

Expérience d'une introduction à la pleine conscience chez des personnes vieillissantes à risque de déclin cognitif

Andréanne Simard^{1,2,3} , Isabelle F.-Dufour^{4,5,6} , Sonia Goulet¹  and Carol Hudon^{1,2,3} 

Article

Cite this article: Simard, A., F.-Dufour, I., Goulet, S., & Hudon, C. (2026). Expérience d'une introduction à la pleine conscience chez des personnes vieillissantes à risque de déclin cognitif. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*
<https://doi.org/10.1017/S0714980826100701>

Received: 19 December 2024
Accepted: 05 April 2026

Mots-clés:

vieillesse; pleine conscience; déclin cognitif; dépression; anxiété; étude qualitative

Keywords:

aging; mindfulness; cognitive decline; depression; anxiety; qualitative study

Corresponding author:

Andréanne Simard;
Email: andreanne.simard.4@ulaval.ca

¹École de psychologie, Faculté des Sciences Sociales, Université Laval, Canada; ²CERVO Brain Research Centre, Canada; ³VITAM Centre de Recherche en Santé Durable, Canada; ⁴Département des fondements et pratiques en éducation, Faculté des sciences de l'éducation, Université Laval, Canada; ⁵Centre International de Criminologie Comparée, Canada and ⁶Institut universitaire Jeunes en difficulté, Canada

Résumé

Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) sont reconnues comme des approches pertinentes auprès de personnes vieillissantes à risque de déclin cognitif. Toutefois, peu d'études ont exploré l'expérience vécue de participants présentant un déclin cognitif accompagné de symptômes anxiodépressifs. Cette étude qualitative vise à comprendre l'expérience de 13 adultes de 55 ans et plus ayant participé à une IBPC de groupe. Des entrevues semi-dirigées menées après l'intervention ont été analysées selon une approche inductive pour dégager les thèmes émergents. Les résultats révèlent une trajectoire expérientielle en trois temps : une surprise initiale face aux pratiques, une évolution progressive de leur vécu, tant individuel qu'interpersonnel, notamment grâce au groupe, puis un sentiment d'élucidation et de satisfaction à l'égard du programme. L'analyse met en lumière des processus individuels et relationnels importants, soulignant la nécessité de considérer divers facteurs dans l'étude des mécanismes et effets des IBPC auprès des personnes vieillissantes.

Abstract

Mindfulness-based interventions (MBIs) are increasingly recognized as relevant approaches for older adults at risk of cognitive decline. However, few studies have examined the lived experience of individuals presenting cognitive decline alongside anxiodepressive symptoms. This qualitative study aims to understand the experience of 13 adults aged 55 and older who participated in a group-based MBI. Semi-structured interviews conducted after the intervention were analyzed using an inductive approach to identify emerging themes. Findings reveal a three-phase experiential trajectory: initial surprise toward the practices, a gradual evolution of their experience at both individual and interpersonal levels, particularly through the group context, and a final sense of insight and satisfaction. The analysis highlights individual and relational processes and underscores the importance of considering multiple factors, particularly relational ones, when examining mechanisms and effects of MBIs among older adults at risk of cognitive decline.

Le vieillissement est une étape développementale charnière qui comporte son lot de transitions et de changements, autant physiques, psychologiques que sociaux. Cet article porte sur les personnes vieillissantes qui présentent soit un déclin cognitif subjectif (DCS, c.-à-d. une plainte cognitive qui n'est pas objectivée à l'aide de tests standardisés; Jessen et al., 2014), soit un trouble cognitif léger (TCL; c.-à-d. une plainte cognitive et un déficit cognitif mesurable dans au moins un domaine de la cognition [typiquement la mémoire], en l'absence d'atteinte significative des capacités fonctionnelles; Albert et al., 2011). Le déclin cognitif subjectif et le trouble cognitif léger sont plus semblables que dissemblables, le trouble cognitif léger constituant un stade cliniquement objectivable ultérieur d'un même continuum de déclin cognitif (Albert et al., 2011; Jessen et al., 2014). Ces deux conditions cognitives s'accompagnent très fréquemment de symptômes dépressifs et anxieux (Kim et Lee, 2022; Yates et al., 2017). Le déclin cognitif peut également entraîner un isolement social qui, à son tour, peut aggraver les symptômes anxiodépressifs (Yates et al., 2017).

Dans l'objectif d'atténuer les symptômes dépressifs et anxieux des personnes vivant avec un DCS ou un TCL, divers programmes d'intervention ont été étudiés. L'entraînement à la pleine conscience (PC) montre un potentiel particulièrement intéressant pour ces personnes (Larouche et al., 2015). La PC se définit généralement par le fait de « prêter attention aux expériences

© The Author(s), 2026. Published by Cambridge University Press on behalf of The Canadian Association on Gerontology. This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original article is properly cited. The written permission of Cambridge University Press or the rights holder(s) must be obtained prior to any commercial use.

internes (p. ex. respiration, sensation corporelle, émotions, pensées) et externes (p. ex. son, odeur) dans le moment présent, de façon délibérée et sans jugement » (Kabat-Zinn, 1990). Les interventions basées sur la pleine conscience (IBPC) ont comme objectif de faire croître cette capacité à se concentrer sur l'instant présent dans une attitude d'observateur neutre. Dans une IBPC, les participants, accompagnés par un instructeur qualifié, s'entraînent à la PC à l'aide de différents exercices méditatifs (p. ex. méditation assise, balayage corporel, mouvements conscients). L'IBPC vise aussi à faire connaître les attitudes de l'approche de PC (l'acceptation, la patience, l'esprit du débutant, le non-jugement, la confiance, le non-effort et le lâcher-prise) pour qu'elles soient intégrées à la vie quotidienne des participants.

Les effets des IBPC sont jugés prometteurs pour de nombreuses clientèles afin de réduire les symptômes dépressifs et anxieux (Galante et al., 2023). Chez les personnes âgées (sans sélection particulière en fonction du statut cognitif), deux méta-analyses relèvent une réduction significative et durable des symptômes dépressifs dans les groupes ayant reçu une IBPC en comparaison à une condition de liste d'attente, mais les effets sur les symptômes anxieux sont moins clairs (Li et Bressington, 2019; Reangsing et al., 2020). Chez les personnes âgées présentant un DCS et celles vivant avec un TCL, plusieurs études randomisées contrôlées (RCT) montrent une réduction significative des symptômes dépressifs (Marciniak et al., 2020; Wetherell et al., 2017) et anxieux (Lenze et al., 2014; Marchant et al., 2021; Tran et al., 2023; Wetherell et al., 2017). Une méta-analyse montre un effet significatif des IBPC sur les symptômes anxieux et le stress, mais l'effet sur les symptômes dépressifs n'est pas significatif (Rose Sin Yi et al., 2023). La condition cognitive (DCS vs TCL) expliquerait statistiquement 71,8% de la variance de l'effet sur les symptômes dépressifs et les personnes avec un DCS bénéficieraient davantage de l'IBPC (Rose Sin Yi et al., 2023). Des méta-analyses regroupant des participants qui présentent un TCL ou une maladie d'Alzheimer (dont la cognition est davantage détériorée) ne relèvent pas d'effet combiné significatif sur les symptômes dépressifs et anxieux (Han, 2021; Nagaoka et al., 2021). Aussi, dans des protocoles randomisés contrôlés, lorsque comparée à une condition active, la condition IBPC ne présente pas toujours une supériorité statistique (p.ex. intervention d'éducation à la santé; Klainin-Yobas et al., 2019; Marchant et al., 2021). Outre le fait que les données de qualité (p. ex. RCT avec un risque de biais minimal) soient encore peu nombreuses (Han, 2021; Nagaoka et al., 2021), il est possible que les IBPC ne soient pas supérieures au plan statistique puisqu'elles seraient efficaces de façon équivalente aux conditions de comparaison, tout en sollicitant des mécanismes différents pour parvenir à ces effets (Rosenkranz et al., 2019). Une autre hypothèse est que les changements associés à une IBPC suivent des trajectoires variables et non linéaires, ce qui peut être difficile à illustrer par les devis quantitatifs (Rosenkranz et al., 2019). Wyatt et collaborateurs (2014) ont quant à eux réalisé une métasynthèse d'études qualitatives chez des personnes adultes présentant un trouble de santé mentale et ayant réalisé une IBPC afin de décrire et de comprendre les enjeux communs soulevés entre les études. Ils ont recensé 15 articles et ont regroupé les interprétations des études primaires en 23 thèmes descriptifs, qui ont ensuite été intégrés dans un cadre plus large à l'aide de neuf thèmes analytiques. Ceux-ci incluent les expériences et attentes antérieures, le processus de groupe normalisant et soutenant, une relation à ses pensées et à ses émotions différente, l'acceptation, le sentiment de contrôle et de choix, la relation à soi-même et aux autres, les difficultés rencontrées, ainsi que la prise de conscience. Certains aspects de cette expérience pourraient être transférables à

une population vieillissante qui présente des changements aux plans cognitifs et psychologiques.

La présente étude s'intéresse à l'expérience d'une IBPC chez des personnes vieillissantes qui présentent à la fois des difficultés cognitives (DCS et TCL) et psychologiques (symptômes anxiodépressifs). Ainsi, l'objectif est de documenter l'expérience individuelle d'une IBPC dans ses différentes facettes, comme l'adhésion à l'intervention, les bénéfices et effets indésirables, les obstacles rencontrés, l'engagement dans l'intervention et le contenu intégré.

Cadre théorique

Pour bien saisir comment l'IBPC peut avoir des effets tant sur l'humeur de personnes âgées cognitivement saines, Martins (2014) propose un modèle intégratif des changements liés à l'entraînement à la PC en relation à leurs mécanismes sous-jacents et aux concepts de l'approche de la PC (illustré dans la Figure 1). Ce modèle inductif s'appuie sur des données quantitatives et qualitatives qui ont été recueillies auprès de 12 participant.es ayant participé à une intervention d'IBPC que l'on compare à 12 personnes qui présentent des caractéristiques semblables, mais qui ne reçoivent pas d'intervention (liste d'attente). Chacune des thématiques qui y figurent sont issues du discours des participants. La forme ovale contient les principes de base de l'IBPC (p. ex. acceptation, non-jugement). Selon l'autrice, ces principes sont des capacités innées chez l'être humain que l'IBPC permet de développer (Martins, 2014). Les flèches encerclant l'ovale symbolisent le mouvement continu, dynamique et cyclique du processus d'apprentissage. L'encadré regroupe les différents changements identifiés chez les participants, divisé en cinq catégories d'effets (bien-être psychologique, bien-être physique, interactions sociales, vie quotidienne et cognition). Au cœur de cette figure se situe la spiritualité qui, selon le modèle, serait le point de référence des participants quant à leur identité et le sens de leur vie. Ce cheminement spirituel inclurait aussi, dans une certaine mesure, la transcendance du soi (de l'ego à l'accession à une conscience plus universelle). Cette transcendance permettrait des effets au plan interpersonnel (p. ex. investissement dans des relations significatives) et au plan intrapersonnel (p. ex. accent mis sur les moments de bonheur au quotidien; Martins, 2014). L'étude actuelle se base principalement sur ce cadre théorique et permettra de vérifier si ces constats s'appliquent également aux personnes vieillissantes qui vivent avec des symptômes anxiodépressifs et des difficultés cognitives.

Méthode

La présente étude s'inscrit dans un programme de recherche de plus grande envergure. Le projet a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche sectorielle en neurosciences et santé mentale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale au mois de novembre 2017 (#2018-235).

Intervention

L'IBPC était offerte aux participants sous une forme manualisée, en petits groupes (six à dix personnes) dans un local du centre de recherche CERVO (situé dans un milieu hospitalier). Deux cohortes (ou groupes) ont été formées et entraînées. Cette intervention a été adaptée et testée pour la population âgée québécoise par l'équipe du laboratoire dans un projet de recherche antérieur. Les séances d'intervention hebdomadaires (durée de 2h30) étaient animées par

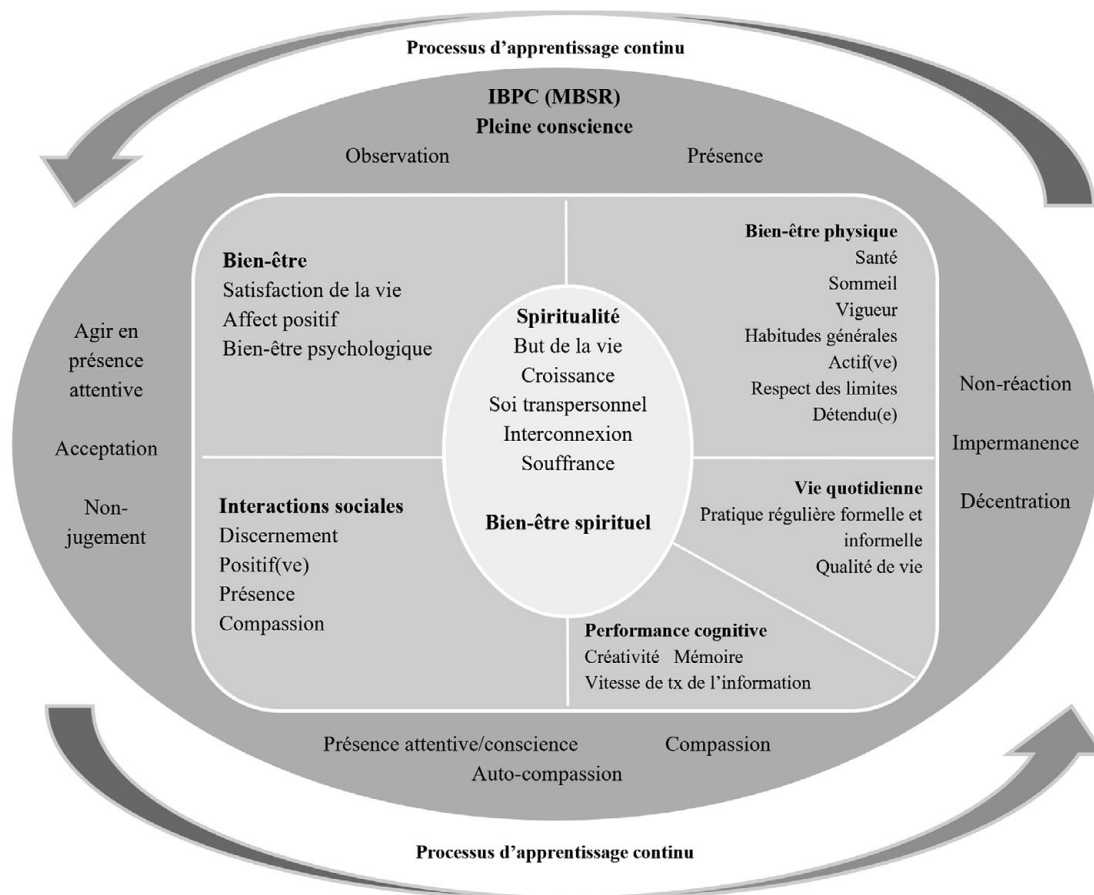


Figure 1. Schéma intégratif des résultats mixtes tiré de l'étude de Martins (2014; p. 176, traduit avec la permission de Jessica Kingsley Publishers Limited)

une instructrice qualifiée. Celle-ci a été différente dans les deux cohortes. Chacune détenait au moins une formation universitaire de premier cycle dans le domaine de la santé (sciences infirmières, ergothérapie) et ont travaillé dans le domaine de la santé mentale. Elles avaient suivi la formation requise et était accréditée à l'administration d'IBPC et avaient déjà expérimenté l'animation de ce type d'intervention (au moins dix groupes en communauté et/ou en contexte hospitalier). Elles avaient toutes deux participé à plusieurs retraites de méditation de PC (totalisant entre 18 et 21 jours). L'adhérence des instructrices au programme (Larouche et al., 2018) a été vérifiée via des enregistrements audio des séances.

La première semaine constituait une introduction générale à l'approche. Les semaines suivantes initiaient les participants à un exercice de PC à la fois, dont le balayage corporel, la présence attentive/méditation assise ou marchée et les mouvements conscients/yoga. La dernière semaine comprenait une pratique de méditation et un retour sur l'intervention en groupe. Pendant la période active de l'intervention (huit semaines), les participants devaient pratiquer les techniques méditatives à domicile à raison de six jours par semaine, 30 minutes à chaque fois, à l'aide d'enregistrement audio pour les guider. Les participants devaient consigner leurs pratiques méditatives dans des grilles d'auto-observation fournies. Les rencontres hebdomadaires de groupe comprenaient un retour sur les pratiques de la semaine et différentes périodes d'échange et de discussion à la suite des exercices ou en lien avec les enseignements (p. ex. mise en pratique des attitudes de PC). Un cahier résumant les notions vues le jour même était remis chaque semaine.

Participants

Les participants provenaient de la banque de participants potentiels du laboratoire de C. Hudon. Ils ont été recrutés dans la communauté ou par références de professionnels de la santé. Ils réalisaient d'abord une évaluation de leur santé psychocognitive au laboratoire pour vérifier leur admissibilité à l'étude. Les critères d'inclusion au projet ciblaient les personnes âgées de 55 ans et plus vivant avec un DCS ou un TCL et présentant des symptômes dépressifs sous-cliniques (c.-à-d. ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-5). Le DCS est défini par une impression ou une perception subjective de déclin dans un domaine cognitif à travers le temps, sans être liée à un événement soudain dans la vie de la personne (Jessen et al., 2014). Ce déclin perçu par la personne n'est pas objectivé par des tests cognitifs standardisés, où la performance se situe dans la moyenne des personnes de même âge. Le TCL réfère quant à lui au stade intermédiaire entre le vieillissement normal et le trouble neurocognitif (TNC) majeur (stade de démence; Albert et al., 2011). La personne fait l'expérience d'une plainte cognitive et d'un déclin cognitif confirmé par des résultats déficitaires minimalement aux tests de mémoire, avec ou sans déficits dans les autres domaines cognitifs (p. ex. fonctions exécutives, attention). Au stade du TCL, la personne est toujours capable de réaliser la plupart de ses activités de la vie quotidienne (Albert et al., 2011). L'échantillon se compose donc de personnes présentant l'un ou l'autre de ces statuts cognitifs, faisant partie d'un même continuum de déclin cognitif, mais se distinguant du stade clinique de la maladie d'Alzheimer (TNC

majeur), où des atteintes significatives au fonctionnement sont observés. En effet, l'autonomie fonctionnelle est préservée autant chez les personnes présentant un DCS qu'un TCL.

Afin de s'assurer que les participants présentaient bien des symptômes anxiodépressifs et des déficits cognitifs légers, une batterie clinique et neuropsychologique complète a été administrée. Tous les participants présentaient une plainte cognitive subjective, mais la présence ou l'absence d'un déficit cognitif objectif a été établie à partir de données normatives, en tenant compte de l'âge et du niveau de scolarité. Parallèlement, la présence de symptômes anxiodépressifs a été établie sur la base de l'évaluation clinique intégrée à cette batterie, permettant de documenter des manifestations affectives, mais en l'absence de trouble psychiatrique majeur. Cette approche combinant mesures objectives, plainte subjective et jugement clinique a permis de s'assurer que l'échantillon répondait aux critères attendus en termes de vulnérabilité affective et de déficits cognitifs légers.

Les personnes admissibles au projet ont été informées de manière transparente de la nature et du contenu des interventions, sans aucune tromperie quant aux objectifs ou au déroulement de l'étude. Les participants étaient également avisés de l'assignation aléatoire à une intervention basée sur la pleine conscience (IBPC) ou à une intervention de psychoéducation. L'ensemble du processus a été encadré et validé par le comité d'éthique, et les participants disposaient de toute l'information nécessaire pour consentir de manière éclairée.

Les critères d'exclusion des participants étaient de (1) présenter une caractéristique pouvant expliquer les troubles cognitifs (p. ex. histoire de traumatisme crânien, delirium récent, maladie neurologique, condition de santé métabolique instable), (2) avoir un problème de vision ou d'audition non corrigé, (3) présenter une condition de santé empêchant de pratiquer les mouvements conscients et (4) avoir déjà complété un programme de PC par soi-même (p. ex. au moyen d'un livre) ou en groupe dans le cadre de programmes offerts en communauté.

Le recrutement a permis de constituer deux cohortes. Au total, 18 personnes ont été recrutées mais 3 se sont désistées avant le commencement du programme. Parmi les participants à l'IBPC, 13 ont complété le programme (au moins six séances sur huit) et 2 ont quitté en cours de programme (par manque d'intérêt envers le programme). Finalement, ces 15 personnes ont été rencontrées pour une entrevue individuelle semi-structurée. Les informations détaillées à propos des participants sont présentées dans le [Tableau 1](#). Les analyses qualitatives ayant pour but de cerner l'expérience de l'IBPC ont été réalisées d'abord sur le sous-échantillon des participants qui ont complété le programme (n=13). Ensuite, les données des entrevues réalisées avec les deux participants qui ont abandonné en cours de programme ont été analysées. L'expérience particulière de ces deux dernières personnes a été intégrée à celle des participants qui ont complété l'IBPC afin d'enrichir les conclusions.

Entrevue individuelle

Le recours à un devis qualitatif se justifie par l'objectif de comprendre l'expérience vécue et les processus subjectifs associés à une intervention basée sur la pleine conscience. Les changements visés par la pleine conscience sont souvent implicites, progressifs et non linéaires, et demeurent difficilement saisissables par des mesures quantitatives standardisées. Or, la recherche en sciences contemplatives demeure largement dominée par des devis quantitatifs, laissant peu de place à l'analyse approfondie de l'expérience des participants. Des travaux qualitatifs ont pourtant montré que les devis qualitatifs permettent d'identifier des processus thérapeutiques centraux, notamment la transformation du rapport à soi et à la maladie qui échappent aux approches quantitatives seules (Malpass et al., 2012).

Dans les jours suivant la dernière séance d'intervention, chaque participant volontaire a été interviewé par l'autrice principale de l'étude. L'entrevue était réalisée dans un court délai pour minimiser

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Cohorte	Participant (prénom fictif)	Sexe	Âge	Scolarité	Séances complétées	Résultat au MoCA (/30)	Statut cognitif
Printemps 2019	Jeanne d'Arc	F	71	16	6	26	TCL
	Pierre	H	71	18	8	26	DCS
	Pierrette	F	66	15	7	26	DCS
	Jacqueline	F	77	16	8	28	TCL
	Gilles	H	66	11	2 (abandon)	21	TCL
	Gisèle	F	64	11	8	21	TCL
	Rolande	F	67	12	8	26	TCL
	Yvon	H	61	13	8	26	TCL
	Richard	H	71	18	8	24	TCL
Automne 2019	Béatrice	F	84	15	4 (abandon)	17	TCL
	André	H	67	14	8	25	TCL
	Raymond	H	69	11	8	27	TCL
	Claudette	F	68	14	8	26	TCL
	Thérèse	F	67	15	8	26	DCS
	Louissette	F	63	14	8	27	DCS
Moyenne (é.-t.)			69,12 (5,59)	14,20 (2,3)	7,13 (1,81)	24,80 (2,93)	
Fréquence		9 F/6 H		4 DCS/ 11 TCL			

le risque d'effritement de la trace en mémoire chez les participants TCL. Les entrevues post-programme ont été menées en présentiel, dans un centre de recherche en milieu hospitalier.

Les entrevues semi-dirigées, enregistrées audio, ont duré entre 43 et 61 minutes, à l'exception d'une entrevue avec une participante qui n'a pas complété le programme IBPC. Cette entrevue a été volontairement écourtée à 14 minutes puisque les réponses étaient peu en lien avec les objectifs de l'étude malgré plusieurs tentatives de l'intervieweuse pour recentrer les propos sur l'expérience de l'IBPC. Les questions inspirées par le cadre théorique de Martins (2014) sont présentées dans le [Tableau 2](#).

Analyses

Pour établir un portrait de l'expérience des participants à partir des entrevues individuelles, une analyse du contenu des entrevues a été effectuée selon l'approche générale inductive (Thomas, 2006). Cette approche repose sur des procédures organisées et permet de « condenser des données brutes en un format bref et sommaire, d'établir des liens clairs entre les objectifs et les résultats, et de

développer un cadre de la structure sous-jacente des expériences ou processus qui sont évidents à l'intérieur des données » (traduction libre; Thomas, 2006 : p. 237). Une fois les entrevues individuelles transcrites, les verbatim ont été analysés avec le logiciel QDA Miner version 6.0.10. Selon Thomas (2006), la première démarche consistait à faire émerger les thèmes dominants ou fréquents dans le corpus de données. Celles-ci ont ensuite été codées par l'autrice principale et rassemblées en catégories. Ces catégories ont ensuite été raffinées et précisées de façon itérative tel que recommandé par Braun et Clarke (2012) et Paillé et Mucchielli (2021). Puis, toujours selon l'approche générale inductive, la seconde étape d'analyse consiste à réanalyser les données selon, cette fois-ci, une démarche plus déductive. Pour cette seconde étape, on peut soit analyser le matériau selon l'angle spécifique des questions de recherche ou à l'aide d'une théorie déjà existante. Dans ce cas-ci, ce sont les thèmes sensibilisateurs du cadre conceptuel de Martins (2014), comme la spiritualité ou des thèmes issus des méta-analyse tels que attentes des participants, les processus de groupe, les défis rencontrés et l'utilisation d'outils et de concepts de l'approche de PC (Wyatt et al., 2014) qui ont été mobilisés. La dernière étape de cette analyse

Tableau 2. Canevas d'entrevues guide initial et guide révisé

Section	Cohorte 1 (guide initial)	Cohorte 2 (guide révisé)
Avant	Avant de commencer l'intervention, comment alliez-vous (physique, émotionnel, relations) ?	Avant de commencer l'intervention, comment alliez-vous ?
	Pourquoi aviez-vous un intérêt pour participer à cette intervention ?	Pourquoi aviez-vous un intérêt pour participer à cette intervention ?
	Qu'est-ce que vous espériez avec l'intervention ? Qu'est-ce que vous vouliez qui change ?	Qu'est-ce que vous espériez avec l'intervention ? Qu'est-ce que vous vouliez qui change ?
	(Relances ciblées : humeur, anxiété, mémoire, sommeil, qualité de vie, autres)	Dans quelle période de vie la participation s'inscrit-elle ?
Pendant	Pendant les huit semaines, qu'est-ce qui vous a plu ?	Comment s'est déroulé le programme (les huit semaines) ?
	Qu'est-ce qui vous a déplu ?	(Relances sur le processus, la compréhension et l'apparition des changements)
	Qu'est-ce qui était facile pour vous ?	Qu'est-ce qui vous a plu ? Déplu ?
	Qu'est-ce qui était plus difficile (obstacles) ?	Qu'est-ce qui était facile pour vous ? Plus difficile ?
		Qu'est-ce que vous prenez comme outils ? Quelles pratiques retenez-vous le plus ?
Après	Présentement, X jours après la fin du programme, comment vous sentez-vous ? (Relances conditionnelles selon présence ou absence de changements)	Présentement, X jours après la fin du programme, sentez-vous qu'il y a eu des changements chez vous ?
	Pourriez-vous me décrire une journée typique de votre quotidien ?	
	Si on devait conserver un seul élément du programme, lequel serait primordial ?	Si on devait conserver un seul élément du programme, lequel serait primordial ?
	Si un(e) ami(e) débutait le programme, quels conseils lui donneriez-vous ?	Si un(e) ami(e) débutait le programme, quels conseils lui donneriez-vous ?
	Pensez-vous que la pleine conscience va rester dans votre vie quotidienne ? (Relances détaillées : pratiques formelles, informelles, attitudes, projection à 5 ans)	Pensez-vous que la pleine conscience va rester dans votre vie quotidienne ?
		Si je vous revoyais dans cinq ans, où en seriez-vous dans votre pratique ?
Théorie	Comment vous décririez-vous comme personne en cinq caractéristiques ?	Comment vous décririez-vous comme personne en cinq caractéristiques ?
	Qu'est-ce que la pleine conscience pour vous ?	Qu'est-ce que la pleine conscience pour vous ?
	Comment expliqueriez-vous le balayage corporel, la méditation assise, marchée et les mouvements conscients ?	Comment expliqueriez-vous le balayage corporel, la méditation assise, marchée et les mouvements conscients ?
Fin	Avez-vous autre chose à ajouter ?	Avez-vous autre chose à ajouter ?
	Comment repartez-vous de l'entrevue ?	Comment repartez-vous de l'entrevue ?

consistait à comparer l'analyse inductive à la déductive pour produire une nouvelle compréhension du phénomène à l'étude (Thomas, 2006). À chacune des étapes, l'autrice principale a présenté ses analyses aux deux autres coauteurs pour s'assurer de la crédibilité et fiabilité de ses analyses (Lincoln et Guba, 1986). Elle a aussi tenu un journal de bord afin de respecter les principes traçabilité et de réflexivité de la démarche scientifique (Lincoln et Guba, 1986).

Résultats

À l'issue de l'analyse, des regroupements d'éléments émergents de l'ensemble du corpus de données ont été construits. Les regroupements font état d'un phénomène qui prend place à travers le temps. Les thèmes ont été divisés en trois axes correspondant à avant, pendant et après le programme d'intervention. Pour faciliter l'appréciation des résultats, le Tableau 3 présente comment ces thèmes s'imbriquent dans chacun des axes.

Premier axe : Surprise et étonnement en début de programme

Au début du programme, les participants n'étaient généralement pas favorables à l'approche de PC, ni au format de l'IBPC et plusieurs étaient irrités et confus. Certains participants ont mis fin à leur participation, d'autres ont poursuivi les séances malgré cet état d'inconfort. En effet, puisque le laboratoire de recherche se centre sur le diagnostic précoce et la prévention secondaire de la MA, les participants avaient généralement un intérêt à être recrutés en lien avec la MA. Ils espéraient parfois préserver ou améliorer leur propre cognition, ou encore ils souhaitaient contribuer à

l'avancement de la recherche dans le domaine. Les participants s'attendaient également à ce que le programme traite de la mémoire. Or, l'IBPC abordait davantage des phénomènes psychologiques. Ainsi, puisque l'IBPC ne traitait pas explicitement de la MA ni de la mémoire, un décalage s'est fait sentir entre les attentes des participants et l'intervention.

Un décalage a également émergé par rapport au format de l'intervention. Les participants ont, pour la plupart, déjà suivi des ateliers et formations de type « magistral » par le passé (au cours de leur carrière ou dans leur vie personnelle). Toutefois, comme l'IBPC a été construite pour favoriser l'apprentissage expérientiel et ensuite y associer le savoir théorique, cette approche pédagogique était moins conventionnelle et certains participants en ont été dérangés. Plusieurs ont nommé avoir eu l'impression que les objectifs du programme étaient flous : « Ça aurait été le fun qu'on en parle beaucoup plus (de la PC), parce que les exercices parfois, je ne sentais pas le lien. (...) je l'ai su parce que je le devinais » (Jacqueline, 77 ans, TCL).

Pour certains participants, l'étonnement quant à la nature de l'intervention était aussi dû à une mauvaise compréhension lors de la présentation du projet. « Au début, vous m'avez dit : "ça se peut qu'on fasse de la méditation." Bon, je me suis dit, ça va peut-être être une fois, pas grave » (Gilles, 66 ans, TCL, abandon en cours de programme).

Deuxième axe : Évolution pendant le programme

L'évolution des participants au fil du programme se situe sur deux niveaux. Ils ont cheminé sur le plan individuel, mais également en tant que groupe et sur le plan interpersonnel. Cet axe est ainsi divisé en deux dimensions pour représenter ces changements.

Tableau 3. Regroupements thématiques de l'expérience

Axes		Thèmes
Surprise et étonnement en début de programme		Recrutement et attentes liées à la maladie d'Alzheimer
		Attente d'un format d'intervention connu/familier
		Mauvaise compréhension de la présentation du projet
Évolution pendant le programme	Aspects individuels	Investissement dans l'intervention (prérequis)
		Connexion avec expériences passées
		Familiarisation avec concepts et pratiques de la pleine conscience
		Attitudes ancrées
		Défis rencontrés
		Motivation intra programme
		Instructrices
		Aspects organisationnels
	Aspects interpersonnels	Connexion profonde et riche
		Intérêt authentique pour les partages des autres participants; contexte de confiance
		Sentiment de communauté; impression d'avoir été sélectionnés
		Interactions inconfortables
		Prise de perspective
		Rôle de l'institutrice dans l'alliance
		Importance de l'ouverture d'esprit et de la confiance au programme
		Objectifs et fil conducteur se révèlent après coup
Après : Clarification/élucidation		Appréciation de la structure du programme (progressive, par étapes)

Aspects individuels

L'IBPC offerte était exigeante en temps et en investissement cognitif. Les ateliers hebdomadaires et les pratiques quotidiennes requerraient, au total, au-delà de sept heures par semaine soit un investissement notable. Pour les participants qui ont maintenu leur participation (sans abandonner en cours de programme), le taux moyen de présence aux rencontres était excellent (7,8/8 séances) et l'engagement lors des rencontres a été souligné. Sans être un thème explicite dans les propos des participants, cet investissement pourrait être considéré comme un facteur aidant ou simplement une condition sous-jacente à l'expérience de l'IBPC.

De nombreux participants ont nommé spontanément faire des liens entre leur expérience dans le programme actuel et des expériences passées reliées ou non à la PC. Plusieurs avaient déjà suivi des cours de développement personnel ou du counseling, fréquenté des amis qui pratiquaient une forme de méditation ou lu des ouvrages à ce sujet. Certains remarquaient aussi qu'ils « retrouvaient » certains aspects de leur soi passé (p. ex. calme, compréhension, ouverture). Ces liens spontanément faits par les participants pourraient avoir soutenu l'investissement dans l'intervention et la consolidation des apprentissages en cours de programme.

Ensuite, les propos des participants faisaient état d'une certaine familiarisation avec les concepts et les différentes pratiques auxquelles ils ont été initiés dans le programme. Ils étaient généralement novices en début de programme. Leurs propos montraient qu'ils avaient acquis des nouvelles connaissances et qu'ils se sentaient plus aptes à réaliser les pratiques méditatives formelles. Les participants rapportaient aussi qu'au fil des apprentissages et des essais, ils ont sélectionné les exercices qu'ils préféraient et ont adapté leur pratique à leurs préférences et besoins : « *La différence est énorme entre la première journée puis la dernière. (...) T'sais c'est comme si mon cerveau était comme pas habitué à faire ça (rire). Mais la deuxième, troisième fois, ça allait beaucoup mieux* » (André, 67 ans, TCL).

Bien qu'il ne s'agissait pas d'un processus conscient chez les participants, on notait dans leur discours certaines idées préconçues qui ont pu nuire ou interférer avec leurs apprentissages en lien avec l'approche de la PC. Certains semblaient penser qu'il y a de « bonnes » façons de faire les exercices ou de pratiquer la PC. Une autre idée préconçue, fréquemment rencontrée, est le fait qu'être en PC servirait principalement à profiter des moments positifs/agréables, à cultiver le bonheur. Pour certains, être en PC signifiait de se relaxer et de se détendre, même de s'endormir (alors que le fait d'être en PC est plutôt un état neutre d'ouverture aux expériences, quelles qu'elles soient) : « *Oh la méditation à la marche. C'est bien simple. Tu regardes autour, tu vois les maisons, comment les maisons sont décorées, de ces temps-ci y'a des lumières partout, tu regardes comment c'est décoré puis tu te dis que c'est beau* » (Raymond, 69 ans, TCL).

La plupart des participants rapportaient avoir rencontré des défis en lien avec les enseignements du programme. D'abord, plusieurs constataient qu'il était difficile de méditer, plus particulièrement de rester concentré pendant une certaine période, de demeurer immobile et de pratiquer lorsque le moment ou l'endroit n'est pas idéal (p. ex. humeur maussade, bruits ambiants, etc.). Pour quelques participants, des effets indésirables se sont fait sentir pendant la pratique (p. ex. maux de tête, étourdissements, émotions désagréables). Ils étaient habituellement mineurs et transitoires : « *Des fois y'a des larmes qui me venaient (...) Faque ça j'avais une crainte un peu quand je faisais mes exercices* » (Thérèse, 67 ans, DCS).

Pour la plupart des participants, l'intégration des différentes exigences du programme au quotidien a représenté un défi. Certains avaient des vies bien chargées (bénévolat, activités sociales, familles, petits-enfants à s'occuper, etc.) et le programme comportait de nombreux éléments à ajouter à l'horaire (atelier hebdomadaire, des pratiques plusieurs fois par jour, des questionnaires, des grilles à remplir, etc.). D'autres soulevaient avoir eu de la difficulté à se motiver à effectuer les exercices ou une tendance à les remettre à plus tard.

Lorsque questionnés au sujet de leur motivation pendant le programme, les participants rapportaient deux sources de motivation. D'abord, ils retiraient de l'expérience en groupe des bénéfices personnels immédiats (p. ex. du plaisir en rencontre) ou espéraient retirer de l'intervention des effets sur leur santé (cognitive, psychologique, physique). Certains nommaient que, malgré leur scepticisme, ils devaient s'investir rigoureusement dans le programme et réaliser minutieusement ce qui était demandé pour se « *donner toutes les chances* » de bénéficier des effets. Une participante a fait d'ailleurs le parallèle avec un médicament, qu'on doit prendre de la façon prescrite pendant une certaine période, avant de pouvoir juger de son effet. Ensuite, même si certains participants, au départ, ne pensaient pas tirer de bénéfices de l'intervention (et que leur participation au projet était libre), plusieurs ont rapporté qu'ils sont restés par respect de leur engagement dans le projet de recherche :

« *On les faisait à tous les jours (les exercices) pour être..., parce que c'est une question de principe. Que t'aimes ça, que tu n'aimes pas ça, nous autres dans vie, c'est ça que j'expliquais un petit peu aux autres aussi là, quand on travaillait, on ne s'est jamais posé la question : "t'aimes-tu ta job, t'aimes-tu ça?" On avait ça à faire (...) On embarque dans quelque chose il faut y aller jusqu'au bout pis c'est ça, on les a toutes faites en général [les exercices]* » (Richard, 71 ans, TCL).

Sur le plan individuel, les participants de chaque cohorte ont apprécié le lien personnel qu'ils ont développé avec leur instructrice respective (différente pour chaque cohorte). Ils ont trouvé leurs méditations guidées agréables, notamment par leur voix, leur intonation et leur rythme. Ceci a favorisé l'engagement pendant les séances : « *Ça prend des gens qui ont (...) un grand sens de l'écoute, mais en plus un timbre de voix, une attitude qui est très calmante, qui est très invitante à entrer à l'intérieur (...) Elle fait bien ça* » (Pierre, 71 ans, DCS).

Certains aspects organisationnels ont favorisé le bon déroulement de l'IBPC. Plusieurs participants ont nommé la facilité avec laquelle ils ont été pris en charge et la clarté et fluidité du processus. Ils ont apprécié avoir des supports audio pour soutenir leur pratique à domicile ainsi que la flexibilité du médium (clé USB, cédérom, courriel). Ils ont également trouvé utile d'avoir un cahier du participant contenant le résumé des séances et du matériel supplémentaire. D'autres aspects organisationnels ont toutefois dérangé certains participants. Quelques participants rapportaient que les enregistrements audio fournis (pratique guidée) étaient irritants et de médiocre qualité (voix/intonation du guide, articulation, irrégularités dans les consignes et le rythme). Quelques-uns ont arrêté de les utiliser et ont cherché d'autres enregistrements en ligne. On sentait un clivage entre la grande appréciation des méditations guidées des instructrices versus les enregistrements fournis. Un effet de groupe s'est aussi fait sentir à ce sujet en cours de programme puisque les participants discutaient de cet aspect en séance : « *Ça pas de bon sens, y... ça va ben que trop lent, y'a oublié ci, y'a oublié ça* » (Jacqueline, 77 ans, TCL). Différents éléments associés spécifiquement au contexte de recherche ont particulièrement dérangé les participants, notamment la quantité de

documents à remplir en cours de programme. Le local a été décrit comme chaud, petit et étouffant par certains. D'autres déploraient le manque de flexibilité dans le fonctionnement, notamment le manque de soutien individualisé au cours du programme.

Aspects interpersonnels

Cette autre dimension de l'axe « Évolution pendant le programme » regroupe les thèmes faisant référence aux expériences de nature interpersonnelle qui ont été vécues pendant l'IBPC.

L'ensemble des participants nommait clairement qu'une connexion profonde et riche s'est installée entre les membres. À la lumière de leurs propos, cette connexion semblait faire partie intégrante du cheminement dans le programme.

« Qu'est-ce qui m'a plu? Y'a l'évolution qui s'est faite par rapport au groupe. Quand on est arrivé là, tout le monde était ailleurs, tout le monde était sérieux et très, comment on dit ça, tendu (...) Pis au fur à mesure que les gens ont exprimé (...) c'est comme-ci c'était devenu, ce groupe-là là, des petits frères pis des petites sœurs. Pis là, de plus en plus ça avançait on était content de se voir. Le lundi matin c'était très important pour nous autres pis même quand on a fini ils se sont tous dit : "mais qu'est-ce que j'vais faire lundi prochain?" C'était vraiment beau de voir ça » (Richard, 71 ans, TCL).

Les propos des participants mettaient en lumière un intérêt authentique pour les expériences des autres membres partagées durant les séances. Certains avançaient même qu'il s'agissait d'une composante essentielle du programme. Plusieurs ont nommé le contexte de confiance et empathique qui s'est installé et solidifié au cours des semaines et qui a permis ces échanges ouverts, même pour les participants plus timides ou craintifs : *« C'était de plus en plus intéressant les échanges qu'on avait. Oui, c'était plus, les gens étaient plus à l'aise pis ils étaient plus capables de parler de leur expérience. (...) Toujours dans un certain respect. On était un bon groupe » (Pierrette, 66 ans, DCS).*

Les participants ont constaté des similitudes dans leurs expériences, autant celles liées à l'apprentissage de la PC que leurs défis en lien avec le vieillissement, les troubles cognitifs et les relations avec l'entourage. Cela a généré un sentiment de communauté, d'être au diapason. *« Pis au niveau du groupe donc il y avait une bonne chimie (...) On ne sentait pas qu'on était complètement à part ou différent là, oh non on était pas mal tous à la même place » (Claudette, 68 ans, TCL).* La forte alliance qui s'est créée était à ce point surprenante pour les participants que plusieurs rapportent avoir l'impression qu'une sélection des candidats a été réalisée par l'équipe de recherche pour favoriser la bonne entente. Un exemple de cette alliance est la création d'amitiés à l'extérieur du programme. *« D'ailleurs, je me suis fait un ami. En tout cas, c'est drôle là, on est allés marcher ensemble (...). C'est le fun, c'est plaisant » (Jacqueline, 77 ans, TCL).* D'autres pensaient que les personnes qui s'accordaient mal dans le groupe ont « naturellement » quitté en début de programme : *« On avait été bien évalué pour être ensemble, j'pense » (Claudette, 68 ans, TCL).*

Si l'expérience en groupe a été positive et enrichissante pour la presque totalité des participants, elle a aussi généré des inconforts ou même des abandons. Des participants extravertis parlaient trop ou leurs propos étaient divergents par rapport aux échanges en séance et, par ailleurs, des participants étaient plus timides et s'ouvraient moins facilement au groupe. Deux participants impliqués dans ces interactions ont quitté en cours de programme et deux autres sont restés. La gestion des interactions par l'institutrice et la familiarisation du groupe ont semblé atténuer les inconforts associés : *« C'est surtout la dame qui..., j'avais l'impression qu'elle ne*

prenait pas ça au sérieux comme il aurait fallu. (...) quand elle a été sortie du groupe, par son choix personnel là, ben là j'ai trouvé que ça marchait plus rondement » (Louisette, 63 ans, DCS).

Plusieurs participants rapportaient avoir pris de la perspective par rapport à leurs propres schémas de pensée grâce au point de vue des autres. Il s'agit d'ailleurs d'un des mécanismes d'action de l'entraînement à la PC : *« Oui, les partages pis leurs expériences. Pis qu'est-ce qu'ils avaient vécu pendant la semaine, comment ils avaient résolu les problèmes qui avaient... Ça comme ouvert mes horizons, ma conscience » (Jacqueline, 77 ans, TCL).*

Sur le plan interpersonnel, les institutrices ont contribué à la création et au maintien de l'alliance grâce à leurs compétences relationnelles et à leur encadrement. Les participants soulignaient leur attitude empathique, calme et respectueuse, qui a soutenu un climat de confiance au sein du groupe tout au long du programme. Les institutrices ont aussi été appréciées pour leur gestion des interactions dans le groupe. Elles ont mis en place une structure et une ambiance implicites qui permettaient à chacun d'avoir l'espace de s'exprimer. Elles géraient habilement et délicatement les personnes plus extraverties et les moments qui risquaient de briser cet équilibre : *« [L'institutrice] avait une bonne dynamique de groupe. Dans le sens qu'elle était capable de voir... de voir les personnes qui avaient des choses peut-être à dire, pis a donné la chance à tout le monde de s'exprimer » (Gilles, 66 ans, TCL, abandon en cours de programme).*

Troisième axe : Après : Clarification/élucidation

Ce troisième axe concerne la perception des participants après la fin du programme. Les participants étaient presque unanimes à ce sujet : ils constataient qu'après avoir terminé l'intervention, bien qu'ils aient été déstabilisés par différents aspects au départ, ils étaient finalement en accord avec la façon dont le programme était construit et satisfaits du déroulement. Leur confusion initiale s'était dissipée, changement que l'on qualifie d'élucidation.

Lorsque questionnés sur ce qu'ils conseilleraient à un ami qui débiterait l'IBPC, presque tous les participants nommaient spontanément l'importance de l'ouverture d'esprit et de la confiance envers le programme. Ils reconnaissaient que leurs réserves initiales s'étaient estompées avec la progression et le cheminement au fil de l'IBPC : *« Ça se peut qu'il y ait une réticence, ben d'essayer de la mettre de côté. Mets ça de côté huit semaines, puis au bout de huit semaines (...), puis tu verras après ça si ça donné des résultats ou non » (Yvon, 61 ans, TCL).*

Certains ajoutaient que les objectifs, le fil conducteur, la structure du programme, se révélaient « après coup » : *« Les gens c'était drôle parce qu'ils chialaient sur le déroulement de l'exercice, pis là ils revenaient la semaine après : "ah j'aurais pas dû, là je comprends pourquoi que c'est comme ça pis on a chialé pour rien" » (Richard, 71 ans, TCL).*

Quelques participants nommaient aussi avoir apprécié le format, où les enseignements se font progressivement au fil des semaines.

Discussion

Cette étude avait pour objectif de qualifier l'expérience d'une IBPC vécue par des personnes vieillissantes dont la cognition décline et de situer celle-ci par rapport à la compréhension actuelle des IBPC chez cette clientèle. L'organisation thématique de l'expérience présentée intègre les propos des participants en trois temps tout en s'appuyant sur des référents théoriques préexistants (Martins, 2014; Wyatt et al., 2014). Elle permet d'apprécier les éléments

significatifs du point de vue des participants ainsi que leur cheminement au fil du programme, leur passage d'un état de surprise et de confusion vers une élucidation par rapport au programme d'entraînement à la PC. Cette organisation met également en lumière les processus individuels et interpersonnels impliqués dans l'évolution des participants.

Tel qu'illustré par Martins (2014), un processus d'apprentissage a été observé dans le groupe. Les participants semblaient avoir acquis plusieurs concepts de l'IBPC, notamment le fait d'agir en présence attentive, l'acceptation et le non-jugement, la décentration et l'autocompassion. Cependant, les résultats ne montrent pas explicitement le rôle de la spiritualité dans le cheminement des participants. Cet aspect du modèle était essentiellement théorique, et reposait sur une interprétation avancée par l'autrice sur les mécanismes sous-jacents aux effets observés (Martins, 2014). Les résultats se distinguent aussi du modèle puisque celui-ci n'inclut pas les facteurs contextuels et interpersonnels (notamment le rôle du groupe) ni les attentes préalables des participants. Ainsi, les thèmes relevés dans la présente étude se rapprochent davantage de la méta-synthèse de Wyatt et collaborateurs (2014) concernant une clientèle adulte présentant des troubles de santé mentale, qui souligne notamment le rôle des attentes préalables à l'intervention, les défis rencontrés et le processus normalisant du groupe.

L'importance qu'a pris le groupe dans le récit des participants est particulièrement intéressante. Différents processus interpersonnels ont découlé de l'interaction des participants dans le cadre de l'intervention. Les participants soulignaient de façon presque unanime l'alliance qui s'est installée entre les membres du groupe, au point d'avoir généré un fort sentiment de communauté, et ce, en seulement huit semaines d'intervention. Cet effet apparaît distinctif en comparaison à ce qui est retrouvé dans la littérature sur l'expérience d'une IBPC, tout en appuyant certaines hypothèses avancées dans la littérature sur la clientèle âgée et par rapport aux effets interpersonnels d'une IBPC. Des constats similaires sont observables dans une méta-analyse (tous âges confondus) montrant qu'une IBPC est associée à l'adoption de comportements prosociaux chez les participants (Donald et al., 2019). Parmi les hypothèses explicatives, la plus grande capacité à être en PC permettrait une meilleure conscience de ses propres émotions et celles de son interlocuteur, une diminution de certains biais cognitifs, en plus de favoriser un accueil ouvert et sans jugement à l'autre (Khoury et al., 2019). Des participants âgés avec et sans déclin cognitif soulignent d'ailleurs que l'approche de groupe préconisée dans les IBPC constitue un endroit sécuritaire et amical (Berk et al., 2018) et qu'elle génère un sentiment de communauté (Canby et al., 2020; Parra et al., 2019). Ces facteurs permettent de partager des perceptions et expériences à propos de sa propre santé cognitive et d'y trouver écho chez d'autres individus (Berk et al., 2018; Canby et al., 2020; Wells et al., 2019). L'IBPC amène aussi les personnes à reconnaître davantage l'importance des connexions sociales (Canby et al., 2020; Wells et al., 2019) et d'entretenir des relations conjugales et amicales plus harmonieuses (Parra et al., 2019). Le contexte de groupe offre le soutien, la normalisation et l'encouragement qui permettent de potentialiser les effets de l'IBPC (Wells et al., 2019).

Dans la présente étude, le groupe a pris une importance encore plus grande que celle du contenu principal, soit l'enseignement d'attitudes et de pratiques favorisant la PC. L'alliance développée dans le groupe s'est, pour certains, transposée dans la vie quotidienne. Les participants nomment s'être sentis compris dans le groupe (en comparaison avec leur contexte familial), puisque les autres participants vivaient des défis similaires. Ils soulignaient

aussi la contribution des instructrices dans la gestion des interactions, ce qui a pu faciliter l'établissement des relations interpersonnelles dans le groupe. Ces constats font écho à d'autres études quantitatives qui relèvent également un effet des IBPC sur le sentiment de solitude (p. ex. Creswell et al., 2012).

Il est aussi possible que le cadre de pratique de l'IBPC ait mis en place des conditions propices à l'établissement de relations positives entre les participants. Une attitude ouverte et sans jugement est enseignée et mise en pratique au travers des IBPC, ce dont témoignaient les participants au fil de leur cheminement dans le programme. Donald et collaborateurs (2019) soutiennent que les IBPC pourraient nourrir les comportements prosociaux via, notamment, l'amélioration de la capacité à soutenir et à diriger l'attention. Un meilleur contrôle attentionnel est associé à une plus grande présence à l'autre (Geller, 2013). L'entraînement à la PC au sein d'une IBPC, par différents processus neurobiologiques et psychologiques, favoriserait également une meilleure régulation émotionnelle (Coffey et Hartman, 2008; Hölzel et al., 2011). Ainsi, ces différentes composantes ont possiblement permis de diminuer les entraves sur le plan relationnel entre les participants.

Les IBPC peuvent générer un changement dans la perception de l'expérience subjective, qualifiée de « reperception » par certains auteurs (Shapiro et al., 2006). En « percevant les pensées comme des événements mentaux plutôt que des vérités littérales » (traduction libre; Donald et al., 2019 : p. 105), il y aurait moins de risques que les jugements, impressions et biais fassent obstacles aux comportements prosociaux (Donald et al., 2019). L'entraînement à la PC permettrait donc une mise en perspective qui favorise une ouverture à la nouveauté (notamment l'expérience de l'autre) et une certaine souplesse dans la réflexion (Donald et al., 2019). Tous ces éléments ont pu soutenir des interactions accueillantes, bienveillantes et sensibles entre les participants, permettant ainsi la création de liens significatifs et un renforcement de l'alliance du groupe.

Cependant, il faut retenir que bien qu'il s'agisse d'une minorité, certains participants ont vécu des interactions désagréables, certains ayant même quitté le groupe. Ces résultats singuliers ne trouvent pas écho dans la littérature actuellement. Il est possible que des éléments appartenant à la personnalité, aux intérêts et aux habiletés relationnelles de ces participants aient interféré dans l'expérience du groupe. Cette sphère de résultats souligne un enjeu méthodologique important, avancé par Khoury et collaborateurs (2019), par rapport à la dimension interpersonnelle des IBPC : les outils validés pour mesurer l'état et le trait de PC sont actuellement axés principalement sur les éléments intrapersonnels. L'étude de ces effets, encore naissante, cible actuellement davantage la sphère individuelle (Farias et al., 2020). Il serait donc intéressant de développer un outil psychométrique intégratif qui permettrait d'évaluer et de valider à plus grande échelle les effets interpersonnels des IBPC. Il serait également pertinent d'intégrer ces éléments à la réflexion plus large sur les réactions désagréables ou effets indésirables qui peuvent survenir lors d'une IBPC.

D'autres thèmes identifiés dans le discours des participants distinguent également la présente étude de celles précédemment répertoriées (Berk et al., 2018; Wells et al., 2019; Wyatt et al., 2014). Un de ceux-ci est l'étonnement en début de programme. Il est possible que cet étonnement soit spécifique à la population ciblée, soit des personnes âgées qui remarquent que leur cognition décline. Ces personnes se sont inscrites aux projets du laboratoire d'abord en lien avec cet intérêt ou une inquiétude liée à la mémoire. Cela touche la notion d'intention, une notion souvent centrale dans différentes modélisations de la PC (Malinowski, 2013; Shapiro et al., 2006; Vago et Silbersweig, 2012). Ainsi, les participants

peuvent avoir été déstabilisés par le fait que l'intervention offerte ne portait pas sur la mémoire. Il serait également intéressant d'examiner les particularités de la clientèle pour comprendre l'origine de cette réaction qui semble singulière. En ce sens, il est possible de se demander si l'investissement et la rigueur dont ont fait preuve les participants pourraient être liés à des aspects générationnels ou à des traits de personnalité. Certains aspects de la personnalité, notamment l'ouverture à l'expérience et la conscienciosité, ont été associés avec l'investissement et la persévérance de la pratique apprise dans une IBPC (Barkan *et al.*, 2016). Mieux comprendre les facilitateurs individuels (personnalité, caractéristiques culturelles) permettrait de cibler les personnes qui sont les plus susceptibles de bénéficier d'une IBPC.

Bien que le devis de l'étude ne permette pas d'isoler l'effet exclusif de l'intervention, il apparaît que les résultats observés puissent être issus d'une interaction entre plusieurs facteurs et non de l'effet isolé de l'IBPC. Les participants débutaient l'intervention avec chacun leur propre bagage, des préoccupations par rapport à leur santé et des attentes par rapport au projet auquel ils prenaient part. Aussi, pour la plupart, ils se présentaient avec des valeurs intrinsèques de rigueur et d'engagement, qui ont soutenu leur adhésion et leur investissement. Au « contact » de l'IBPC, différents processus semblent s'être enclenchés. Les participants ont réagi aux nouveaux apprentissages (connexion avec expériences passées, familiarisation avec les concepts), mais aussi au contexte de groupe. Ils se sont ouverts aux autres et ont bénéficié également du soutien et des partages des membres. Ces interactions les ont fait cheminer, prendre de la perspective, et ce, en combinaison avec les enseignements formels des séances. Les instructrices ont participé, soutenu et alimenté les échanges. Le groupe s'est « soudé » au fil des semaines. Des participants qui cadraient moins ont quitté en début de programme. Un sentiment de communauté et d'être sélectionnés pour favoriser l'entente a émergé. Ces phénomènes ont pris place dans un contexte d'intervention structurée qui favorise l'expérience consciente et les attitudes d'ouverture, de respect et de non-jugement. Ce cheminement a pu avoir lieu grâce à leur engagement fidèle dans le programme (malgré les inconforts vécus, les participants sont restés jusqu'à la fin). Les résultats montrent qu'il y a beaucoup plus d'aspects à considérer lorsqu'on s'intéresse aux mécanismes et aux effets d'une IBPC que ce dont la littérature fait état présentement.

Forces et limites

Cette étude met en lumière de façon détaillée l'expérience de personnes âgées lors de leur participation à un programme d'introduction à la pleine conscience. Elle permet de nuancer et d'enrichir la réflexion quant à la pertinence de cette approche chez une clientèle présentant des symptômes anxiodépressifs et dont la cognition décline. Par rapport aux recherches antérieures dans le domaine, l'étude se distingue particulièrement par son devis qualitatif avec analyse essentiellement inductive, qui a permis de faire émerger les thèmes significatifs du point de vue des participants et de rester fidèle à leurs impressions. Le devis se distingue également par rapport à l'accent mis sur l'expérience changeante des participants au fil de l'IBPC, de même que par le canevas d'entrevue laissant de l'espace pour faire émerger les thèmes novateurs. Ces éléments soulèvent des questionnements importants quant aux processus impliqués dans les effets des IBPC et sur leur spécificité (en comparaison avec d'autres approches groupales). Dans un contexte où les données soutenant l'efficacité et les mécanismes de changement des IBPC peuvent être contradictoires ou limitées,

la présente étude fait état de la perspective des usagers, essentielle dans l'évaluation de la pertinence des IBPC pour cette clientèle.

Toutefois, l'étude demeure tout de même limitée dans sa portée et dans les éclaircissements qu'elle apporte sur le plan de la compréhension des mécanismes d'action de la pratique de PC. L'analyse générale inductive a permis de faire émerger les thèmes saillants et de qualifier l'expérience subjective du groupe. Toutefois, cette méthode d'analyse a une portée interprétative limitée puisqu'elle ne s'inscrit pas dans un processus de théorisation ni dans une théorie préexistante (Thomas, 2006).

Aussi, la richesse des données peut avoir été limitée par certains enjeux cognitifs et langagiers des participants. En effet, il est possible que les difficultés mnésiques des participants aient pu limiter leur accès à leurs souvenirs. Il a aussi été remarqué que plusieurs participants rencontraient des difficultés à trouver leurs mots pendant les entrevues (anomie, paraphasies), ce qui peut également s'inscrire dans un certain déclin cognitif. Les altérations cognitives sont somme toute d'intensité mineure ou légère aux stades de DCS et TCL, et les entrevues ont été conduites de façon sensible et ajustée à celles-ci. La validité des résultats n'est donc pas remise en question, mais il est possible que ces difficultés aient altéré la richesse des propos. Il faut aussi noter que la PC, par sa nature expérientielle, peut-être difficile à décrire et à mettre en mots, indépendamment des capacités langagières. Une alternative pour pallier ces difficultés serait de conduire des entrevues répétées au fil du projet de recherche, ce qui permettrait d'accéder à l'expérience immédiate des participants au fur et à mesure, sans déformation due au passage du temps. Une étude s'y est d'ailleurs intéressée, en réalisant l'analyse d'inscriptions dans un journal, afin de dresser le portrait de la trajectoire développementale de l'apprentissage de la PC au fil d'une IBPC (Isbel *et al.*, 2020). La combinaison d'entrevues individuelles (ou groupales) et de mesures répétées permettrait un portrait d'autant plus juste et précis par rapport à l'expérience d'une IBPC.

Finalement, l'intérêt marqué de plusieurs participants pour la maladie d'Alzheimer a vraisemblablement induit un biais de sélection classique dans la recherche sur le vieillissement cognitif, l'étude ayant principalement rejoint, comme en témoignent les évocations spontanées de la maladie d'Alzheimer lors des entrevues, des personnes préoccupées par leur avenir cognitif. Ces personnes sont généralement bien informées, scolarisées, engagées et proactives face à leur santé. Il s'agit ainsi d'un profil surreprésenté dans ce champ de recherche et susceptible d'avoir influencé tant les données quantitatives que qualitatives de cette étude – notamment par un investissement accru ou une meilleure tolérance à l'inconfort lié à une intervention nouvelle – sans que la nature ni l'ampleur exactes de cette influence puissent être déterminées à partir des données actuelles.

L'entraînement à la PC est une approche prometteuse pour la clientèle âgée à risque de déclin sur les plans cognitif et psychologique, mais des questionnements demeurent quant aux mécanismes impliqués et aux facteurs favorisant les effets bénéfiques de ce type de programme. À la lumière des résultats, il apparaît primordial dans le futur de s'intéresser aux implications relationnelles de l'entraînement à la PC de même qu'à l'expérience de groupe comme possible ingrédient-clé pour soutenir la clientèle vieillissante à risque.

Remerciements. Le projet a été financé par une subvention de la Société Alzheimer du Canada 2017-2019 (octroi # 18-18). L'autrice principale a été soutenue par une Bourse d'études du Canada Vanier (2020–2023). L'équipe de recherche aimerait souligner la contribution de Florence Belzile-Marsolais, Alisone Hébert, Sarah Caissy et Elliot Gagner à la réalisation de l'étude.

Références

- Albert, M. S., DeKosky, S. T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H. H., Fox, N. C., Gamst, A., Holtzman, D. M., Jagust, W. J., Petersen, R. C., Snyder, P. J., Carrillo, M. C., Thies, B., et Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 270–279.
- Barkan, T., Hoerger, M., Gallegos, A. M., Turiano, N. A., Duberstein, P. R., et Moynihan, J. A. (2016). Personality predicts utilization of mindfulness-based stress reduction during and post-intervention in a community sample of older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(5), 390–395.
- Berk, L., Hotterbeekx, R., van Os, J., et van Boxtel, M. (2018). Mindfulness-based stress reduction in middle-aged and older adults with memory complaints: A mixed-methods study. *Aging & Mental Health*, 22(9), 1107–1114.
- Braun, V., et Clarke, V. (2012). Thematic analysis. Dans H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, et K. J. Sher (dir.), *APA handbook of research methods in psychology, volume 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association.
- Canby, N. K., Eichel, K., Lindahl, J., Chau, S., Cordova, J., et Britton, W. B. (2020). The contribution of common and specific therapeutic factors to mindfulness-based intervention outcomes. *Frontiers in Psychology*, 11, 603394.
- Coffey, K. A., et Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review*, 13(2), 79–91.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Breen, E. C., et Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095–1101.
- Donald, J. N., Sahdra, B. K., Van Zanden, B., Duineveld, J. J., Atkins, P. W. B., Marshall, S. L., et Ciarrochi, J. (2019). Does your mindfulness benefit others? A systematic review and meta-analysis of the link between mindfulness and prosocial behaviour. *British Journal of Psychology*, 110(1), 101–125.
- Farias, M., Maraldi, E., Wallenkamp, K. C., et Luchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374–393.
- Galante, J., Friedrich, C., Aemla-Or, N., Arts-de Jong, M., Barrett, B., Bögers, S. M., Buitelaar, J. K., Checovich, M. M., Christopher, M. S., Davidson, R. J., Errazuriz, A., Goldberg, S. B., Greven, C. U., Hirshberg, M. J., Huang, S.-L., Hunsinger, M., Hwang, Y.-S., Jones, P. B., Medvedev, O. N., ... Collaboration of Mindfulness Trials (CoMinT). (2023). Systematic review and individual participant data meta-analysis of randomized controlled trials assessing mindfulness-based programs for mental health promotion. *Nature Mental Health*, 1(7), 462–476.
- Geller, S. (2013). Therapeutic presence: An essential way of being. Dans M. Cooper, M. O'Hara et P. F. Schmid (dir.), *The handbook of person-centred psychotherapy and counselling* (2nd ed., pp. 209–222). Bloomsbury Publishing.
- Han, A. (2021). Mindfulness-based interventions for older adults with dementia or mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Clinical Gerontologist*, 45(4), 763–776.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., et Ott, U. (2011, 2011/11/01). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559.
- Isbel, B., Sysak, T., et Summers, M. J. (2020). A qualitative examination of the developmental trajectory of learning mindfulness across an 8-week program. *Mindfulness*, 11(12), 2741–2754.
- Jessen, F., Amariglio, R. E., van Boxtel, M., Breteler, M., Ceccaldi, M., Chetelat, G., Dubois, B., Dufouil, C., Ellis, K. A., van der Flier, W. M., Glodzik, L., van Harten, A. C., de Leon, M. J., McHugh, P., Mielke, M. M., Molinuevo, J. L., Mosconi, L., Osorio, R. S., Perrotin, A., ... Wagner, M. (2014). A conceptual framework for research on subjective cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease. *Alzheimer's Dementia*, 10(6), 844–852.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. Delta.
- Khouri, B., Grégoire, S., et Dionne, F. (2019). La dimension interpersonnelle de la pleine conscience. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(3), 239–244.
- Kim, S., et Lee, K. (2022). A network analysis of depressive symptoms in the elderly with subjective memory complaints. *Journal of Personalized Medicine*, 12(5), 821.
- Klainin-Yobas, P., Kowitlawakul, Y., Lopez, V., Tang, C. T., Hoek, K. E., Gan, G. L., Lei, F., Rawtaer, I., et Mahendran, R. (2019). The effects of mindfulness and health education programs on the emotional state and cognitive function of elderly individuals with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Neuroscience*, 68, 211–217.
- Larouche, E., Chouinard, A. M., Morin-Alain, V., Hudon, C., et Goulet, S. (2018). Adaptation "une intervention basée sur la pleine conscience à des personnes âgées ayant un trouble cognitif léger. Dans A. Devault et G. Pérodeau (dir.), *Pleine conscience et intervention clinique* (pp. 239–256). Presses de l'Université Laval.
- Larouche, E., Hudon, C., et Goulet, S. (2015). Potential benefits of mindfulness-based interventions in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: An interdisciplinary perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 199–212.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., Doré, P., et Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 991–1000.
- Li, S. Y. H., et Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(3), 635–656.
- Lincoln, Y., et Guba, E. G. (1986). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Malinowski, P. (2013). Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Frontiers in Neuroscience*, 7, 8.
- Malpass, A., Carel, H., Ridd, M., Shaw, A., Kessler, D., Sharp, D., Bowden, M., & Wallond, J. (2012). Transforming the perceptual situation: A meta-ethnography of qualitative work reporting patients' experiences of mindfulness-based approaches. *Mindfulness*, 3(1), 60–75.
- Marchant, N. L., Barnhofer, T., Coueron, R., Wirth, M., Lutz, A., Arenaza-Urquijo, E. M., Collette, F., Poinsin, G., Demnitz-King, H., Schild, A. K., Coll-Padros, N., Delphin-Combe, F., Whitfield, T., Schlosser, M., Gonneaud, J., Asselineau, J., Walker, Z., Krolak-Salmon, P., Molinuevo, J. L., ... Klimecki, O. M. (2021). Effects of a mindfulness-based intervention versus health self-management on subclinical anxiety in older adults with subjective cognitive decline: The SCD-well randomized superiority trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(5), 341–350.
- Marciniak, R., Šumec, R., Vyhánek, M., Bendíčková, K., Lázníčková, P., Forte, G., Jeleník, A., Římalová, V., Frič, J., Hort, J., et Sheardová, K. (2020). The effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression, cognition, and immunity in mild cognitive impairment: A pilot feasibility study. *Clinical Interventions in Aging*, 15, 1365–1381.
- Martins, C. (2014). *Mindfulness-based interventions for older adults: Evidence for practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Nagaoka, M., Hashimoto, Z., Takeuchi, H., et Sado, M. (2021). Effectiveness of mindfulness-based interventions for people with dementia and mild cognitive impairment: A meta-analysis and implications for future research. *PLoS One*, 16(8), e0255128.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2021). Chapitre 12. L'analyse thématique. Dans Paillé, P. et Mucchielli, A. (dir.), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 269–357). Armand Colin. <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines-9782200624019-page-269.htm>.
- Parra, D. C., Wetherell, J. L., Van Zandt, A., Brownson, R. C., Abhishek, J., et Lenze, E. J. (2019). A qualitative study of older adults' perspectives on initiating exercise and mindfulness practice. *BMC Geriatrics*, 19(1), 354.
- Reangsing, C., Rittiwong, T., et Schneider, J. K. (2020). Effects of mindfulness meditation interventions on depression in older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 25(7), 1181–1190.
- Rose Sin Yi, L., Jing Jing, S., Hammoda, A. O., et Jonathan, B. (2023). Effects of mindfulness-based interventions on neuropsychiatric symptoms and psychological well-being on people with subjective cognitive decline and mild

- cognitive impairment: A meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **38**(8), e5986.
- Rosenkranz, M. A., Dunne, J. D., et Davidson, R. J. (2019). The next generation of mindfulness-based intervention research: What have we learned and where are we headed? *Current Opinion in Psychology*, **28**, 179–183.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., et Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, **62**(3), 373–386.
- Thomas, D. (2006). A general inductive approach for Analyzing qualitative evaluation data. *The American Journal of Evaluation*, **27**(2), 237–246.
- Tran, T., Donnelly, C., Nalder, E., Trothen, T., et Finlayson, M. (2023). Mindfulness-based stress reduction for community-dwelling older adults with subjective cognitive decline (SCD) and mild cognitive impairment (MCI) in primary care: A mixed-methods feasibility randomized control trial. *BMC Prim Care*, **24**(1), 44.
- Vago, D., et Silbersweig, D. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, **6**(296).
- Wells, R. E., Kerr, C., Dossett, M. L., Danhauer, S. C., Sohl, S. J., Sachs, B. C., Feeley, J. W., Wolkin, J., Wall, R., Kaptchuk, T., Press, D. Z., Phillips, R. S., et Yeh, G. Y. (2019). Can adults with mild cognitive impairment build cognitive reserve and learn mindfulness meditation? Qualitative theme analyses from a small pilot study. *Journal of Alzheimer's Disease*, **70**(3), 825–842.
- Wetherell, J. L., Hershey, T., Hickman, S., Tate, S. R., Dixon, D., Bower, E. S., et Lenze, E. J. (2017). Mindfulness-based stress reduction for older adults with stress disorders and neurocognitive difficulties: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, **78**(7), e734–e743.
- Wyatt, C., Harper, B., et Weatherhead, S. (2014). The experience of group mindfulness-based interventions for individuals with mental health difficulties: A meta-synthesis. *Psychotherapy Research*, **24**(2), 214–228.
- Yates, J. A., Clare, L., Woods, R. T., et The Cognitive Function Ageing Study: Wales. (2017). “You’ve got a friend in me”: Can social networks mediate the relationship between mood and MCI? *BMC Geriatrics*, **17**(1), 144.