Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention. *Science and Business Media*, 7, 179-188. doi: 10.1007/s12671-015-0398-3
- Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), 1-11.
- Reveillère, C., Nandrino, J. L., Saily, F., Mercier, C., & Moreel, V. (2001). Étude des tracas quotidiens des étudiants : liens avec la santé perçue. *Annales médico-psychologiques revue psychiatrique*, 156(6), 460-465.
- Roberts, R., & Zelenyanski, C. (2002). Degrees of debt. Dans N. Stankley & J. Manthorpe (Éds), *Students' mental health needs problems and responses*. London: Jessica Kinsley.
- Scheibner, H., Daniels, A., Guendelman, S., & Bempohl, F. (2017). Self-compassion mediates the relationship between mindfulness and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorder*, 31, 1-19.
- Schure, M. B., Christopher, J., & Christopher, S. (2008). Mind-body medicine and the art of self-care: Teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. *Journal of Counseling & Development*, 86, 47-58.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2016). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : prévenir la rechute*. Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press.

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management, 12*, 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology, 1*(2), 105-115.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 373-386.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615-623.
- Van Dam, N. T., Hobkirk, A. L., Sheppard, S. C., Aviles-Andrews, R., & Earleywine, M. (2014). How does mindfulness reduce anxiety, depression, and stress? An exploratory examination of change processes in wait-list controlled mindfulness meditation training. *Mindfulness, 5*, 574-588.
- Watkins, E. R. (2004). Adaptive and maladaptive ruminating self-focus during emotional processing. *Behaviour, Research and Therapy, 42*, 1037-1042.