



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Etude de l'offre de soin en outils psychocorporels dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes sur les secteurs du GHT psychiatrie Nord-Pas de Calais et du CHU

Présentée et soutenue publiquement le mardi 28 Septembre 2021 à 15 h
au Pôle Recherche
par Emmanuel CHEVALIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Assesseur :

Monsieur le Docteur Pierre GRANDGENEVE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Eric SALOME

Avertissements

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

AMM : Autorisation de mise sur le marché

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

DHEA : Dehydroépiandrostérone

DLPFC : Cortex pré-frontal dorsolatéral

EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EPSM : Etablissement public de santé mentale

GHT : Groupement hospitalier de territoire

HPA : Hypothalamo-pituitaire-adrénal (axe)

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction

OFC : Cortex orbitofrontal

OMS : Organisation mondiale de la santé

Résumé

TITRE : Etude de l'offre de soin en outils psychocorporels dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes

OBJECTIFS : L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes de grands bouleversements durant lesquelles peut être observée une augmentation du risque de développer des stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles et certains troubles psychiatriques. Plusieurs pratiques psychocorporelles ont montré dans la littérature scientifique un rapport coût/efficacité favorable pour aider à la régulation émotionnelle auprès de ces populations. L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer si les adolescents et adultes émergents du Nord-Pas de Calais ont accès à ces outils psychocorporels au cours de leur prise en soin. Les objectifs secondaires sont d'identifier les modalités de dispensation de ces pratiques et les raisons limitant leur disponibilité.

METHODE : Il s'agit d'une étude descriptive réalisée par enquête téléphonique sur la période de Octobre 2020 à Mars 2021. Cette enquête consiste à interroger les médecins responsables de CMP et CMPP implantés sur les secteurs du GHT Psychiatrique Nord-Pas de Calais ainsi que du CHU de Lille à propos de l'utilisation des pratiques psychocorporelles dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes sur leur secteur.

RESULTATS : 50 médecins ont répondu à l'enquête. 43 (86%) d'entre eux affirmaient proposer des pratiques psychocorporelles, mais 27 de ces 43 médecins (62,8%) rapportaient une sous prescription de ces outils. Les raisons pouvant expliquer cette sous-prescription ou non-prescription étaient principalement le manque de personnel, de formation du personnel, de sensibilisation des prescripteurs et les files d'activités mobilisées en priorité pour la prise

en charge d'autres troubles. Les intervenants les plus sollicités pour dispenser ces outils étaient les infirmiers (91,3% des réponses en secteur adulte), et les psychomotriciens (88,2% en secteur pédopsychiatrique). Enfin, 65,1% des médecins rapportaient l'absence d'utilisation de supports numériques pour aider à dispenser ces outils.

DISCUSSION : Les pratiques psychocorporelles sont donc théoriquement disponibles sur les secteurs interrogés, mais leur accès en pratique reste trop souvent limité. Une opération de sensibilisation, une réflexion autour de l'intervenant désigné pour dispenser ces outils, ou encore la généralisation de l'utilisation des supports numériques pourraient permettre d'améliorer l'accessibilité de ces pratiques.

MOTS CLES : adolescents ; adultes émergents ; pratiques psychocorporelles ; régulation émotionnelle ; offre de soin

Sommaire

Introduction.....	8
I. Définitions : émotions, régulation et dysrégulation émotionnelle.....	8
1. Les émotions	8
2. La régulation émotionnelle	9
3. La dysrégulation émotionnelle.....	12
II. La régulation émotionnelle chez les adolescents et jeunes adultes.....	15
1. Impact des premières années de vie	15
2. L'adolescence et la régulation émotionnelle	16
3. L'émerging adulthood et la régulation émotionnelle	23
III. Les pratiques psychocorporelles et régulation émotionnelle	27
1. Définition et intérêt dans la régulation émotionnelle	27
2. Principales pratiques psychocorporelles efficaces dans la régulation émotionnelle	28
Méditation pleine conscience	28
Techniques de relaxation par respiration lente	29
Relaxation musculaire progressive	30
Training autogène	31
Imagerie mentale et imagerie guidée	32
Sophrologie	33
Yoga	34
3. Pourquoi les proposer dans la prise en charge des adolescents et adultes émergents ?	35
IV. Problématique.....	36
Méthodes	37
I. Présentation de l'étude.....	37
II. Aide méthodologique.....	37
III. Sélection des participants	37
IV. Recueil de données	39
V. Elaboration du questionnaire.....	39
VI. Analyse statistique	40
Résultats.....	42
I. Taux de participation à l'enquête	42
II. Analyses descriptives univariées	42
III. Analyses descriptives bivariées	48

Discussion	53
I. Interprétation des résultats	53
II. Limitations	57
III. Conclusion et perspectives.....	59
Bibliographie	62
Annexes	69

Introduction

I. Définitions : émotions, régulation et dysrégulation émotionnelle

Les émotions sont l'objet de recherches depuis plusieurs dizaines d'années, mais il reste difficile de trouver un consensus scientifique sur les définitions de ce que sont respectivement une "émotion", la "régulation émotionnelle" et la "dysrégulation émotionnelle". Nous avons pu cependant identifier certaines notions qui semblent partagées par la plupart des auteurs et qui nous permettront de proposer ici des définitions succinctes de ces termes mais le plus possible dénuées d'interprétations intuitives ou théoriques.

1. Les émotions

Les émotions sont la plupart du temps décrites comme un état affectif ou d'humeur, sous-tendu par des processus biologiques, qui nous permettrait d'évaluer une situation et d'y proposer une réponse de manière automatique et rapide (1).

Différents types d'émotions ont été décrits, souvent catégorisés en émotions dites primaires ou basiques (selon les travaux du psychologue Paul Ekman – joie, colère, tristesse, dégoût, peur, surprise (2)) et en émotions dites secondaires ou complexes. Certaines valences ou qualificatifs peuvent leur être associées (positive, négative, agréable, désagréable).

En dehors de toute pathologie psychiatrique ou neurologique, les émotions sont déclenchées par des stimuli associés à une récompense ou une punition (ou par l'anticipation de ces stimuli), et leurs fonctions sont multiples. Elles vont permettre de motiver et d'orienter l'action

vers un but (obtenir la récompense ou éviter la punition). Elles vont également déclencher une réponse autonome et endocrine qui va permettre de préparer le corps à réagir à la situation rencontrée. Elles vont modifier notre façon d'évaluer cognitivement les événements présents et les souvenirs. Elles ont un rôle dans la communication (gestuelle, expression faciale, ton de la voix ...) et dans la formation et le renforcement des liens sociaux. Elles peuvent également favoriser la mémorisation de certains éléments, et provoquer la résurgence de souvenirs (3).

Les émotions ont donc un impact important sur notre façon d'agir, de penser et de communiquer, et ce de manière automatisée et rapide. Elles constituent donc un atout de valeur lorsqu'elles sont présentes de manière adaptée, mais peuvent également survenir de manière excessive ou inappropriée (dans leur intensité ou leur durée par exemple). Heureusement pour nous, elles peuvent faire l'objet d'une régulation.

2. La régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle est un terme qui peut faire référence à 2 phénomènes différents : la régulation émotionnelle avec l'émotion en tant que régulatrice, et la régulation émotionnelle avec l'émotion en tant que régulée (4).

Dans le premier cas, l'émotion peut effectivement être considérée comme régulatrice puisqu'elle vient modifier l'expérience et le comportement de l'individu et/ou de son entourage. La régulation émotionnelle fait alors références aux changements (internes ou externes à l'individu) résultant de l'émotion activée. Ce n'est pas ce phénomène qui nous intéresse au cours de ce travail de thèse, et certains auteurs considèrent que l'inclure dans la définition de la régulation émotionnelle rendrait celle-ci trop large et peu pertinente sur le plan de la recherche (5). Les effets des émotions sur l'individu et son entourage sont

nombreux, involontaires et semblent difficilement dissociables de la plupart des aspects d'interactions sociales.

Dans le deuxième cas, il s'agit de la régulation émotionnelle avec l'émotion en tant que régulée. Elle peut être définie comme le processus d'initier, d'éviter ou de moduler l'occurrence, la forme, l'intensité ou la durée d'états affectifs ou motivationnels, de processus attentionnels ou de comportements liés à une émotion, au service de l'accomplissement d'un but ou d'une adaptation biologique ou sociale. Elle peut avoir lieu de manière volontaire ou involontaire, et être mise en place par le biais de l'individu lui-même ou celui de son entourage. C'est à cette définition de la "régulation émotionnelle" que nous ferons référence au cours de ce travail de thèse.

La régulation émotionnelle est mise en place à partir du moment où il y a un désaccord entre l'état émotionnel actuel et l'état émotionnel souhaité par l'individu. Selon le modèle du processus de régulation émotionnelle proposée par James J. Gross en 2002 (6), la génération d'une émotion et ses conséquences sont décrites comme une séquence en quatre temps : l'individu rencontre une situation, il porte son attention sur certains éléments de cette situation, il va évaluer cognitivement cette situation pour enfin y répondre de manière comportementale et/ou physiologique. Selon ce modèle, il est donc possible de moduler l'émotion en agissant sur cinq différents points (ce qui permet de regrouper les stratégies de régulation émotionnelle en cinq grandes familles) : la sélection de la situation, la modification de cette situation, le déploiement attentionnel, le changement cognitif et la modulation de la réponse (7).

- Sélection de la situation : l'individu peut choisir d'approcher ou à l'inverse d'éviter une situation pourvoyeuse d'émotion. L'*évitement* est une stratégie de régulation émotionnelle qui découle de ce mécanisme.

- Modification de la situation : lorsque l'individu s'engage dans une situation pourvoyeuse d'émotion, il peut décider de modifier certains paramètres de cette situation en lien avec cette émotion. Par exemple, adopter des *stratégies de résolution de problèmes* peuvent permettre d'analyser ce qui pourrait provoquer ou augmenter l'émotion dans une situation donnée, et d'y appliquer des solutions lorsque cela est possible. Également, les *comportements de réassurance ou de sécurité* sont une autre stratégie visant à diminuer la peur dans une situation donnée par leur simple présence, sans démarche de résolution de problème.
- Déploiement attentionnel : cela fait référence à toute manœuvre visant à diriger l'attention de l'individu d'une manière qui vienne altérer son vécu émotionnel. La *distraction* est une stratégie qui consiste à transférer son attention depuis les aspects émotionnels d'une situation vers des aspects non-émotionnels de cette situation, ou vers une autre situation non-émotionnelle. La *rumination*, quant à elle, consiste à focaliser son attention sur les causes ou les conséquences de l'émotion, en se posant des questions évaluatives sans réelles transition vers une stratégie de résolution de problème. Il est à noter que la rumination est une stratégie la plupart du temps inadaptée. Les outils psychocorporels tels que la méditation pleine conscience ou la visualisation mentale viennent agir à ce niveau de la régulation émotionnelle.
- Changement cognitif : lorsque l'individu est exposé à une situation, il peut modifier la signification qu'il porte à cette situation pour modifier l'émotion qu'elle entraîne. La *réévaluation cognitive ("reappraisal")* est une stratégie qui consiste à réévaluer une situation émotionnelle ou un événement d'une manière factuelle et non-émotionnelle, à l'aide notamment de techniques de décentration permettant une prise de distance par rapport au vécu émotionnel. L'*acceptation* est une autre stratégie cognitive qui consiste à accueillir l'émotion sans jugement, en essayant d'apporter dessus un nouveau regard sous l'angle de la découverte et de la curiosité.

- Modification de la réponse : lorsque la réponse émotionnelle a déjà eu lieu, l'individu peut venir cibler un ou plusieurs composants expérientiels, comportementaux ou physiologiques de l'émotion active et venir les modifier. La *suppression expressive* ou suppression émotionnelle est une stratégie qui consiste à empêcher l'expression externe d'un état émotionnel interne. Enfin, l'*intervention physiologique* regroupe les stratégies visant à agir directement sur les composants physiologiques d'une émotion à l'aide d'actions ou de substances pour les modifier. C'est à ce niveau qu'agissent la plupart des outils psychocorporels visant à aider à la régulation émotionnelle.

L'individu possède donc un éventail de stratégies de régulation émotionnelle qu'il va apprendre à utiliser au cours de son développement pour moduler ses émotions et atteindre son but. Lorsque ces stratégies sont utilisées de manière flexible, adaptative, ajustée et efficace, alors la régulation émotionnelle est dite adaptée ou fonctionnelle. Cependant, lorsqu'elles sont utilisées de manière rigide, inefficaces, excessive ou insuffisante, alors la régulation émotionnelle est dite inadaptée (ou dysfonctionnelle selon certains auteurs). C'est ce qu'on appelle la dysrégulation émotionnelle.

3. La dysrégulation émotionnelle

La plupart des auteurs s'accordent pour définir la dysrégulation émotionnelle comme une utilisation des stratégies de régulation émotionnelle rigide, inadaptée, excessive ou insuffisante, ou une incapacité à choisir une stratégie adaptée à la situation, avec pour conséquence d'interférer avec les activités de l'individu orientées vers un but (8, 9, 10). A ceci pourrait également être associé l'utilisation de stratégies de régulation émotionnelle efficaces mais entraînant des conséquences néfastes à plus long terme pour l'individu (ex : consommation de produit).

On note que dans cette définition, la dysrégulation émotionnelle n'est pas la conséquence de l'utilisation de stratégies de régulation qui seraient intrinsèquement bonnes ou mauvaises, mais plutôt d'une utilisation inadaptée de ces stratégies. En effet, à l'exception de quelques-unes qui sont le plus souvent inadaptées (ex: la rumination), la plupart de ces stratégies peuvent être efficaces dans certaines situations, mais inappropriées dans d'autres. De la même façon, une stratégie appropriée et efficace dans une situation peut devenir inappropriée et néfaste lorsque cette même situation se répète et que la stratégie est utilisée en excès (ex : l'évitement). On note également que cette définition inclut toujours une tentative de régulation, mais que le processus entraîne une inadaptation plutôt qu'une adaptation. Cela n'est pas sans conséquences et la dysrégulation émotionnelle est souvent mise en lien avec des difficultés dans les relations interpersonnelles, un mal-être et dans les cas sévères, le développement de troubles psychiatriques (8).

Dans la littérature, cinq dimensions non-exclusives qui pourraient expliquer la dysrégulation émotionnelle ont été identifiées : perception émotionnelle diminuée, réactivité émotionnelle inadéquate, expérience et expression des émotions trop intense, rigidité émotionnelle et difficultés de réévaluation cognitive.

- Perception émotionnelle diminuée : il s'agit d'une faible capacité à identifier et nommer l'émotion active lors d'une expérience émotionnelle. Une régulation émotionnelle efficace semble très dépendante de la capacité à prendre conscience de ses émotions.
- Réactivité émotionnelle inadéquate : il s'agit d'une tendance de l'individu à réagir d'une manière inappropriée aux émotions intenses ou envahissantes. La réactivité émotionnelle est définie comme la réponse initiale, inchangée à un événement générateur d'émotion.

- Expérience et expression des émotions trop intense : la régulation émotionnelle est souvent associée à un contrôle des émotions négatives, mais des émotions positives trop intenses ou exprimées trop intensément peuvent également être signe d'une dysrégulation émotionnelle.
- Rigidité émotionnelle : elle fait référence à deux manifestations. D'un côté le phénomène de champs émotionnel réduit, qui signifie une tendance à ressentir une émotion de manière prédominante avec une capacité diminuée à ressentir toute autre émotion. De l'autre côté le phénomène de réponse émotionnelle inappropriée au contexte, c'est à dire l'expression d'une émotion inappropriée selon les normes culturelles et sociales ou inattendue dans le contexte de la situation rencontrée.
- Difficultés de réévaluation cognitive : lorsque l'individu est en difficulté pour ré-évaluer ses émotions ou modifier le sens qu'il donne à une situation, cela peut alors favoriser la dysrégulation émotionnelle.

La dysrégulation émotionnelle est donc une entité complexe aux conséquences néfastes non négligeables, et qui semble participer à la genèse de troubles psychiatriques. Il semble donc d'intérêt de pouvoir aider les individus à acquérir une régulation émotionnelle flexible, adaptée et efficace. Or, cette dernière est un processus qui s'apprend au cours du développement, dès les premières années de vie, et l'adolescence est une période charnière dans son apprentissage, avec un risque accru de survenue d'une dysrégulation émotionnelle.

II. La régulation émotionnelle chez les adolescents et jeunes adultes

1. Impact des premières années de vie

Plusieurs aspects du développement précoce de l'enfant peuvent venir impacter la régulation émotionnelle et favoriser la survenue d'une dysrégulation émotionnelle à l'adolescence. On note particulièrement le tempérament de l'individu, l'apprentissage social et certains évènements de vie (8).

Le tempérament reflète les prédispositions biologiques et héritées d'un individu à certaines expériences ou réactions émotionnelles. Certains enfants peuvent par exemple naître avec une tendance à exprimer plus d'émotions négatives ou de détresse que les autres, et pourraient présenter plus de difficultés à s'adapter et réguler leurs émotions.

Les interactions avec les caregivers semblent avoir un impact important sur la genèse de schémas de régulation émotionnelle adaptés ou inadaptés. Les enfants s'appuient principalement sur leurs parents pour réguler leurs émotions, et un lien a été fait entre la qualité de leurs réponses et la qualité de la régulation émotionnelle chez l'enfant. Des parents qui utilisent des stratégies de régulation émotionnelle de manière adaptée peuvent également permettre à l'enfant d'apprendre par modeling comment moduler leurs états émotionnels négatifs. Ajouté à cela, les parents peuvent également influencer le développement de la régulation émotionnelle de leur enfant par leur capacité à identifier et discuter de leurs émotions avec eux, ce qui peut favoriser une meilleure intelligence émotionnelle.

Enfin, certains évènements de vie dans l'enfance, tels que la maltraitance, les abus et la négligence, ont été associés à d'avantage de dysrégulation émotionnelle dans l'adolescence.

2. L'adolescence et la régulation émotionnelle

L'adolescence est un terme qui dérive du verbe latin *adolescere*, qui signifie "grandir". Elle est définie par l'OMS comme "une période de transition critique dans la vie" s'étalant de l'âge de 10 ans à 19 ans. Les limites de cette période, bien que décidées de manière arbitraire, reflètent d'un côté le début de la puberté, et de l'autre la prise d'indépendance et la transition de rôle social (entrée dans le marché du travail, mariage, etc...). Plusieurs autres périodes de la vie comme la pré-adolescence (8 à 13 ans), la jeunesse (15 à 25 ans), ou encore les jeunes adultes (18 à 25 ans) chevauchent temporellement l'adolescence (11). Cela témoigne bien de l'absence de marqueurs robustes permettant de définir avec certitude les limites de cette période. Néanmoins, nous nous intéresserons dans ce travail à "l'adolescence" comme définie par l'OMS, car c'est à cet âge que de nombreuses modifications physiologiques et sociales viennent influencer la régulation et le vécu émotionnel.

En effet, dès l'âge de 10 ans, l'individu va devoir progressivement faire face à un besoin en régulation émotionnelle croissant, tout en composant avec des capacités de régulation émotionnelles réduites. C'est donc pour lui un véritable challenge et également un moment propice au développement de stratégies inadaptées et dysfonctionnelles. Dans son article de 2011, Hilt décrit dans le développement de l'adolescent quatre domaines principaux venant impacter la régulation émotionnelle : le développement cérébral, la puberté, le stress et le rapport au pairs (8).

a. Le développement cérébral

La maturation du cerveau est un processus qui se poursuit bien au-delà de l'âge de la majorité. Chez l'adolescent, plusieurs structures jouant un rôle majeur dans le

fonctionnement des émotions sont encore en plein développement. Il s'agit notamment de l'amygdale et le cortex préfrontal.

- L'amygdale est une structure qui se situe dans la région antéro-interne du lobe temporal. Elle tient un rôle central dans le traitement des émotions, l'apprentissage et la mémoire émotionnelle (3). Les études par neuro-imagerie fonctionnelle ont retrouvé une activité augmentée de cette structure dans la population adolescente par rapport à la population pédiatrique et adulte.
- Le cortex préfrontal est la zone antérieure du lobe frontal. Il exerce notamment un contrôle sur l'attention, l'inhibition et la régulation émotionnelle (particulièrement par réévaluation cognitive) (12). Deux zones du cortex préfrontal sont particulièrement mises en jeu dans le fonctionnement émotionnel : le cortex préfrontal dorsolatéral (DLPFC) et le cortex orbitofrontal (OFC).

Le DLPFC et l'OFC sont deux des dernières zones à finir leur maturation dans le développement du cerveau humain, et des changements y sont encore observés bien après l'âge de 20 ans. Les conséquences de l'immaturation de ces zones sont principalement un déficit d'inhibition et de contrôle cognitif sur les émotions.

Cette dyade "hyperactivité de l'amygdale" et "immaturation du contrôle inhibiteur par le cortex préfrontal" peuvent donc en partie expliquer les difficultés de régulation émotionnelles chez l'adolescent.

b. La puberté

La puberté marque le début de l'adolescence et est synonyme de maturation sexuelle et de changements majeurs de l'axe neuro-endocrinien. Cela se traduit au niveau hormonal par une augmentation des taux de cortisol, oestrogènes, testostérone et dehydroépiandrosterone. Ces modifications de taux hormonaux pourraient jouer directement ou indirectement sur les états émotionnels (8). Une corrélation entre niveau d'hormones sexuelles sanguin et activations de certaines régions du cerveau intervenant dans la régulation émotionnelle a pu être mise en évidence dans plusieurs études, et pourrait expliquer l'augmentation de la réactivité émotionnelle observée à cet âge (13). On note notamment l'augmentation du taux de testostérone sanguin qui semble associée à une diminution de la connectivité entre le cortex orbito-frontal et l'amygdale, et la corrélation négative entre augmentation du taux de déhydroépiandrostérone sanguin et activation du cortex cingulaire antérieur dans le traitement d'expressions faciales émotionnelles. Ces phénomènes sont tous les deux en faveur d'une diminution des capacités de régulation émotionnelles chez l'adolescent.

Également, le développement pubertaire est associé avec le fonctionnement des relations émotionnelles, comme par exemple le développement d'intérêts romantiques et de motivation sexuelle parallèlement à une augmentation des conflits parents-adolescents, ainsi que des modifications corporelles importantes (apparition des caractères sexuels secondaires, menstruations) au vécu potentiellement anxiogène.

Ces modifications hormonales, corporelles et des relations émotionnelles peuvent donc en partie expliquer l'augmentation des besoins en régulation émotionnelle à l'adolescence. La puberté a d'ailleurs été mise en lien avec une vulnérabilité aux pathologies psychiatriques (trouble anxieux, épisode dépressif, syndrome de stress post-traumatique).

c. Le stress

Même si tous les adolescents ne rencontrent pas de difficultés au cours de leur transition développementale, l'adolescence n'en reste pas moins une période associée à une augmentation des perturbations de l'humeur, des conduites à risque, et comme nous avons pu le signaler précédemment, des conflits avec les parents. Des modifications de la façon dont les adolescents expérimentent le stress peuvent être expliquées à la fois sur le plan psychosocial, et également sur le plan biologique.

- Sur le plan psychosocial, l'adolescence est accompagnée d'une prise d'autonomie et d'une augmentation des exigences scolaires, ce qui rime avec augmentation de l'exposition au stress.
- Sur le plan biologique, l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénocortical (HPA) est une partie majeure du système neuroendocrinien qui contrôle notamment les réactions au stress. Lorsque l'activation de cet axe se fait de manière trop répétée, exagérée ou prolongée, elle peut être la cause ou le symptôme d'une difficulté de régulation émotionnelle.

Durant l'adolescence, l'axe HPA subit des changements significatifs. On observe une augmentation de son activité basale, ainsi qu'une augmentation du taux de cortisol basal autour du début de la puberté. La réactivité du cortisol semble également augmentée pendant l'adolescence (8). Longtemps considérées comme une cause de l'augmentation du stress perçu chez l'adolescent, ces modifications hormonales pourraient en réalité être la résultante d'une adaptation de l'axe HPA face à cette augmentation (14).

Cette hyperactivation des systèmes hormonaux du stress et cette augmentation de l'exposition au stress sont donc des raisons supplémentaires pouvant expliquer l'augmentation des besoins en régulation émotionnelle à l'adolescence.

d. Le rapport aux pairs

A partir du début de l'adolescence, l'enfant a tendance à transférer le temps et l'énergie sociale des parents vers les pairs. Il va donc devoir mettre en place de nouvelles stratégies de régulations émotionnelles. Il s'appuie progressivement sur ses amis comme premier support social. La régulation émotionnelle et son caractère fonctionnel, nécessaire pour développer et maintenir une amitié, vont alors directement dépendre du nombre d'amis et de la qualité des amitiés entretenues avec ces derniers.

Les enfants qui souffrent de dysrégulation émotionnelle peuvent avoir tendance à se tenir en retrait, ou montrer plus d'agressivité que les autres, ce qui augmente les probabilités de rejet par les pairs, de marginalisation et d'isolement social. Une étude récente a mis en évidence une association entre régulation émotionnelle fonctionnelle et diminution du risque de présenter ou d'être victime de comportements de harcèlement (15). De plus, la qualité de la régulation émotionnelle est également influencée par l'entourage, notamment par phénomène d'homophilie (tendance à s'affilier à ses semblables - les adolescents présentant des stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles entretiennent plus facilement des affinités avec des pairs utilisant les mêmes stratégies) et phénomène de contagion (généralisation d'un comportement ou de symptômes au sein d'un groupe – une stratégie de régulation émotionnelle utilisée par un adolescent ou une détresse émotionnelle vécue pourra se généraliser dans son groupe d'amis). Par exemple, le phénomène de contagion de troubles internalisés (anxiété et dépression) a pu être observée, et semble médié par la co-rumination (stratégie de régulation émotionnelle dysfonctionnelle où l'adolescent va discuter de ses soucis avec ses pairs de manière répétée) (16, 17).

L'adolescence est donc une période charnière dans l'établissement d'une régulation émotionnelle efficace : l'individu va devoir dépendre de moins en moins sur ses parents pour réguler ses émotions, apprendre et mettre en place de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle, qui vont avoir une influence sur son entourage social, mais également être

influencées par ce dernier. Cela participe donc également à l'augmentation des besoins en régulation émotionnelle à l'adolescence, car une régulation émotionnelle dysfonctionnelle augmente les risques d'isolement social, de rejet et de regroupement avec des pairs souffrant également de dysrégulation émotionnelle.

Plusieurs conséquences psychopathologiques à la dysrégulation émotionnelle ont pu être identifiées chez l'adolescent, notamment en ce qui concerne les troubles internalisés, externalisés, les troubles du comportement alimentaire et les comportements d'auto-mutilation (8).

- Troubles internalisés : les troubles internalisés regroupent les pathologies anxieuses et dépressives de l'adolescent. Un lien a pu être identifié entre dysrégulation émotionnelle et augmentation du risque de développer un trouble dépressif ou anxieux. Cela pourrait s'expliquer par une tendance à présenter un biais de mémorisation des informations négatives et à utiliser préférentiellement la rumination comme stratégie de régulation émotionnelle chez les adolescents dépressifs, et une tendance à présenter un biais attentionnel aux informations de menaces et l'utilisation préférentielle des inquiétudes comme stratégie de régulation émotionnelle chez les adolescents anxieux. Ces deux stratégies émotionnelles ne font qu'entretenir les émotions négatives de manière non productive, sans laisser la place à d'autres stratégies de régulation. Le lien entre dysrégulation émotionnelle et troubles internalisés est également retrouvé dans des études plus récentes (18, 19, 20, 21).
- Troubles externalisés : les troubles externalisés font référence aux troubles du comportement chez l'adolescent. Durant l'adolescence ont été observés une augmentation des comportements de *binge drinking* (absorption de grandes quantités d'alcool sur une période de temps réduite), des comportements violents ou criminels,

des suicides, des décès et survenues de handicap, et des comportements de *casual sex* (sexualité en dehors de relation romantiques, partenaires multiples, potentiellement sans se protéger). Pourtant, dès l'âge de 16 ans, les adolescents présentent les mêmes capacités de raisonnement, de planification, d'estimation du danger et de traitement de l'information que chez l'adulte. La dysrégulation émotionnelle et les modifications au niveau du circuit de la récompense sont à l'heure actuelle les deux principaux mécanismes qui pourraient entraîner une modification du processus de jugement et de prise de décision. Cela permettrait d'expliquer cette augmentation des prises de risques et autres troubles du comportement.

- Troubles du comportement alimentaire et auto-mutilation non suicidaire : les crises hyperphagiques et les scarifications partagent la même caractéristique d'être des comportements permettant d'altérer l'état émotionnel de l'individu. Ils sont le plus souvent utilisés dans le but de réguler les émotions en tentant d'anesthésier un état émotionnel vécu comme négatif. Ils sont donc directement en lien avec les processus de régulation émotionnelle, et peuvent être considérés comme des stratégies de régulation dysfonctionnelles. Ce lien a pu être à nouveau mis en lumière dans des articles plus récents (22). Ces stratégies peuvent également être sujettes au phénomène de contagion (23).

Les conséquences de la dysrégulation émotionnelle sont donc nombreuses et non négligeables, ce qui fait de la régulation émotionnelle un enjeu important dans la prise en charge des adolescents.

Cet enjeu ne se limite cependant pas à la période de l'adolescence, et il est également nécessaire de considérer l'importance d'avoir établi une régulation émotionnelle fonctionnelle au début de l'âge adulte.

3. L'émarging adulthood et la régulation émotionnelle

L'*emerging adulthood* ("émergence de l'âge adulte") est une période décrite initialement dans les travaux d'Arnett (24, 25) et qui fait référence aux premières années succédant directement à l'adolescence jusqu'à l'âge de 25 ans. Il explique la nécessité de prendre en considération et de définir cette nouvelle période, apparue suite à un décalage progressif de l'âge du mariage et de l'entrée dans le monde du travail dans les sociétés industrialisées depuis la fin du XXème siècle. Le terme "jeunes adultes" désignerait pour lui quelque chose de bien trop vaste, et conviendrait bien mieux aux individus qui approchent l'âge des 30 ans. Arnett distingue notamment les adultes émergents des populations adolescentes et adultes sur 3 principaux plans : les caractéristiques démographiques, la distinction subjective et l'exploration de l'identité.

- Caractéristiques démographiques : la population des adultes émergents serait caractérisée par une très grande variabilité démographique, qui reflèterait l'impact important de la volonté à cet âge, associé à l'absence de normes et d'obligations liées à un rôle social (mariage, activité professionnelle). Arnett notait chez les jeunes Américains un taux de changement résidentiel plus important que dans les autres tranches d'âge, ainsi que des études supérieures suivies de manière non linéaire, avec des changements, des interruptions et des reprises.
- Distinction subjective : les adultes émergents ne se verraient ni comme des adolescents, ni comme des adultes. Là où cette distinction aurait pu se faire sur des critères objectifs (les adultes émergents ne sont plus sujets à la puberté, ne vivent plus nécessairement chez leurs parents, ont terminé leurs études secondaires, mais ne sont pas non plus encore parents ou propriétaires), elle semblerait en vérité principalement liée à des critères subjectifs. En effet, les 3 principales raisons pour lesquelles les adultes émergents ne se sentiraient pas adultes seraient le sentiment

de ne pas pouvoir assumer la responsabilité de s'occuper de quelqu'un d'autre, le sentiment de ne pas être capable de prendre des décisions de manière indépendante et de ne pas être indépendant financièrement. Dans l'ensemble, c'est donc l'absence de sentiment d'auto-suffisance qui pousseraient les adultes émergents à ne pas se considérer comme des adultes accomplis.

- Exploration de l'identité : l'*emerging adulthood* est une période où les individus vont multiplier les expériences sur le plan des relations sentimentales et du travail, dans un but de découvrir qui ils sont et ce qui leur convient le mieux. C'est également une période où la distance prise avec la famille et les nouvelles expériences permettent une remise en question de la façon dont l'individu voit le monde et une réexamination des croyances familiales.

Les travaux d'Arnett ont été repris par la suite dans de nombreuses études et restent à ce jour d'actualité. Certains auteurs commencent à considérer l'*emerging adulthood* comme une phase développementale à part entière, en tentant d'en définir les limites par des critères développementaux, et non chronologiques (26).

Au cours de cette phase, la régulation émotionnelle reste un enjeu important et présente de nombreuses similarités avec la période de l'adolescence. Même si le développement pubertaire est à ce stade accompli, les autres aspects impactant la régulation émotionnelle chez l'adolescent (maturation cérébrale, stress et rapports aux pairs) sont toujours présents chez les adultes émergents. En effet, même si les fonctions cognitives s'améliorent progressivement au cours de l'adolescence, le cerveau de l'adulte émergent n'a pas fini son développement. Sa substance blanche continue d'augmenter et son cortex préfrontal est encore immature (26, 27, 28). Également, la période de l'*emerging adulthood* est marquée par une prise d'indépendance et des exigences académiques encore plus importantes qu'à l'adolescence, ainsi que par l'entrée dans le monde du travail. Ces facteurs de stress,

associés à l'absence de sentiment de maîtrise et au sentiment d'insatisfaction pourraient expliquer en grande partie l'augmentation du stress perçu, du taux de dépression et la diminution de la sensation de bien-être retrouvées dans la littérature récente ciblant cette population (29). Enfin, la relation aux pairs est également modifiée : la famille est moins incluse dans le processus de sociabilisation, les études supérieures restent un contexte de nouvelles rencontres mais de manière plus vaste, plus libre que l'école secondaire et ne concernent pas tous les adultes émergents. Ces derniers sont donc plus livrés à eux-même pour se sociabiliser (30). Les besoins en régulation émotionnelle sont donc toujours conséquents à cet âge (afin d'affronter les exigences académiques et professionnelles, s'adapter socialement et maintenir des relations avec les pairs de qualité), et les structures cérébrales mises en jeu sont encore en partie immatures. Cette inadéquation entre besoins et capacités de régulation constitue donc un enjeu à cet âge également, et augmente le risque de mettre en place des stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles.

Les difficultés de régulation émotionnelle ne sont pas non plus sans conséquences chez les adultes émergents. Une corrélation a pu être observée chez des sujets féminins de cette tranche d'âge entre réduction de la régulation émotionnelle perçue et insatisfaction corporelle, cognitions négatives et conduites de purge (31). Toujours dans la population des adultes émergents, un lien a pu être identifié entre dysrégulation émotionnelle et consommation abusive d'alcool (32), sentiment de désespoir et survenue d'idées suicidaires (33, 34). Enfin, l'impact des émotions négatives sur les processus de prise de décision serait beaucoup plus important dans cette population que chez les adultes plus âgés (35) ce qui pourrait en partie expliquer l'augmentation des comportements à risque observés dans cette population (24).

Aider les adolescents et les adultes émergents dans l'apprentissage d'une régulation émotionnelle adaptative et efficace est donc un élément d'intérêt dans la prise en charge psychiatrique de ces populations.

Plus que la qualité des stratégies adoptées par ces jeunes individus, il semble que ce soit la quantité de stratégies à leur disposition qui ait un effet bénéfique sur l'efficacité de la régulation émotionnelle. En effet, un répertoire réduit de stratégies de régulation émotionnelle chez les adolescents a pu être associé à un risque accru de troubles internalisés par rapport aux adolescents présentant davantage de stratégies (18). Plus le choix de stratégies efficace est restreint, moins la régulation émotionnelle peut se faire de manière flexible et adaptative.

La diminution du répertoire de stratégies de régulation émotionnelle est un phénomène qui semble particulièrement observable vers le milieu de l'adolescence (13-15 ans), et qui est encore en partie présent chez les jeunes adultes (36, 37). L'apprentissage de nouvelles stratégies de régulation émotionnelle semble donc une piste de travail intéressante dans la prise en charge des adolescents et adultes émergents afin d'augmenter leur répertoire de stratégies disponibles et de les accompagner dans la mise en place d'une régulation émotionnelle fonctionnelle.

III. Les pratiques psychocorporelles et régulation émotionnelle

1. Définition et intérêt dans la régulation émotionnelle

Les pratiques psychocorporelles désignent toute approche psychothérapeutique partant du corps ou se servant du corps comme médiation (38). Cette définition peut être élargie à toute pratique faisant intervenir un aspect corporel à visée psychothérapeutique, préventif ou curatif.

Le corps a été longtemps considéré comme séparé de l'esprit par la médecine occidentale, dans une vision très mécaniste de son fonctionnement. Aujourd'hui, le lien entre psyché et corporel ne peut plus être ignoré. Notre compréhension actuelle des troubles somatoformes, des troubles psychosomatiques ou encore du fonctionnement des émotions ne sont que quelques exemples parmi d'autres venant illustrer l'importance d'adopter une vision uniciste corps-esprit. C'est cette vision uniciste qui a permis de donner naissance aux pratiques psychocorporelles.

Il est impossible de lister toutes ces pratiques tant elles sont nombreuses, mais il est possible d'en citer quelques-unes à titre d'exemple : il s'agit de la relaxation musculaire progressive de Jacobson, du training autogène de Schultz, de la méditation pleine conscience, de la cohérence cardiaque ou encore de la sophrologie.

Même si elles utilisent toutes le corps comme média, les pratiques psychocorporelles désignent en vérité un groupe d'outils très vaste et hétéroclite. Elles peuvent mettre en jeu des processus mentaux de manière importante (Schultz, Sophrologie) ou de manière négligeable (Cohérence cardiaque, contrôle respiratoire). Certaines peuvent s'utiliser au quotidien après une période d'apprentissage (Jacobson, Méditation pleine conscience), alors que d'autres nécessitent toujours la présence d'un thérapeute (EMDR). Certaines peuvent

s'enseigner en quelques séances, d'autres peuvent nécessiter une période d'apprentissage importante, parfois même un cursus de formation entier (méditation pleine conscience, Schultz). Leur pratique peut se réaliser en individuel ou en groupe. Elles diffèrent donc les unes des autres par de nombreuses modalités.

Parmi ces pratiques, de nombreuses d'entre elles se sont révélées être efficaces en tant que stratégies de régulation émotionnelle. Pour rappel, là où cette régulation peut se réaliser à 5 niveaux différents (sélection de la situation, modification de la situation, déploiement attentionnel, changement cognitif et modification de la réponse), les pratiques psychocorporelles vont venir agir sur trois d'entre eux : le déploiement attentionnel, le changement cognitif et la modification de la réponse émotionnelle.

Nous nous proposons de détailler ci-dessous les principales pratiques psychocorporelles ayant montré une efficacité dans la régulation émotionnelle. Nous ne nous intéresserons uniquement qu'aux pratiques pouvant être utilisées au quotidien sans nécessiter la présence d'un thérapeute.

2. Principales pratiques psychocorporelles efficaces dans la régulation émotionnelle

Méditation pleine conscience

La méditation pleine conscience ou *mindfulness* est une pratique qui consiste à porter son attention sur le moment présent, de façon intentionnelle sans jugement et sans efforts (39). Elle vise à prendre conscience et à se positionner en tant qu'observateur de ses sens et de ses pensées, sans chercher à les modifier, mais plutôt à adopter une posture d'acceptation

de l'expérience vécue. Elle peut être pratiquée en individuel ou en groupe, et sans nécessiter obligatoirement la guidance d'un thérapeute après une période d'apprentissage.

La pratique de la méditation est souvent mise en avant dans la régulation de l'émotion "peur" sous la forme du stress et de l'anxiété. Il existe d'ailleurs un protocole de thérapie de réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR). Cette pratique agit sur la régulation émotionnelle principalement par le déploiement attentionnel (flexibilité attentionnelle, désengagement de l'attention portée aux stimuli émotionnels) et le changement cognitif (acceptance de l'expérience émotionnelle). On retrouve dans la littérature des arguments en faveur d'une efficacité de cet outil dans la réduction du stress et de l'anxiété dans la population adulte (40), de la tristesse (41, 42) ainsi que dans la réduction de la colère et de l'agressivité (43, 44, 45, 46). Ces effets bénéfiques de la relaxation ont également pu être observés chez les jeunes adultes (47) et chez les adolescents (48, 49, 50).

Techniques de relaxation par respiration lente

Ce groupe désigne plusieurs pratiques psychocorporelles aux modalités de réalisation variées, mais qui ont toute en commun de proposer l'utilisation de la respiration lente (ou respiration profonde) comme mécanisme principal d'action, qui consiste à ralentir sa respiration à une fréquence inférieure ou égale à 6 cycles respiratoires par minute. Ce type de respiration agit sur la régulation émotionnelle en venant modifier la réponse émotionnelle. Il permet par une stimulation vagale de promouvoir une prédominance du système parasympathique sur le système sympathique, ce dernier étant activé dans les réactions de peur et de colère notamment (51). Parmi cette catégorie, on retrouve notamment la cohérence cardiaque, la respiration abdominale, la respiration contrôlée, la respiration rythmée, la respiration diaphragmatique, la respiration Zen Tanden. Le biofeedback est

également une pratique de relaxation par respiration lente, à laquelle est associée un monitoring de marqueurs physiologiques (variabilité de la fréquence cardiaque principalement). Ces techniques psychocorporelles peuvent être pratiquées en individuel, ou en groupe, et bénéficient pour la plupart d'une période d'apprentissage assez simple et courte, ce qui la rend facilement accessible.

Ces pratiques ont pu être mise en lien avec une réduction des affects négatifs, du stress et de l'anxiété chez l'adulte (51, 52, 53), et cette efficacité a également pu être observée chez jeunes adultes (54, 55, 56). Une efficacité de la respiration lente a également pu être observée chez des adolescents présentant une déficience intellectuelle (57), ce qui permet d'argumenter en faveur d'une facilité d'acquisition de cette technique. La respiration lente présente également une efficacité dans la régulation de la colère et l'agressivité et est incluse dans les programmes TCC de gestion de la colère (58, 59).

Relaxation musculaire progressive

La relaxation musculaire progressive est une technique de relaxation issue du travail d'Edmund Jacobson au cours du XXème siècle. Partant du principe qu'une détente musculaire est incompatible avec un état anxieux, cette pratique consiste à réaliser des séries de contractions puis relâchement de plusieurs groupes musculaires spécifiques, et d'apporter une attention particulière aux sensations provoquées par la tension musculaire, puis par la décontraction. Cette technique agit sur la régulation émotionnelle par le déploiement attentionnel (focaliser son attention sur ses sensations) et par la modification de la réponse (forcer la décontraction de chaque muscle). Plusieurs autres pratiques sont dérivées de cette relaxation musculaire progressive (comme la désensibilisation systématique de Wolpe ou la relaxation progressive abrégée) mais conserve les cycles de contractions/décontractions comme mécanisme principal.

L'utilisation de la relaxation musculaire progressive a pu être mise en lien avec une réduction du stress, de l'anxiété, ainsi que des symptômes dépressifs, de la colère et de l'agressivité chez l'adulte (40, 60, 61, 62). Une diminution du stress, de l'anxiété et de la sécrétion quotidienne de cortisol a également été observée lors de l'utilisation de cette pratique chez des jeunes adultes (63). La relaxation musculaire progressive semble aussi efficace sur la régulation émotionnelle dans la population adolescente (64).

Training autogène

Le training autogène est une pratique psychocorporelle conçue par le psychiatre Johannes Heinrich Schultz dans la 1^{ère} partie du XX^{ème} siècle. Il la décrit comme une "technique d'auto-décontraction concentrative", qui présente des similarités avec l'auto-hypnose, notamment de par l'utilisation de suggestions. Cette pratique s'organise en 2 cycles, le cycle inférieur et le cycle supérieur.

Le cycle inférieur constitue le cœur du training autogène et consiste en une série de 6 exercices où l'on vient dans un premier temps concentrer son attention sur une sensation de lourdeur, puis de chaleur du corps. Cette attention est ensuite portée aux organes internes, au rythme cardiaque et à la respiration. Enfin, le dernier exercice consiste à ressentir un refroidissement au niveau du crâne. L'apprentissage de ce cycle se réalise classiquement au cours d'une période d'entraînement de 8 à 9 semaines, pendant laquelle le patient bénéficie de séances hebdomadaires avec le thérapeute qui permettent à ce dernier de présenter les exercices, vérifier leurs bonnes modalités de réalisation, discuter du déroulement de la semaine et cultiver la motivation du patient. Entre ces séances, le patient doit pratiquer quotidiennement ses exercices. Cette pratique psychocorporelle agit sur la régulation émotionnelle au niveau du déploiement attentionnel, et en modifiant la réponse émotionnelle par modification du fonctionnement du système nerveux central et de l'équilibre du système nerveux autonome en faveur du système parasympathique (65).

Le cycle supérieur quant à lui n'est abordé qu'une fois le 1er cycle maîtrisé, et consiste à favoriser la survenue d'images et de sensations lors des séances afin de permettre un travail psychothérapeutique. Ce cycle n'a pas comme but d'agir sur la régulation émotionnelle et ne sera donc pas détaillé ici.

La pratique du training autogène a été mise en lien avec une réduction de l'anxiété chez l'adulte dans plusieurs études (40, 66, 67, 68). Ce lien a également pu être observé chez l'adolescent (69) et dans un essai contrôlé randomisé évaluant l'efficacité du training autogène dans une population constituée principalement d'individus entre 20 et 29 ans (70).

Imagerie mentale et imagerie guidée

L'imagerie mentale, aussi appelée visualisation mentale fait référence au processus actif par lequel l'être humain peut générer par soi-même une image dans son esprit sans stimuli déclencheurs externes. Elle ne consiste pas uniquement à visualiser l'image, mais également à revivre les expériences sensorielles qui y sont associées (71). Lorsque ce processus est réalisé à l'aide d'un thérapeute ou d'une aide par vidéo ou par bande sonore, on parle alors d'imagerie guidée. La technique de l'imagerie mentale s'organise en deux temps. Premièrement, l'individu va tenter d'atteindre un état de relaxation à l'aide d'une technique de relaxation, souvent par l'instauration d'une respiration lente. Puis, dans un second temps l'individu va s'imaginer un lieu qu'il apprécie, où il se sent bien, en portant une attention particulière au vécu sensoriel expérimenté au sein de ce lieu. Enfin, il lui est laissé libre d'apprécier et de profiter de sa présence dans ce lieu. (72). L'imagerie mentale agit sur la réponse émotionnelle en la modifiant au cours de la première phase de la pratique, puis sur le déploiement attentionnel en poussant l'individu à détacher son attention de son vécu émotionnel désagréable.

Cette pratique psychocorporelle a montré une efficacité dans la réduction de l'anxiété et de la tristesse chez des adultes atteints de cancer (73), de fibromyalgie (74) et de dépression (75), ainsi que dans la réduction de l'anxiété et du taux de cortisol préopératoire (76). Cette réduction de l'anxiété par l'imagerie mentale a également été observée dans la population adolescente (77, 78).

Sophrologie

La sophrologie est une pratique psychocorporelle créée et développée en 1960 par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo. C'est une technique dont la méthodologie puise dans plusieurs domaines, notamment l'hypnose, la relaxation musculaire progressive, le training autogène, le yoga, le bouddhisme ou encore le Zen. Il existe plusieurs courants de sophrologie, dont les deux principaux sont la sophrologie Caycédienne (Méthode Caycedo) brevetée en 1995, et une sophrologie plus généraliste se basant sur les principes de la création originelle de cette discipline (avant 1995). La pratique de la sophrologie s'organise en 3 cycles de "Relaxation Dynamique", comprenant chacun 4 exercices ou "degrés". Seul le 1er cycle (dit "cycle fondamental") est commun aux 2 courants de sophrologie, les 2ème et 3ème cycle étant brevetés et réservés à la méthode Caycedo. Dans ce cycle fondamental, les 4 degrés visent notamment à découvrir son corps, son esprit et ses valeurs. Ces bases théoriques sont détaillées dans un rapport de l'INSERM publié en 2021 évaluant l'efficacité et la sûreté de la sophrologie (79).

Comme souligné dans ce rapport, la formation et la pratique de la sophrologie ne font à ce jour pas l'objet d'un encadrement légal en France, leur donnant un caractère très hétérogène. Il existe très peu d'essais cliniques randomisés évaluant l'efficacité de cette pratique dans la diminution du stress et de l'anxiété, de la tristesse ou de la colère. Ceci pourrait s'expliquer en partie par le caractère hétérogène (en fonction du courant de la sophrologie) et adaptatif

(en fonction du profil de patient) de cette pratique qui rendent difficile l'établissement d'un protocole d'intervention précis, nécessaire pour réaliser un essai clinique d'une méthodologie satisfaisante.

Néanmoins, les données de la littérature sont à ce jour insuffisantes pour statuer sur l'efficacité de la sophrologie comme outil d'aide à la régulation des émotions, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant.

Yoga

Le yoga est une pratique psychocorporelle dont les fondements ont été élaborés dans l'Inde Ancienne il y a quelques milliers d'années. C'est une pratique qui se veut à la fois physique et spirituelle, et qui fait intervenir 3 composantes : l'asana (maintien de posture en équilibre), le pranayama (respiration yogiste, abdominale, lente et contrôlée) et la méditation. Il existe en réalité plusieurs types de yoga à ce jour, qui varient selon les exercices proposés, leur cadence, la part accordée à la spiritualité ou encore la présence ou non de chants. Néanmoins, il est à noter que le pranayama est présent dans toute pratique de yoga. Les mécanismes d'action du yoga sur la régulation émotionnelle ne sont pas complètement élucidés (80, 81, 82), ce qui peut s'expliquer en partie par l'hétérogénéité de cette pratique, mais elle semble agir en favorisant une meilleure régulation du système nerveux autonome et de l'axe HPA (83, 84).

Le yoga semble être efficace dans la réduction de l'anxiété, de la colère (85, 86) ainsi que des symptômes dépressifs (87, 88) chez l'adulte. Les bénéfices du yoga dans la réduction de l'anxiété et du stress sont aussi retrouvés chez l'adolescent dans plusieurs articles et revues de la littérature (77, 89, 90). Il n'existe pas à ce jour de revue de la littérature concernant spécifiquement l'efficacité du yoga dans la population des jeunes adultes ou des

adultes émergents, mais la diminution de l'anxiété est également observée lorsque le yoga est pratiqué dans cette population (91, 92).

3. Pourquoi les proposer dans la prise en charge des adolescents et adultes émergents ?

Nous avons pu détailler précédemment l'importance d'accompagner les adolescents et adultes émergents dans l'apprentissage d'une régulation émotionnelle adaptée et fonctionnelle, en augmentant notamment le nombre de stratégies de régulation à leur disposition. L'abord psychocorporel est d'autant plus important dans cette population que les alternatives restent limitées. Les options médicamenteuses afin de réguler l'anxiété ou la colère sont particulièrement restreintes, notamment de par le faible nombre de molécules ayant obtenu l'AMM chez l'adolescent. On rappelle également l'augmentation des effets indésirables à type de réactions paradoxales, syndromes confusionnels et dépendance lors de la prescription de benzodiazépines dans cette tranche d'âge (93). Enfin, les pratiques psychocorporelles ont de manière générale une bonne acceptabilité et un rapport bénéfice/risque favorable devant un faible taux d'effets indésirables (77). Le rapport cout/efficacité est également avantageux, puisque certaines peuvent ne nécessiter qu'un court temps de formation du praticien avant de pouvoir être enseignées aux patients (cohérence cardiaque par exemple), et il semble également possible d'en dispenser la plupart en s'appuyant sur des applications et sites internet tout en conservant une efficacité significative (notamment en ce qui concerne le yoga (94), la méditation (95, 96, 97) ou encore les exercices de respiration lente (98, 99)).

Ce sont donc des outils de valeur pour favoriser le développement d'une régulation émotionnelle efficace chez l'adolescent et le jeune adulte.

IV. Problématique

Malgré l'intérêt que représentent ces outils dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, j'ai rencontré dans ma pratique de la psychiatrie et à plusieurs reprises des adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés à réguler leurs émotions et des stratégies de régulation dysfonctionnelles, chez qui aucune pratique psychocorporelle n'avait été proposée après plusieurs années de prise en charge.

Cela m'a alors amené à me questionner sur la disponibilité et l'offre de ces pratiques sur les secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie dans la prise en charge des adolescents et des adultes émergents : cette population a-t-elle accès à des pratiques psychocorporelles au cours de leur prise en soin ? Le cas échéant, selon quelles modalités sont-elles dispensées et, dans le cas contraire, pour quelles raisons ne sont-elles pas proposées ?

L'objectif de ce travail de thèse n'est donc autre que d'obtenir une réponse à ces questions, et tenter si possible de faire ressortir des pistes d'amélioration concernant l'offre de ces outils dans la prise en charge de cette population.

Méthodes

I. Présentation de l'étude

L'étude réalisée est une étude quantitative, transversale, observationnelle et descriptive par enquête téléphonique. Le but principal était de réaliser un état des lieux de l'utilisation des pratiques psychocorporelles dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes au sein des structures de soins appartenant ou participant au service public. La période de recueil de données s'est étalée du mois d'Octobre 2020 au mois de Mars 2021.

II. Aide méthodologique

Tout au long de ce travail de thèse, je me suis aidé d'un journal sous la forme d'un fichier texte informatique résumant brièvement et de manière datée chaque séance de travail et chaque article lu. Ce journal de thèse permettait ainsi de structurer mes recherches et retrouver facilement les éléments d'intérêt obtenus lors des séances précédentes.

Également, j'ai pu bénéficier de consultations d'aide méthodologique et statistique par la Fédération de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) à partir de Février 2021.

III. Sélection des participants

Dans la mesure où je souhaitais réaliser un état des lieux de l'offre de soin publique, ce sont donc les Centre Médico-Psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie du Groupement Hospitalier de Territoire Psychiatrique du Nord-Pas de Calais (GHT psychiatrique 59-62) et du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Lille qui ont été interrogés. Pour rappel, le GHT psychiatrique 59-62 regroupe 4 établissements publics

de santé mentale (EPSM) : l'EPSM des Flandres, l'EPSM Lille métropole, l'EPSM de l'agglomération lilloise et l'EPSM Val de Lys-Artois. Devant leur facilité d'accès et leur caractère participatif au service public, les CMPP (Centre Médico-psycho-pédagogiques) implantés sur ces secteurs ont également été questionnés.

Dans un souci de cohérence et d'homogénéité des réponses, il était nécessaire de définir au préalable un interlocuteur qui pourrait répondre au mieux aux questions posées. Puisque ces questions concernaient l'indication, la prescription et l'organisation de soins sur le secteur, associant ainsi un aspect médical et un aspect organisationnel, ce sont donc les médecins responsables de CMP et de CMPP qui ont été ciblés par cette enquête téléphonique. Ceux-ci pouvaient désigner une autre intervenant afin d'apporter des renseignements complémentaires ou désigner un autre médecin du secteur pour répondre à l'enquête téléphonique. Les structures sans médecins et les structures ne prenant pas en soin d'individus entre 10 et 25 ans étaient exclues de l'étude.

La liste des CMP et leurs coordonnées ont été obtenues par la version .pdf de l'annuaire des CMP de la F2RSM (obtenu sur le site <https://www.f2rsmpsy.fr/annuaire-des-CMP>) et la liste des CMPP et leurs coordonnées ont été obtenues sur le site [annuaire.action-sociale.org \(https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/centre-medico-psycho-pedagogique--c-m-p-p---189.html\)](https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/jeunes-handicapes/centre-medico-psycho-pedagogique--c-m-p-p---189.html). L'échantillon représentait donc un total de 78 structures (36 CMP de psychiatrie adulte, 33 CMP de psychiatrie de l'enfant et adolescent et 9 CMPP). Chaque structure était contactée une première fois afin de s'enquérir du nom du médecin responsable et de ses coordonnées, puis chaque médecin responsable était contacté par téléphone ou par mail pour définir une date de rendez-vous pour répondre à notre enquête. En dehors de toute situation particulière (arrêt maladie par exemple), un nombre minimum de 3 appels téléphoniques et un mail était réalisés avant de juger le médecin non joignable.

IV. Recueil de données

Le recueil de données s'est réalisé par entretiens directifs téléphoniques, guidés par un questionnaire informatique (Google Form) élaboré au préalable. Les questions étaient lues telles qu'elles avaient été écrites, en prenant soin de n'y apporter aucune modification afin de favoriser une homogénéité des réponses, et les réponses étaient directement inscrites dans le Google Form pendant l'entretien, permettant de faciliter le recueil de données. À tout moment, en cas d'incompréhension ou d'hésitation de l'interlocuteur, il était possible d'apporter des précisions, ou toute information permettant d'améliorer la compréhension et de favoriser une réponse la plus adaptée possible.

Avant la passation de chaque questionnaire, un temps de quelques minutes était systématiquement alloué à l'explication ou au rappel du contexte et des modalités de l'étude à l'interlocuteur. Après la passation de chaque questionnaire, un deuxième temps d'échange d'une durée indéterminée avait également lieu, permettant notamment de s'enquérir de la présence de potentielles questions ou remarques.

V. Elaboration du questionnaire

Le questionnaire Google Form était organisé en 3 parties.

La première partie était dédiée à recueillir les informations permettant d'identifier l'interlocuteur, à savoir sa structure de soin et son secteur.

La deuxième n'était constituée que d'une question permettant de recueillir le critère de jugement principal, à savoir si oui ou non les outils psychocorporels précédemment cités

étaient proposés dans la prise en soin sur le secteur des adolescents ou jeunes adultes présentant des difficultés à réguler leurs émotions.

Le contenu de la troisième partie du questionnaire dépendait de la réponse à la question précédente. Si ces pratiques psychocorporelles étaient proposées, alors l'interlocuteur était interrogé sur les modalités de réalisation de ces outils (préciser le type d'outil, le lieu de réalisation, l'intervenant, le caractère individuel ou groupal, l'utilisation d'objets connectés, d'applications ou de sites internet, et enfin si la prescription était réalisée à la demande du patient ou spontanément) ainsi que son avis sur la présence d'une sous-prescription et les raisons pouvant l'expliquer. La finalité de ces questions était d'observer de potentielles associations entre certaines modalités de réalisation et la disponibilité ou le manque de disponibilité de ces pratiques. A l'inverse, si ces outils n'étaient pas proposés, alors cette troisième partie venait interroger les raisons de cette non prescription.

Le questionnaire est disponible en annexe (**Annexe 1**). Les questions à réponses fermées étaient privilégiées tout au long du document car statistiquement plus facilement exploitables.

VI. Analyse statistique

Dans un premier temps, des analyses univariées ont été réalisées afin de décrire à la fois l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types, ainsi que l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Dans un second temps, des analyses bivariées ont été effectuées afin de comparer certaines données entre secteurs de psychiatrie adulte et secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les données comparées étaient : le taux de structures proposant ou ne proposant pas d'outils psychocorporels dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, les intervenants dispensant ces outils psychocorporels, les types d'outils

psychocorporels proposés et leur lieu de dispensation, la proportion de défaut de prescription rapporté et les raisons pouvant expliquer ce défaut de prescription. Les proportions ont été comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques étaient <5). Les résultats étaient significatifs lorsque « p » est < 0.05.

Résultats

I. Taux de participation à l'enquête

Sur les 78 structures devant être interrogées, 2 d'entre elles ne pouvaient plus être contactées du fait de leur fermeture, 1 d'entre elles n'avaient pas de médecin responsable et 3 d'entre elles ne prenaient pas en charge d'adolescents (du fait de la présence d'un CMP spécialisé pour adolescent sur leur secteur). Ces structures n'ont donc pas été questionnées.

Pour les 72 structures restantes, on ne comptabilisait que 62 médecins responsables : 52 d'entre eux étaient responsables d'une structure unique (CMP ou CMPP), et 10 médecins avaient la responsabilité simultanée de 2 CMP ou CMPP.

Sur ces 62 médecins pouvant être interrogés, 12 d'entre eux n'ont pas répondu à l'enquête téléphonique, ce qui équivaut à un taux de participation de 80,65%. Parmi les médecins n'ayant pas répondu à l'enquête, 1 d'entre eux n'était pas joignable du fait d'un arrêt maladie prolongé. Les 11 autres étaient déclarés non joignables suite à une absence de retour malgré une sollicitation par mail et plusieurs sollicitations téléphoniques.

Ces données sont récapitulées au sein de la **Figure 1**.

II. Analyses descriptives univariées

Parmi les médecins ayant répondu à l'enquête, 24 (48%) étaient responsables de CMP de psychiatrie adulte, 21 (42%) étaient responsables de CMP de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent, et 5 (10%) étaient responsables d'une structure intersectorielle (CMPP).

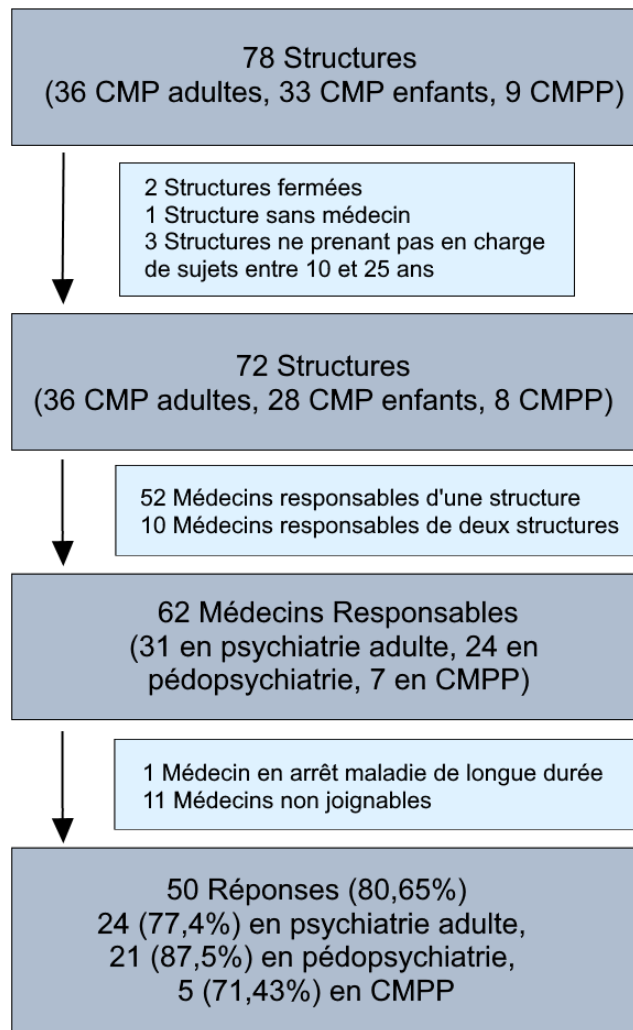


Figure 1. Diagramme de flux.

Seulement 7 d'entre eux (14%) déclaraient ne pas proposer d'outils psychocorporels dans la prise en charge des adolescents ou jeunes adultes sur leur secteur. Les raisons de la non utilisation de ces outils étaient une absence d'indication (1 réponse, 14,3%) et un manque de disponibilité des pratiques psychocorporelles sur le secteur (6 réponses, 85,7%). Concernant l'absence d'indication, le médecin répondeur pouvait détailler de façon ouverte sa réponse et a pu exprimer que, travaillant en secteur adulte, d'autres sujets dans la prise en charge des jeunes adultes étaient à traiter en priorité, les dysfonctionnements corporels étant jugés peu présents dans cette population. Concernant le manque de disponibilité des

pratiques psychocorporelles, les raisons évoquées étaient : le manque de personnel (6 réponses, 100%), le manque de formation (4 réponses, 66,7%), le manque de sensibilisation des prescripteurs (1 réponse, 16,7%), et autres raisons (2 réponses, 33%). En cas de mention d'une "autre raison", les médecins répondants pouvaient détailler leur réponse de façon ouverte. Ils ont ainsi pu rapporter que la mise en place d'une pratique psychocorporelle était un projet en cours de développement sur le secteur (1 réponse), et que la file d'activité de l'intervenant formé aux pratiques psychocorporelles était prioritairement mobilisée pour la prise en charge des troubles du neurodéveloppement (1 réponse).

Pour le reste, 43 médecins (86%) déclaraient proposer des outils psychocorporels visant à aider à la régulation émotionnelle dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes sur leur secteur.

Les pratiques les plus souvent rapportées étaient la sophrologie (N=24, 48%) et la méditation (N=16, 34%). Le training autogène de Schultz (N=11, 22%), la respiration abdominale (N=10, 20%) et la relaxation musculaire progressive (N=9, 18%) étaient régulièrement citées. Enfin, l'utilisation du yoga (N=6, 12%), de la cohérence cardiaque (N=5, 10%) et de la visualisation mentale (N=3, 6%) étaient moins couramment rapportées. Il est à noter que très fréquemment l'utilisation d'une pratique de relaxation était mentionnée sans que le médecin interrogé ne soit en capacité de définir précisément l'outil utilisé. Ces réponses ont donc été classées dans la catégorie "relaxation non spécifiée" (N=24, 48%). Enfin, les médecins interrogés pouvaient mentionner l'utilisation d'une "autre" pratique psychocorporelle sur leur secteur, qui n'était pas citée dans notre liste (N=16, 34%). Cette catégorie "autre" était composée de la balnéothérapie (5, 11,6%), de l'hypnose (3, 7%), de l'activité physique adaptée (APA), de l'écoute musicale et des massages (chacun cités 2 fois, 4,7%), puis du sport, du shiatsu, de l'induction verbale, de l'hypno-relaxation, de la gymnastique douce, de l'enveloppement, du tai-chi, et de l'utilisation d'un site internet basé sur la pleine conscience (chacun cités 1 fois,

2,3%). Ces données sont récapitulées au sein de la **Figure 2**. Parmi les structures proposant des pratiques psychocorporelles, on retrouve une offre en moyenne de 2 à 3 pratiques différentes disponibles sur le secteur.

Dans la **Figure 3** est détaillée, en fonction du secteur enfant ou adulte, la part des structures proposant des pratiques psychocorporelles pour chaque type de pratique.

Concernant les modalités de dispensation de ces outils, les intervenants les plus souvent sollicités étaient les psychomotriciens (28 réponses, 65,1%) et les infirmiers (27 réponses, 62,8%). On note également que les psychologues (16 réponses, 37,2%) et les psychiatres (6 réponses, 14%) pouvaient également être sollicités dans une moindre mesure. Enfin d'autres intervenants ont pu exceptionnellement être mentionnés (Art-Thérapeute, Ergothérapeute, Educateur sportif, Professeur d'éducation physique et sportive et un Intervenant extérieur ; chacun mentionnés dans 1 seule réponse (2,3%)).

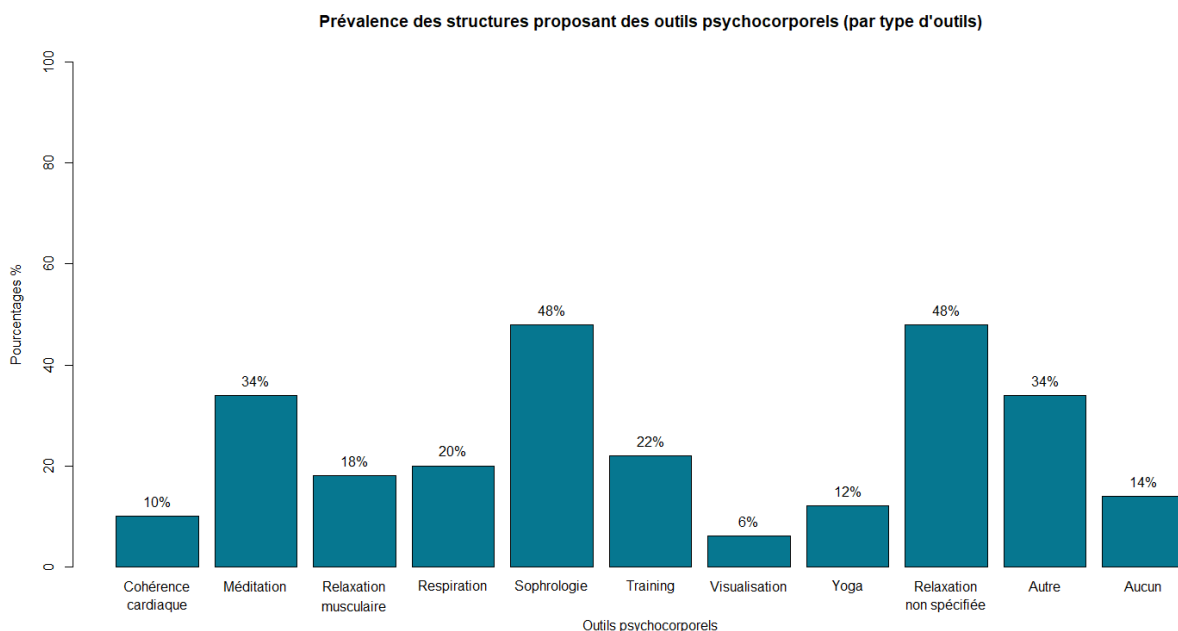


Figure 2. Prévalence des structures proposant des outils psychocorporels (par type d'outils). 'Méditation' : Méditation pleine conscience, 'Relaxation musculaire' : Relaxation musculaire progressive, 'Respiration' : Respiration abdominale, 'Training' : Training autogène, 'Visualisation' : Visualisation mentale.

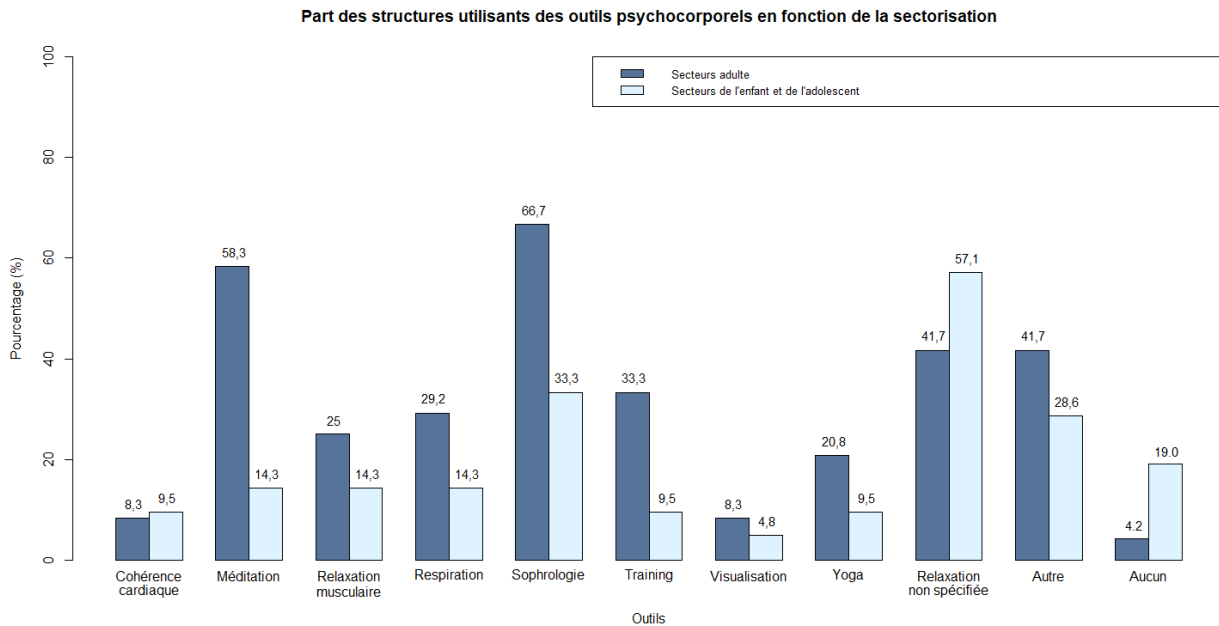


Figure 3. Part des structures proposant des outils psychocorporels en fonction de la sectorisation (par type d'outils). 'Méditation' : Méditation pleine conscience, 'Relaxation musculaire' : Relaxation musculaire progressive, 'Respiration' : Respiration abdominale, 'Training' : Training autogène, 'Visualisation' : Visualisation mentale.

Ces pratiques psychocorporelles étaient le plus souvent dispensées au sein des CMP et CMPPs (dans 80% des cas), mais pouvaient également être utilisées en intra-hospitalier (dans 34% des cas), au sein des CATTp (dans 30% des cas), en hôpitaux de jours (dans 16% des cas) et plus rarement dans une autre structure (dans 4% des cas). Cette répartition est illustrée au sein de la **Figure 4**.

Ces outils étaient pratiqués en entretien individuel dans la majorité des cas (42 réponses, 97,7%) mais pouvaient également être dispensés sous la forme d'une activité de groupe (28 réponses, 65,1%). Ils étaient toujours proposés spontanément aux patients s'ils étaient jugés indiqués (43 réponses, 100%), mais pouvaient également être prescrits à la demande du patient (16 réponses, 37,2%). Enfin, un tiers des médecins interrogés

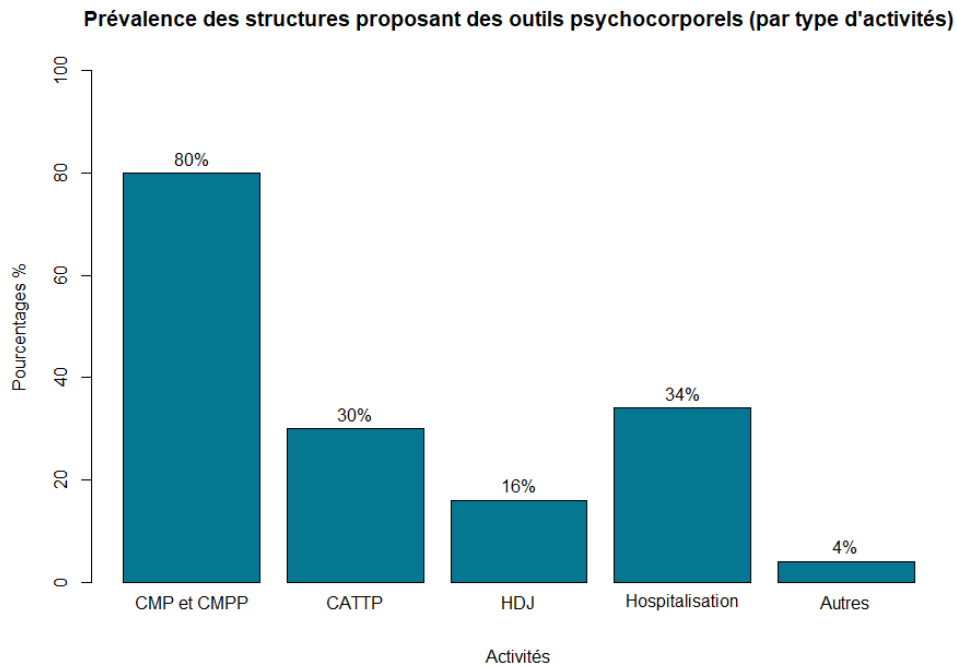


Figure 4. Prévalence des structures proposant des outils psychocorporels (par type d'activité).

affirmaient que des objets connectés, applications ou sites internet étaient utilisés sur leur secteur afin d'aider à la dispensation de ces outils (15 réponses, 34,9%). Dix d'entre eux travaillaient en secteur adulte (45,0% des réponses en psychiatrie adulte) et 5 d'entre eux en secteur de l'enfant et de l'adolescent (29,4% des réponses en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent). Aucun médecin travaillant en CMPP ne déclarait avoir recours à ces supports sur son secteur.

Malgré un taux important de médecins rapportant une utilisation des pratiques psychocorporelles dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes sur leur secteur, il est à noter que 27 d'entre eux (62,8%) pouvaient décrire un sentiment de défaut de prescription de ces pratiques dans cette population. Parmi les raisons pouvant expliquer ce défaut de prescription, la plus fréquemment citée était le manque de personnel (19 réponses, 70,4%). On retrouvait également le manque de formation du personnel (10

réponses, 37%), les files d'activité des intervenants mobilisées prioritairement pour la prise en charge des troubles du neurodéveloppement (9 réponses, 33,3%), le manque de sensibilisation des prescripteurs (8 réponses, 29,6%). Enfin, l'absence de temps dédié des psychiatres à l'utilisation des pratiques psychocorporelles, l'absence de locaux adaptés, une offre en outils psychocorporels mal définie sur le secteur et une hétérogénéité importante des groupes de patients rendant peu propice leur intégration par un jeune adulte ont également été mentionnées (chacune 1 réponse, 3,7%).

L'ensemble des résultats des analyses descriptives univariées sont présentés dans la **Table 1**.

III. Analyses descriptives bivariées

Lorsque les secteurs adultes (N=24) et enfants (N=21) ont été comparés, aucune différence significative dans le taux de secteurs proposant des outils psychocorporels dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes n'a été retrouvée. Cependant, plusieurs différences significatives sont retrouvées concernant les intervenants dispensant ces outils, le sentiment de défaut de prescription et les raisons pouvant expliquer ce sentiment.

Ainsi, les psychomotriciens sont significativement plus fréquemment sollicités pour la dispensation des pratiques psychocorporelles en secteurs pédopsychiatriques (N=15, 88,2%) qu'en secteur de psychiatrie adulte (N=10, 43,5%, $p=0,004$). A l'inverse, ce sont les infirmiers qui sont plus souvent sollicités pour remplir ce rôle en psychiatrie adulte (N=21, 91,3%) qu'en pédopsychiatrie (N=6, 35,3%, $p<0,001$).

Table 1. Résultat des analyses descriptives univariées.

Analyses descriptives univariées		N	50
Sectorisation			
Sectorisation, n (%)			
	Secteur Adulte	24	(48.0)
	Secteur Enfant & Adolescent	21	(42.0)
	Intersectorielle ou Non Sectorisée	5	(10.0)
Outils psychocorporels			
Structures proposant des outils psychocorporels, n (%)			
	Oui	43	(86.0)
	Non	7	(14.0)
Cohérence cardiaque, n (%)			
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>			
	CMP	5	(11.6)
	CATTP	1	(2.3)
	HDJ	1	(2.3)
	Hospitalisation	1	(2.3)
Méditation, n (%)			
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>			
	CMP	13	(30.2)
	CATTP	4	(9.3)
	HDJ	2	(4.7)
	Hospitalisation	2	(4.7)
	Autre	1	(2.3)
Relaxation musculaire, n (%)			
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>			
	CMP	6	(14.0)
	CATTP	2	(4.7)
	HDJ	1	(2.3)
	Hospitalisation	4	(9.3)
	Autre	1	(2.3)
Respiration, n (%)			
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>			
	CMP	7	(16.3)
	CATTP	3	(7.0)
	HDJ	2	(4.7)
	Hospitalisation	4	(9.3)
	Autre	1	(2.3)
Sophrologie, n (%)			
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>			
	CMP	19	(44.2)
	CATTP	9	(20.9)
	HDJ	3	(7.0)
	Hospitalisation	9	(20.9)
	Autre	1	(2.3)
Training, n (%)			
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>			
	CMP	8	(18.6)
	CATTP	4	(9.3)
	HDJ	0	(0.0)
	Hospitalisation	3	(7.0)
	Autre	1	(2.3)

Visualisation, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
CMP	3 (7.0)
CATTP	0 (0.0)
HDJ	1 (2.3)
Hospitalisation	1 (2.3)
Yoga, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
CMP	6 (14.0)
CATTP	3 (7.0)
HDJ	0 (0.0)
Hospitalisation	3 (7.0)
Relaxation non spécifiée, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
CMP	22 (51.2)
CATTP	5 (11.6)
HDJ	4 (9.3)
Hospitalisation	2 (4.7)
Autres, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
CMP	9 (20.9)
CATTP	3 (7.0)
HDJ	1 (2.3)
Hospitalisation	3 (7.0)
Types des autres outils psychocorporels utilisés, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
Site internet basé sur la Pleine Conscience	1 (2.3)
Ecoute musicale	2 (4.7)
Activité Physique Adaptée	2 (4.7)
Balnéothérapie	5 (11.6)
Tai-Chi	1 (2.3)
Enveloppement	1 (2.3)
Gym douce	1 (2.3)
Hypno-relaxation	1 (2.3)
Hypnose	3 (7.0)
Massages	2 (4.7)
Induction verbale	1 (2.3)
Shiatsu	1 (2.3)
Sport	1 (2.3)
TRAME	1 (2.3)
Intervenants & pratiques	
Types d'intervenants, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
Psychologue	16 (37.2)
Psychomotricien	28 (65.1)
Psychiatre	6 (14.0)
Infirmier en psychiatrie	27 (62.8)
Art thérapeute	1 (2.3)
Ergothérapeute	1 (2.3)
Educateur sportif	1 (2.3)
Professeur d'Education Physique et Sportive	1 (2.3)
Intervenant extérieur	1 (2.3)

Types de pratiques, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
Individuelle	42 (97.7)
Groupe	28 (65.1)
Spontanée	43 (100.0)
Sur demande	16 (37.2)
Utilisation d'objets connectés, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
Oui	15 (34.9)
Non	28 (65.1)
Non utilisation des outils psychocorporels	
Raison pour lesquels les structures concernées n'utilisent pas les outils, n (%)	
<i>Chez les 7 structures n'utilisant pas d'outils</i>	
Manque de disponibilité	6 (85.7)
Pas d'indication	1 (14.3)
Détails/explications des raisons, n (%)	
<i>Chez les 6 structures n'utilisant pas d'outils par manque de disponibilité</i>	
Manque de formation	4 (66.7)
Manque de personnel sur place	6 (100.0)
Manque de sensibilisation	1 (16,7)
Autres explications	2 (33.3)
Alternatives, n (%)	
<i>Chez les 7 structures n'utilisant pas d'outils</i>	
Traitement médicamenteux	3 (42.9)
Psychothérapie	4 (57.1)
Libéral	2 (28.6)
Autre structure	1 (14.3)
Autres alternatives	4 (57.1)
Défaut de prescription	
Défaut de prescription, n (%)	
<i>Chez les 43 structures proposant des outils</i>	
Oui	27 (62.8)
Non	16 (37.2)
Explication du défaut de prescription, n (%)	
<i>Chez les 27 structures déclarant un défaut de prescription</i>	
Défaut de personnel	19 (70.4)
Défaut de formation	10 (37.0)
Défaut de sensibilisation	8 (29.6)
TSA	9 (33.3)
Temps dédié	1 (3.7)
Hétérogénéité des groupes	1 (3.7)
Locaux	1 (3.7)
Défaut de variété de l'offre	1 (3.7)

On note également que les médecins de secteurs de psychiatrie de l'enfant et l'adolescents rapportaient significativement plus souvent un sentiment de défaut de prescription (N=15, 88,2%) qu'en secteur de psychiatrie adulte (N=9, 39,1%, p=0,002).

Concernant les raisons pouvant expliquer ce défaut de prescription perçu, un défaut de sensibilisation aux pratiques psychocorporelles était significativement plus souvent rapporté par les médecins de psychiatrie adulte (N=6, 66,7%) que par ceux de pédopsychiatrie (N=1, 6,7%, $p=0,004$). A l'inverse, la problématique de files d'activité des intervenants mobilisées prioritairement pour la prise en charge des troubles du neurodéveloppement était rapportée uniquement dans les secteurs de pédopsychiatrie (N=8, 53,3% en pédopsychiatrie contre N=0, 0% en psychiatrie adulte, $p=0,009$).

Enfin, on peut noter une tendance à mentionner plus fréquemment le défaut de personnel comme raison pouvant expliquer le défaut de prescription en secteur de pédopsychiatrie (N=13, 86,7%), mais sans différence significative observée avec le secteur adulte cependant (N=4, 44,4%, $p=0,06$).

Les résultats des analyses descriptives bivariées sont présentées dans leur ensemble au sein de la **Table 2**.

Table 2. Résultat des analyses descriptives bivariées. *Résultats significatifs si $p < 0,05$.*

	Secteurs Adultes (N=24)	Secteurs Enfants & Adolescents (N=21)	p
Proposition d'outils, n (%)	23 (95.8)	17 (81.0)	0.113
Intervenants, n (%)			
Psychologue	10 (43.5)	5 (29.4)	0.364
Psychomotricien	10 (43.5)	15 (88.2)	0.004*
Psychiatre	2 (8.7)	4 (23.5)	0.373
Infirmier en psychiatrie	21 (91.3)	6 (35.3)	< 0.001*
Sentiment de défaut de prescription, n (%)	9 (39.1)	15 (88.2)	0.002*
Raisons au défaut de prescription, n (%)			
Défaut de personnel	4 (44.4)	13 (86.7)	0.06
Défaut de formation	4 (44.4)	5 (33.3)	0.679
Défaut de sensibilisation	6 (66.7)	1 (6.7)	0.004*
Files d'activité mobilisées pour TND	0 (0.0)	8 (53.3)	0.009*

*tests significatifs

Discussion

I. Interprétation des résultats

L'objectif premier de cette thèse était d'évaluer la disponibilité et l'offre des outils psychocorporels dans la prise en soin des adolescents et jeunes adultes présentant des difficultés à réguler leurs émotions sur les secteurs de psychiatrie du GHT psychiatrique du Nord-Pas de Calais ainsi que du CHU de Lille, afin de déterminer si cette population avait bel et bien accès aux pratiques psychocorporelles au cours de leur prise en soin.

Au premier abord, les résultats obtenus dans cette enquête semblent en faveur d'une offre satisfaisante en outils psychocorporels sur les secteurs interrogés, puisque la majorité des médecins questionnés (86%) a affirmé proposer ces outils dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes. Cependant, plus de la moitié de ces médecins (62,8%) rapportent un défaut de prescription de ces outils malgré leur présence sur le secteur et leur indication dans la prise en charge. Ceci soulève donc la problématique de l'accès à ces outils sur ces secteurs. En effet, ce n'est pas parce qu'une pratique psychocorporelle est en théorie disponible que les adolescents et jeunes adultes peuvent y avoir accès en pratique dans leur prise en soin. De plus, on note une différence en fonction de la sectorisation, avec une proportion de médecins rapportant cette difficulté significativement plus importante dans les secteurs enfants et adolescents (88,2%) que dans les secteurs adultes (39,1%).

Ce défaut de prescription semble pouvoir être expliqué par quatre principales raisons. Les deux premières concernent à la fois les prises en charges en secteur adulte, et celles en secteur de pédopsychiatrie : il s'agit majoritairement du manque de personnel (70,4%) et du manque de formation du personnel (37,0%). On note que ces deux premières raisons sont également celles principalement mises en avant par les 6 médecins qui rapportaient ne pas

proposer de pratiques psychocorporelles dans la prise en soin des adolescents et jeunes adultes malgré la présence d'une indication (manque de personnel (100%), manque de formation (66,7%)). Les deux raisons suivantes présentaient quant à elle une répartition significativement différente selon la sectorisation : il s'agit du manque de sensibilisation des prescripteurs (29,6%) et les files d'attentes des intervenants mobilisées prioritairement pour la prise en charge d'un autre trouble.

Le manque de sensibilisation des prescripteurs est une raison évoquée majoritairement par les médecins responsables de structures de psychiatre adulte. Cette raison était évoquée par 26,1% des médecins de psychiatrie adulte ayant répondu à l'enquête et par 66,7% de ceux rapportant un défaut de prescription des pratiques psychocorporelles sur leur secteur. Ces proportions se sont révélées significativement supérieures à celles retrouvées pour les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, cette raison n'ayant été mentionnée qu'à une seule reprise, ce qui représente 5,9% des pédopsychiatres ayant répondu à l'enquête et 6,7% de ces derniers ayant rapporté un sentiment de défaut de prescription.

Ces résultats sont donc en faveur d'une meilleure sensibilisation des pédopsychiatres aux approches psychocorporelles par rapport aux psychiatres exerçant en psychiatrie générale adulte, pouvant probablement être expliquée par la différence de formation, ainsi qu'à une meilleure intégration de l'abord psychocorporel dans les habitudes de pratiques des services de pédopsychiatrie.

La problématique des files d'activités des intervenants mobilisées prioritairement pour la prise en charge d'un autre trouble psychiatrique (trouble neuro-développementaux notamment) était une raison évoquée exclusivement par les médecins travaillant en secteur pédopsychiatrique. En effet, cette raison était évoquée par près de la moitié des pédopsychiatres ayant répondu à l'enquête (47,1%) et par plus de la moitié de ces derniers rapportant un défaut de prescription (53,3%). Aucun médecin de psychiatrie adulte ne

mentionnait cette raison. Ceci peut évidemment s'expliquer par la proportion bien plus importante des patients présentant un trouble du neurodéveloppement et nécessitant une prise en charge psychocorporelle en secteur pédopsychiatrique qu'en psychiatrie adulte, mais pourrait également s'expliquer par la différence retrouvée dans le type d'intervenant dispensant les pratiques psychocorporelles.

En effet, cette enquête a également pu mettre en évidence une différence significative entre secteur de psychiatrie adulte et secteur pédopsychiatrique en ce qui concerne les intervenants désignés pour dispenser ces outils psychocorporels. Alors que ce sont les infirmiers les plus fréquemment sollicités en secteur adulte (91,3% des pratiques psychocorporelles proposées en secteur adulte), les psychomotriciens sont quant à eux les intervenants privilégiés en secteur pédopsychiatrique. Même si cette différence peut en partie s'expliquer par une inégalité dans la répartition des professionnels (les CMP adultes pouvant comporter généralement dans leur équipe un nombre d'infirmiers plus important que sur les CMP enfants et adolescents, et inversement en ce qui concerne les psychomotriciens), il est à noter que les psychomotriciens sont également plus souvent désignés pour dispenser ces outils du fait de leur sensibilisation préalable aux abords psychocorporels par leur formation professionnelle. Ce qui semble initialement un choix judicieux pourrait s'avérer venir complexifier l'accès aux pratiques psychocorporelles pour les adolescents, puisque les psychomotriciens sont également les intervenants de choix dans la prise en charge des pathologies développementales. En effet, les patients souffrant de troubles neurodéveloppementaux constituent une part non négligeable de la population pédiatrique, et leur prise en soin nécessite un suivi de longue durée. Cela pourrait avoir comme effet d'emboliser les files d'activités de psychomotriciens, ne laissant que peu de places pour les adolescents et l'apprentissages de pratiques psychocorporelles. Cette spécificité des secteurs enfants et adolescents pourrait donc expliquer en partie le taux plus important de défaut de prescription des outils psychocorporels par rapport aux secteurs adultes.

Concernant les modalités de dispensation de ces outils, on note une bonne disponibilité de ces derniers sur les structures ambulatoires. En effet, 80% des structures CMPs et CMPPs et 30% des CATTPs proposaient au moins une pratique psychocorporelle. Cela signifie que les patients n'ont pas besoin d'être hospitalisés sur le secteur pour avoir accès à ces soins. Également, tous les médecins qui affirmaient proposer ces outils psychocorporels rapportaient le faire de manière spontanée, sans que le patient n'ait nécessairement besoin d'émettre une demande. Ces deux points ne sont donc pas source d'une limitation d'accès aux pratiques psychocorporelles sur les secteurs interrogés.

A l'inverse, en ce qui concerne l'utilisation d'objets connectés, d'applications ou de sites internet, on note que plus de la moitié des médecins interrogés sur les secteurs dispensant des outils psychocorporels (62,8%) rapportaient ne pas en utiliser. La population des adolescents et des adultes émergents étant souvent bien familiarisée avec ces supports, la généralisation de leur utilisation pourrait donc être une piste pour favoriser un meilleur accès à ces outils. En effet ils peuvent être utilisés comme support à l'apprentissage d'une pratique ou comme guide lors de la réalisation d'une séance, et de cette façon diminuer le nombre de sessions nécessitant la présence d'un professionnel. Ils n'auraient évidemment pas pour vocation de remplacer totalement le praticien, la dimension relationnelle restant importante dans la dispensation de ces outils, mais plutôt d'alléger le coût en ressources humaines nécessaire pour sa réalisation.

Enfin, lorsqu'on s'attarde sur les types de pratiques proposées sur les différents secteurs, on note premièrement une offre de soin assez variée, avec une moyenne de 2 à 3 outils proposés par structure interrogées, ce qui permet une adaptation correcte au profil et à la sensibilité du patient. On remarque également que la sophrologie est la pratique psychocorporelle la plus souvent disponible sur les secteurs, ce qui est étonnamment discordant avec la formation nécessaire pour dispenser cette pratique, le manque de

données et d'études d'efficacité retrouvées dans la littérature. Cela souligne encore une fois l'importance et la pertinence d'évaluer cet outil sur le plan de l'efficacité. A l'inverse, les pratiques nécessitant une formation brève comme la cohérence cardiaque (10% des structures interrogées) et les techniques de respiration lente (20% des structures interrogées) sont assez peu représentées malgré les nombreuses données scientifiques en faveur d'une efficacité. Ces proportions sont cependant peut-être sous-estimées par la difficulté des médecins répondants à préciser le type de relaxation utilisée sur leur secteur, constituant de ce fait une importante catégorie "relaxation non spécifiée" (48% des structures non interrogées).

II. Limitations

Premièrement, le mode de réalisation de l'enquête par appels téléphoniques est une méthode qui, malgré la durée assez courte de passation du questionnaire (5 à 10 minutes), nécessite de définir un créneau horaire au préalable, généralement sur le temps de travail, afin que l'intervenant et le médecin interrogé puisse s'entretenir. La population des médecins ayant souvent un emploi du temps chargé, il se peut que certains d'entre eux n'ait pas souhaité répondre au questionnaire par manque de temps, ce qui n'aurait peut-être pas été le cas si le recueil de données s'était effectué par questionnaire informatique envoyé par mail. Cette méthode pourrait donc expliquer une partie des non-réponses à l'enquête. Cependant, les thèmes abordés au cours de ce travail de thèse pouvant porter à confusion par le manque de définition consensuelle (émotions et régulation émotionnelle) et par leur grande diversité (pratiques psychocorporelles), l'enquête téléphonique a pu permettre de s'assurer d'une bonne compréhension du questionnaire et d'une homogénéité des réponses qui n'aurait pas été permises par un simple questionnaire informatique. De plus, les relances téléphoniques se sont avérées bien plus efficaces que les tentatives de contact par mail au

cours de cette enquête, probablement devant leur caractère moins impersonnel et pouvant plus difficilement être ignorées ou remises à plus tard, ce qui peut avoir participé au bon taux de participation de l'étude (80,65%). Enfin, cette méthode de recueil de donnée a pu permettre de réaliser l'étude tout en facilitant le respect des règles d'hygiène liées au contexte sanitaire actuel (pandémie de covid-19).

Le choix du médecin responsable de CMP comme professionnel désigné pour répondre au questionnaire a également pu constituer une limitation. En effet, malgré leur bonne connaissance de l'organisation des soins sur leur secteur, les médecins interrogés pouvaient parfois éprouver des difficultés ou des doutes lorsqu'il s'agissait de répondre à certaines questions portant sur des aspects plus précis des prises en charge sur leur secteur (détailler le type de technique de relaxation utilisée par la psychomotricienne de la structure, si cette dernière utilise des objets connectés...). Dans ces situations, le médecin répondant au questionnaire pouvait nous adresser auprès de l'intervenant dispensant les outils psychocorporels en question afin de préciser les réponses et limiter la perte d'information, mais à plusieurs reprises ce relais n'a pas pu être réalisé. Ce choix de définir le professionnel désigné était cependant nécessaire, tant sur le plan logistique de l'enquête que sur le plan de la fiabilité des données recueillies, permettant une meilleure homogénéité des réponses.

Le recueil des données ayant été réalisé par le moyen du déclaratif, ces dernières sont donc sujettes à plusieurs biais. Premièrement, un biais de non-réponse est possible. Les médecins n'ayant pas répondu au questionnaire peuvent ne pas avoir souhaité participer à l'enquête du fait d'une offre de soin en pratiques psychocorporelles moins fournies sur leur secteur, d'une mauvaise sensibilisation ou d'une non adhésion à l'approche psychocorporelle des patients. Les données déclaratives sont également sujettes au biais de désirabilité sociale, les médecins responsables de structures pouvant souhaiter vouloir mettre en valeur l'offre

de soin sur leur secteur. Enfin, des oublis ou incompréhensions des médecins répondants sont toujours possibles dans ce type d'enquête.

Même si les items du questionnaire portaient majoritairement sur des données objectives concernant l'offre, l'organisation des soins et les habitudes de pratiques sur les secteurs, il est important de souligner que certains d'entre eux venaient questionner des données plus subjectives, faisant appel au ressenti et à la compréhension personnelle du médecin répondant. Il s'agit notamment de l'item concernant le défaut de prescription des outils psychocorporels malgré leur disponibilité, et ceux concernant les raisons pouvant expliquer la non prescription ou le défaut de prescription malgré la présence d'une indication. Ces données plus subjectives doivent donc être considérées comme telles. Cependant, cette enquête permet de cette façon d'obtenir des informations de valeur quant à la limitation de l'accès aux outils psychocorporels en pratique malgré leur disponibilité théorique.

Enfin, il est important de préciser que les résultats ont été obtenus en interrogeant les secteurs du Groupement Hospitalier de Territoire Psychiatrique Nord-Pas de Calais et du Centre Hospitalo-Universitaire de Lille, et sont donc non extrapolable à l'ensemble du territoire Français.

III. Conclusion et perspectives

Ce travail de thèse nous a permis d'évaluer l'accès aux pratiques psychocorporelles par les adolescents et jeunes adultes au cours de leur prise en soin sur les secteurs du GHT psychiatrique Nord-Pas de Calais et du CHU de Lille. Malgré une disponibilité théorique satisfaisante des outils psychocorporels sur les secteurs, des améliorations sont souhaitables quant à leur accès en pratique. Parmi les raisons pouvant expliquer cette limitation d'accès, certaines sont malheureusement soumises aux réalités économiques et

budgétaires des secteurs et sont difficilement modifiables par le biais d'une intervention. Il s'agit notamment du manque de personnel et du manque de formation du personnel, qui sont les deux raisons le plus souvent rapportées par les médecins répondants. Cependant, le manque de sensibilisation et les files d'activités mobilisées prioritairement pour la prise en charge d'un autre trouble psychiatrique sont deux raisons régulièrement évoquées et pour lesquelles des pistes de progrès peuvent être envisagées.

Concernant le manque de sensibilisation, retrouvé principalement sur les secteurs de psychiatrie adulte, la mise en place d'une intervention courte de sensibilisation aux pratiques psychocorporelles et leurs indications pourrait tout à fait avoir un effet bénéfique sur l'accès à ces pratiques par les jeunes adultes sur les secteurs.

Concernant la problématique des files d'activités mobilisées prioritairement pour la prise en charge d'un autre trouble psychiatrique, il est important de rappeler que c'est une limitation retrouvée exclusivement dans les secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et qui pourrait être expliqué par deux facteurs principaux : le psychomotricien comme intervenant le plus souvent désigné pour dispenser les outils psychocorporels, et la forte prévalence de troubles nécessitant prioritairement une prise en charge psychocorporelle dans la population pédiatrique (trouble du neurodéveloppement notamment). Cela vient donc remettre en question le raisonnement consistant à attribuer ce rôle aux psychomotriciens du fait de leur formation professionnelle. Sur les secteurs présentant cette problématique liée aux files d'activités, il pourrait alors être intéressant de pouvoir déléguer ce rôle à d'autres intervenants, notamment aux infirmiers, à l'image des secteurs de psychiatrie adulte.

D'autres pistes pouvant favoriser l'accès aux pratiques psychocorporelles par les adolescents et jeunes adultes émergent de ce travail de thèse. Nous retenons notamment la faible proportion d'utilisation d'applications, d'objets connectés ou de sites internet qui pourraient pourtant être des supports à l'apprentissage de ces pratiques. La généralisation

de ces médias pourrait permettre un meilleur accès aux outils psychocorporels en diminuant le temps nécessaire passé en présence d'un soignant pour s'en saisir.

Enfin, la faible proportion de structures proposant certaines pratiques efficaces et ne nécessitant qu'une formation brève des soignants (comme la cohérence cardiaque par exemple) est également une piste d'amélioration à considérer pour augmenter l'accès aux outils psychocorporels par cette population.

Bibliographie

1. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev.* 2004 Mar-Apr;75(2):317-333.
2. Ekman P. Are there basic emotions? *Psychol Rev.* 1992 Jul;99(3):550-3.
3. Rolls ET. Précis of The brain and emotion. *Behav Brain Sci.* 2000 Apr;23(2):177-91; discussion 192-233.
4. Cole PM, Martin SE, Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child Dev.* 2004 Mar-Apr;75(2):317-33.
5. Eisenberg N, Spinrad TL. Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child Dev.* 2004 Mar-Apr;75(2):334-9.
6. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002 May;39(3):281-91.
7. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion.* 2020 Feb;20(1):1-9.
8. Hilt L, Hanson J, Pollak S. Emotion Dysregulation. *Encyclopedia of Adolescence.* 2011 Dec:160-169.
9. D'Agostino A, Covanti S, Rossi Monti M, Starcevic V. Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatr Q.* 2017 Dec;88(4):807-825.
10. Thompson RA. Emotion dysregulation: A theme in search of definition. *Dev Psychopathol.* 2019 Aug;31(3):805-815.
11. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018 Mar;2(3):223-228.
12. Morawetz C, Bode S, Baudewig J, Heekeren HR. Effective amygdala-prefrontal connectivity predicts individual differences in successful emotion regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2017 Apr 1;12(4):569-585.
13. Ladouceur C. L'influence de la puberté sur les circuits neuronaux sous-tendant la régulation des émotions : implications pour la compréhension des risques de troubles affectifs. *Santé mentale au Québec.* 2016;41(1):35-64.
14. Roberts A, Lopez-Duran N. Developmental influences on stress response systems: Implications for psychopathology vulnerability in adolescence. *Comprehensive Psychiatry.* 2019;88:9-21.
15. Riley TN, Sullivan TN, Hinton TS, Kliewer W. Longitudinal relations between emotional awareness and expression, emotion regulation, and peer victimization among urban adolescents. *J Adolesc.* 2019 Apr;72:42-51.
16. Dishion TJ, Tipsord JM. Peer contagion in child and adolescent social and emotional development. *Annu Rev Psychol.* 2011;62:189-214.
17. Schwartz-Mette RA, Rose AJ. Co-rumination mediates contagion of internalizing symptoms within youths' friendships. *Dev Psychol.* 2012 Sep;48(5):1355-65.
18. Loughheed J, Hollenstein T. A Limited Repertoire of Emotion Regulation Strategies is Associated with Internalizing Problems in Adolescence. *Social Development.* 2012 Nov:704-721.

19. Shapero BG, Abramson LY, Alloy LB. Emotional Reactivity and Internalizing Symptoms: Moderating Role of Emotion Regulation. *Cognit Ther Res.* 2016 Jun;40(30):328-340.
20. Cheung RYM, Chan LY, Chung KKH. Emotion dysregulation between mothers, fathers, and adolescents: Implications for adolescents' internalizing problems. *J Adolesc.* 2020 Aug;83:62-71.
21. Gonçalves SF, Chaplin TM, Turpyn CC, Niehaus CE, Curby TW, Sinha R, Ansell EB. Difficulties in Emotion Regulation Predict Depressive Symptom Trajectory from Early to Middle Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2019 Aug;50(4):618-630.
22. Duggan J, Heath N, Hu T. Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: a one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015 Jul 8;9:21.
23. Prinstein MJ, Heilbron N, Guerry JD, Franklin JC, Rancourt D, Simon V, Spirito A. Peer influence and nonsuicidal self injury: longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *J Abnorm Child Psychol.* 2010 Jul;38(5):669-82.
24. Arnett JJ. Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol.* 2000 May;55(5):469-80.
25. Arnett JJ. Emerging adulthood: What is it and what is it good for ?. *Child Development Perspective.* 2007 Dec;1(2):68-73.
26. Hochberg ZE, Konner M. Emerging Adulthood, a Pre-adult Life-History Stage. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2020 Jan 14;10:918.
27. Yurgelun-Todd D. Emotional and cognitive changes during adolescence. *Curr Opin Neurobiol.* 2007 Apr;17(2):251-7.
28. Arain M, Haque M, Johal L, Mathur P, Nel W, Rais A, Sandhu R, Sharma S. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:449-61.
29. Baggio S, Studer J, Iglesias K, Daepfen JB, Gmel G. Emerging Adulthood: A Time of Changes in Psychosocial Well-Being. *Eval Health Prof.* 2017 Dec;40(4):383-400.
30. Arnett JJ. Socialization in emerging adulthood: From the family to the wider world, from socialization to self-socialization. *Handbook of socialization: Theory and research.* 2015 Nov:85–108.
31. Åsberg, K., & Wagaman, A.L. Emotion Regulation Abilities and Perceived Stress as Predictors of Negative Body Image and Problematic Eating Behaviors in Emerging Adults. *American Journal of Psychological Research.* 2010 Aug:193-217
32. Goldstein A., Haller S., Mackinnon S. & Stewart S. Attachment anxiety and avoidance, emotion dysregulation, interpersonal difficulties and alcohol problems in emerging adulthood. *Addiction Research & Theory.* 2019 27:2, 130-138,
33. Rajappa K., Gallagher M., Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research.* 2012 Dec:36(6):833-839.

34. Miranda R., Tsypes A., Gallagher M., Rajappa K. Rumination and hopelessness as Mediators of the relation between Emotion Dysregulation and Suicidal Ideations. *Cognitive Therapy and Research*. 2013 Aug;37(4):786-795.
35. You X, Ju C, Wang M, Zhang B, Liu P. Age Differences in the Influence of Induced Negative Emotion on Decision-Making: The Role of Emotion Regulation. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019 Jun 14;74(5):796-805.
36. Gullone E, Hughes EK, King NJ, Tonge B. The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2-year follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010 May;51(5):567-74.
37. Zimmermann P, Iwanski A. Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*. 2014 Jan;38(2):182-194.
38. Célestin-Lhopiteau I., Wanquet-Thibaut W. *Guide des pratiques psychocorporelles*. 2ème ed. Elsevier Masson:2018.
39. Kabat-Zinn J. *Mindfulness Meditation*. Haruki Y., Ishii Y. Suzuki M. *Comparative and Psychological Study On Meditation*. Pays-Bas: Eburon; 1996.
40. Manzoni GM, Pagnini F, Castelnuovo G, Molinari E. Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2008 Jun 2;8:41.
41. Keng SL, Tan ELY, Eisenlohr-Moul TA, Smoski MJ. Effects of mindfulness, reappraisal, and suppression on sad mood and cognitive resources. *Behav Res Ther*. 2017 Apr;91:33-42.
42. Farb NA, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal ZV. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*. 2010 Feb;10(1):25-33.
43. Fix R. & Fix S. The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*. 2013 Mar;18(2):219–227.
44. Peters JR, Smart LM, Eisenlohr-Moul TA, Geiger PJ, Smith GT, Baer RA. Anger Rumination as a Mediator of the Relationship Between Mindfulness and Aggression: The Utility of a Multidimensional Mindfulness Model. *J Clin Psychol*. 2015 Sep;71(9):871-84.
45. Cassiello-Robbins C, Sauer-Zavala S, Brody LR, Barlow DH. Exploring the Effects of the Mindfulness and Countering Emotional Behaviors Modules From the Unified Protocol on Dysregulated Anger in the Context of Emotional Disorders.
46. Stephens AN, O'Hern S, Young KL, Chambers R, Hassed C, Koppel S. Self-reported mindfulness, cyclist anger and aggression. *Accid Anal Prev*. 2020 Sep;144:105625.
47. Falsafi N. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness Versus Yoga: Effects on Depression and/or Anxiety in College Students. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2016 Nov;22(6):483-497.
48. Perry-Parrish C, Copeland-Linder N, Webb L, Sibinga EM. Mindfulness-Based Approaches for Children and Youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2016 Jun;46(6):172-8.
49. Simkin DR, Black NB. Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Jul;23(3):487-534.

50. Bauer CCC, Caballero C, Scherer E, West MR, Mrazek MD, Phillips DT, Whitfield-Gabrieli S, Gabrieli JDE. Mindfulness training reduces stress and amygdala reactivity to fearful faces in middle-school children. *Behav Neurosci*. 2019 Dec;133(6):569-585.
51. Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, Garbella E, Menicucci D, Neri B, Gemignani A. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front Hum Neurosci*. 2018 Sep 7;12:353.
52. Jerath R, Crawford MW, Barnes VA, Harden K. Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2015 Jun;40(2):107-15.
53. Ma X, Yue ZQ, Gong ZQ, Zhang H, Duan NY, Shi YT, Wei GX, Li YF. The Effect of Diaphragmatic Breathing on Attention, Negative Affect and Stress in Healthy Adults. *Front Psychol*. 2017 Jun 6;8:874.
54. Ariga RA. Decrease Anxiety among Students Who Will Do the Objective Structured Clinical Examination with Deep Breathing Relaxation Technique. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Aug 10;7(16):2619-2622.
55. Perciavalle V, Blandini M, Fecarotta P, Buscemi A, Di Corrado D, Bertolo L, Fichera F, Coco M. The role of deep breathing on stress. *Neurol Sci*. 2017 Mar;38(3):451-458.
56. Meier NF, Welch AS. Walking versus biofeedback: a comparison of acute interventions for stressed students. *Anxiety Stress Coping*. 2016 Sep;29(5):463-78.
57. Laborde S., Allen M. S., Göhring N., and Dosseville F. The effect of slow-paced breathing on stress management in adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2016 Dec;61:560–567.
58. Priyanka K. A Study to Assess the Effectiveness of Deep Breathing Exercise on reduction of anger expression among adolescent girls in selected school at Vallioor. [Mémoire de Master en Science de Soins]. Chennai: Université Médicale; 2016.
59. Feindler E.L. and Engel E.C. Assessment and intervention for adolescents with anger and aggression difficulties in school settings. *Psychol. Schs*. 2011 Jan;48:243-253.
60. Liu K, Chen Y, Wu D, Lin R, Wang Z, Pan L. Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complement Ther Clin Pract*. 2020 May;39:101132.
61. Merakou K, Tsoukas K, Stavrinou G, Amanaki E, Daleziou A, Kourmoussi N, Stamatelopoulou G, Spourdalaki E, Barbouni A. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Emotional Competence: Depression-Anxiety-Stress, Sense of Coherence, Health-Related Quality of Life, and Well-Being of Unemployed People in Greece: An Intervention Study. *Explore (NY)*. 2019 Jan-Feb;15(1):38-46.
62. de Lorent L, Agorastos A, Yassouridis A, Kellner M, Muhtz C. Auricular Acupuncture Versus Progressive Muscle Relaxation in Patients with Anxiety Disorders or Major Depressive Disorder: A Prospective Parallel Group Clinical Trial. *J Acupunct Meridian Stud*. 2016 Aug;9(4):191-9.
63. Chellew K, Evans P, Fornes-Vives J, Pérez G, Garcia-Banda G. The effect of progressive muscle relaxation on daily cortisol secretion. *Stress*. 2015;18(5):538-44.

64. C., Tritt K., Loew T.H., Rother W.K. and Nickel M.K. Stressed aggressive adolescents benefit from progressive muscle relaxation: A random, prospective, controlled trial. *Stress and Health*. 2005 Apr;21:169-175.
65. Benor R. Autogenic training. *Complement Ther Nurs Midwifery*. 1996 Oct;2(5):134-8.
66. Ernst E, Kanji N. Autogenic training for stress and anxiety: a systematic review. *Complement Ther Med*. 2000 Jun;8(2):106-10.
67. Stetter F, Kupper S. Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2002 Mar;27(1):45-98.
68. Seo E, Kim S. Effect of Autogenic Training for Stress Response: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Korean Acad Nurs*. 2019 Aug;49(4):361-374.
69. Jojić BR, Leposavić LM. [Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adolescents]. *Srp Arh Celok Lek*. 2005 Sep-Oct;133(9-10):424-8. Serbian.
70. Kanji N, White A, Ernst E. Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2006 Mar;53(6):729-35.
71. Kaur J, Ghosh S, Sahani AK, Sinha JK. Mental imagery training for treatment of central neuropathic pain: a narrative review. *Acta Neurol Belg*. 2019 Jun;119(2):175-186.
72. Lindquist R, Snyder M., Tracy M F., editeurs. *Complementaries & Alternative Therapies for Nursing*. 7ème éd. New York: Springer Publishing Company; 2014
73. Mahdizadeh MJ, Tirkari B, Abadi OSRR, Bahaadinbeigy K. Guided Imagery: Reducing Anxiety, Depression, and Selected Side Effects Associated With Chemotherapy. *Clin J Oncol Nurs*. 2019 Oct 1;23(5):E87-E92.
74. Onieva-Zafra MD, Parra-Fernández ML, Fernandez-Martinez E. Benefits of a Home Treatment Program Using Guided Imagery Relaxation Based on Audio Recordings for People With Fibromyalgia. *Holist Nurs Pract*. 2019 Mar/Apr;33(2):111-120.
75. Apóstolo JL, Kolcaba K. The effects of guided imagery on comfort, depression, anxiety, and stress of psychiatric inpatients with depressive disorders. *Arch Psychiatr Nurs*. 2009 Dec;23(6):403-11.
76. Felix MMDS, Ferreira MBG, Oliveira LF, Barichello E, Pires PDS, Barbosa MH. Guided imagery relaxation therapy on preoperative anxiety: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Nov 29;26:e3101.
77. Hilary McClafferty, Erica Sibinga, Michelle Bailey, Timothy Culbert, Joy Weydert, Melanie Brown. *Mind-Body Therapies in Children and Youth*. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3):e20161896.
78. Flynn TA, Jones BA, Ausderau KK. Guided Imagery and Stress in Pregnant Adolescents. *Am J Occup Ther*. 2016 Sep-Oct;70(5):7005220020p1-7.
79. Ben Khedher Balbolia S., Ali A., Hassler C., Barry C. et Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la sophrologie. Paris: Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des populations (CESP), Unité INSERM 1178 Santé publique et santé mentale; 2020.
80. Francis AL, Beemer RC. How does yoga reduce stress? Embodied cognition and emotion highlight the influence of the musculoskeletal system. *Complement Ther Med*. 2019 Apr;43:170-175.

81. Riley KE, Park CL. How does yoga reduce stress? A systematic review of mechanisms of change and guide to future inquiry. *Health Psychol Rev.* 2015;9(3):379-96.
82. Nivethitha L, Mooventhan A, Manjunath NK. Effects of Various Prāṇāyāma on Cardiovascular and Autonomic Variables. *Anc Sci Life.* 2016 Oct-Dec;36(2):72-77.
83. Pascoe MC, Thompson DR, Ski CF. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology.* 2017 Dec;86:152-168.
84. Chin MS, Kales SN. Understanding mind-body disciplines: A pilot study of paced breathing and dynamic muscle contraction on autonomic nervous system reactivity. *Stress Health.* 2019 Oct;35(4):542-548.
85. Bonura KB, Tenenbaum G. Effects of yoga on psychological health in older adults. *J Phys Act Health.* 2014 Sep;11(7):1334-41.
86. Cramer H, Lauche R, Anheyer D, Pilkington K, de Manincor M, Dobos G, Ward L. Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety.* 2018 Sep;35(9):830-843.
87. Brinsley J, Schuch F, Lederman O, Girard D, Smout M, Immink MA, Stubbs B, Firth J, Davison K, Rosenbaum S. Effects of yoga on depressive symptoms in people with mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2020 May 18:bjsports-2019-101242.
88. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *Am Fam Physician.* 2019 May 15;99(10):620-627.
89. Weaver LL, Darragh AR. Systematic Review of Yoga Interventions for Anxiety Reduction Among Children and Adolescents. *Am J Occup Ther.* 2015 Nov-Dec;69(6):6906180070p1-9.
90. Frank J.L., Kohler K., Peal A. et Bose B. Effectiveness of a School-Based Yoga Program on Adolescent Mental Health and School Performance: Findings from a Randomized Controlled Trial. *Mindfulness* 2016 Oct;8:544–553.
91. Erdoğan Yüce G, Muz G. Effect of yoga-based physical activity on perceived stress, anxiety, and quality of life in young adults. *Perspect Psychiatr Care.* 2020 Jul;56(3):697-704.
92. Lemay V, Hoolahan J, Buchanan A. Impact of a Yoga and Meditation Intervention on Students' Stress and Anxiety Levels. *Am J Pharm Educ.* 2019 Jun;83(5):7001.
93. Revet A, Yrondi A, Montastruc F. Règles de bon usage des benzodiazépines. *Presse Med.* 2018 Oct;47(10):872-877.
94. Verma S, Donovan J, Tunuguntla HS, Tunuguntla R, Gupta BV, Nandi A, Shivanand I. Yoga of Immortals Intervention Reduces Symptoms of Depression, Insomnia and Anxiety. *Front Psychiatry.* 2021 Jun 22;12:648029.
95. Champion L, Economides M, Chandler C. The efficacy of a brief app-based mindfulness intervention on psychosocial outcomes in healthy adults: A pilot randomised controlled trial. *PLoS One.* 2018 Dec 31;13(12):e0209482.
96. Flett JAM, Conner TS, Riordan BC, Patterson T, Hayne H. App-based mindfulness meditation for psychological distress and adjustment to college in incoming university students: a pragmatic, randomised, waitlist-controlled trial. *Psychol Health.* 2020 Sep;35(9):1049-1074.
97. Bostock S, Crosswell AD, Prather AA, Steptoe A. Mindfulness on-the-go: Effects of a mindfulness meditation app on work stress and well-being. *J Occup Health Psychol.* 2019 Feb;24(1):127-138.

98. Kim J, Gray JA, Johnson H. The Effect of a Web-Based Deep Breathing App on Stress of Direct Care Workers: Uncontrolled Intervention Study. *J Altern Complement Med*. 2021 Jul 5.
99. Pizzoli SFM, Marzorati C, Mazzoni D, Pravettoni G. Web-Based Relaxation Intervention for Stress During Social Isolation: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Health*. 2020 Dec 3;7(12):e22757.

Annexes

PRATIQUES PSYCHO-CORPORELLES D'AIDE A LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADO...

PRATIQUES PSYCHO-CORPORELLES D'AIDE A LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET ADULTES ÉMERGENTS

Le but de ce formulaire est de réaliser un état des lieux de l'offre de soin en outils psychocorporels visant à aider les adolescents et adultes émergents dans leur régulation émotionnelle. Ce formulaire est adressé aux CMPs de secteur et autres structures de soins psychiatriques non sectorisées assurant des suivis d'adolescents et d'adultes émergents dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais.

***Obligatoire**

1. Nom de la structure de soin (Ex : CMP Vincent Van Gogh) *

2. Sectorisation de la structure *

Une seule réponse possible.

- Secteur Enfant & Adolescent
 Secteur Adulte
 Intersectorielle ou Non Sectorisée

3. Nom du secteur (Ex : 59G01)

1/6

Annexe 1. Exemple du questionnaire d'entretien téléphonique

OFFRE DE SOINS EN
PRATIQUES
PSYCHOCORPORELLES

L'adolescence et la phase de transition vers l'âge adulte ("emerging adulthood", Arnett) sont des périodes de dysrégulation émotionnelle importante, où des stratégies de coping dysfonctionnelles peuvent parfois être mises en place, entraînant des conséquences négatives à court et à long terme pour nos patients. Cette régulation émotionnelle peut pourtant être facilitée par plusieurs pratiques psycho-corporelles dont le but est de soulager le vécu négatif de certaines émotions, en venant modifier notre réponse corporelle physiologique. Ces pratiques psycho-corporelles sont donc des outils d'intérêt dans la prise en charge des adolescents et adultes émergents.

4. Lorsque vous prenez en charge des adolescents/adultes émergents (13-25 ans) présentant des difficultés à réguler leurs émotions, proposez-vous des outils psycho-corporels (relaxation, méditation, yoga, sophrologie...) favorisant une meilleure régulation émotionnelle ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 5*
- NON *Passer à la question 13*

OFFRE DE SOINS -
MODALITÉS

Il existe de multiples techniques psycho-corporelles et elles peuvent être réalisées selon différentes modalités.

Annexe 1. Exemple du questionnaire d'entretien téléphonique (suite)

5. Quel(s) pratiques psychocorporelles êtes vous en mesure de proposer à vos patients ?

Plusieurs réponses possibles.

	CMP	CATTP	HDJ	Intra-Hospitalier	Autre
Cohérence Cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méditation Pleine Conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaxation Appliquée (Öst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relaxation Musculaire Progressive (Jacobson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respiration Profonde / Abdominale / Diaphragmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sophrologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Training Autogène (Schultz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visualisation / Imagerie mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Si vous proposez une "Autre" méthode, veuillez préciser ci-dessous.

7. Quels intervenants pratiquent ces outils ?

Plusieurs réponses possibles.

- Psychologue
 Psychiatre
 Psychomotricien
 Infirmier Psychiatrique

Autre : _____

Annexe 1. Exemple du questionnaire d'entretien téléphonique (suite)

8. Ces outils sont-ils pratiqués en entretien individuel ou en groupe ?

Plusieurs réponses possibles.

- Individuel
 Groupe

9. Ces pratiques sont-elles proposées spontanément, ou à la demande du patient ?

Plusieurs réponses possibles.

- Spontanément
 A la demande

10. Vous aidez-vous d'objets connectés ou d'applications lorsque vous enseignez ces pratiques psycho-corporelles à vos patients ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. En tant que prescripteur, avez-vous le sentiment que ces pratiques psychocorporelles sont sous-prescrites dans la prise en charge des adolescents / jeunes adultes sur votre secteur ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Annexe 1. Exemple du questionnaire d'entretien téléphonique (suite)

12. Si oui, quelles sont selon vous les raisons qui pourraient expliquer cette sous-prescription ?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de personnel
 Manque de formation
 Manque de sensibilisation

Autre : _____

OFFRE DE SOINS - INDISPONIBILITÉ

13. Ces outils ne sont pas proposés par manque de disponibilité, ou parce qu'ils ne sont pas indiqués lors de vos prises en charge ?

Une seule réponse possible.

- Manque de disponibilité
 Pas d'indication

14. Si "Manque de disponibilité", quelles sont les raisons empêchant de proposer ces pratiques psychocorporelles lors de vos prises en charge ?

Plusieurs réponses possibles.

- Manque de formation à l'utilisation de ces outils
 Manque de personnel soignant / de place dans les files actives
 Projet en cours de développement
 Pas d'intérêt perçu à l'utilisation de ces pratiques

Autre : _____

15. Si "Pas d'indication", pouvez-vous justifier brièvement votre choix ?

Annexe 1. Exemple du questionnaire d'entretien téléphonique (suite)

OFFRE DE SOINS EN
PRATIQUES
PSYCHOCORPORELLES

L'adolescence et la phase de transition vers l'âge adulte ("emerging adulthood", Arnett) sont des périodes de dysrégulation émotionnelle importante, où des stratégies de coping dysfonctionnelles peuvent parfois être mises en place, entraînant des conséquences négatives à court et à long terme pour nos patients. Cette régulation émotionnelle peut pourtant être facilitée par plusieurs pratiques psycho-corporelles dont le but est de soulager le vécu négatif de certaines émotions, en venant modifier notre réponse corporelle physiologique. Ces pratiques psycho-corporelles sont donc des outils d'intérêt dans la prise en charge des adolescents et adultes émergents.

4. Lorsque vous prenez en charge des adolescents/adultes émergents (13-25 ans) présentant des difficultés à réguler leurs émotions, proposez-vous des outils psycho-corporels (relaxation, méditation, yoga, sophrologie...) favorisant une meilleure régulation émotionnelle ? *

Une seule réponse possible.

- OUI *Passer à la question 5*
- NON *Passer à la question 13*

OFFRE DE SOINS -
MODALITÉS

Il existe de multiples techniques psycho-corporelles et elles peuvent être réalisées selon différentes modalités.

Annexe 1. Exemple du questionnaire d'entretien téléphonique (suite)

AUTEUR : Nom : CHEVALIER

Prénom : Emmanuel

Date de soutenance : 28 Septembre 2021 à 15 heures

Titre de la thèse : Etude de l'offre de soin en outils psychocorporels dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes sur les secteurs du GHT psychiatrie Nord-Pas de Calais et du CHU

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Psychiatrie, option psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Mots-clés : adolescents ; adultes émergents ; pratiques psychocorporelles ; régulation émotionnelle ; offre de soin

Contexte L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des périodes de grands bouleversements durant lesquelles peut être observée une augmentation du risque de développer des stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles et certains troubles psychiatriques. Plusieurs pratiques psychocorporelles ont montré dans la littérature scientifique un rapport coût/efficacité favorable pour aider à la régulation émotionnelle auprès de ces populations. L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer si les adolescents et adultes émergents du Nord-Pas de Calais ont accès à ces outils psychocorporels au cours de leur prise en soin. Les objectifs secondaires sont d'identifier les modalités de dispensation de ces pratiques et les raisons limitant leur disponibilité.

Méthode Il s'agit d'une étude descriptive réalisée par enquête téléphonique sur la période de Octobre 2020 à Mars 2021. Cette enquête consiste à interroger les médecins responsables de CMP et CMPP implantés sur les secteurs du GHT Psychiatrique Nord-Pas de Calais ainsi que du CHU de Lille à propos de l'utilisation des pratiques psychocorporelles dans la prise en charge des adolescents et jeunes adultes sur leur secteur.

Résultats 50 médecins ont répondu à l'enquête. 43 (86%) d'entre eux affirmaient proposer des pratiques psychocorporelles, mais 27 médecins rapportaient une sous prescription de ces outils. Les raisons pouvant expliquer cette sous-prescription ou non-prescription étaient principalement le manque de personnel, de formation du personnel, de sensibilisation des prescripteurs et les files d'activités mobilisées en priorité pour la prise en charge d'autres troubles. Les intervenants les plus sollicités pour dispenser ces outils étaient les infirmiers (91,3% des réponses en secteur adulte), et les psychomotriciens (88,2% en secteur pédopsychiatrique). Enfin, 65,1% des médecins rapportaient l'absence d'utilisation de supports numériques pour aider à dispenser ces outils.

Discussion Les pratiques psychocorporelles sont donc théoriquement disponibles sur les secteurs interrogés, mais leur accès en pratique reste trop souvent limité. Une opération de sensibilisation, une réflexion autour de l'intervenant désigné pour dispenser ces outils, ou encore la généralisation de l'utilisation des supports numériques pourraient permettre d'améliorer l'accessibilité de ces pratiques.

Composition du Jury :

Président : Pr Renaud JARDRI

Asseseurs : Dr Pierre GRANDGENEVRE

Directeur de thèse : Dr Eric SALOME