

## Table des matières

Résumé.....	ii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures.....	x
Liste des sigles.....	xi
Remerciements.....	xiii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Troubles anxieux.....	6
Types de troubles anxieux.....	6
Modèle cognitivo-comportemental.....	10
Variables à l'étude.....	11
Sensibilité à l'anxiété.....	11
Trait d'anxiété.....	12
Symptômes dépressifs.....	13
Bien-être psychologique.....	13
Traitement des troubles anxieux.....	15
Impacts du yoga sur la santé psychologique.....	16
Définition du yoga.....	16

Impacts du yoga sur le niveau d'anxiété et de dépression .....	17
Troubles psychiatriques et troubles anxieux. ....	17
Trouble d'anxiété généralisée. ....	19
Trouble panique. ....	20
Trouble obsessionnel-compulsif. ....	20
Trouble de stress post-traumatique. ....	22
Impacts du yoga sur le bien-être psychologique. ....	25
Objectif et hypothèses .....	27
Méthode.....	28
Recrutement et répartition des participants.....	29
Au printemps 2016.....	30
À l'automne 2016.....	32
Déroulement.....	34
Groupe contrôle.....	35
Groupe expérimental.....	35
Au printemps.....	35
À l'automne.....	36
Lieux des séances de yoga. ....	37
Matériel de yoga.....	37

Documents supplémentaires. ....	38
Instruments.....	38
Questionnaire sociodémographique.....	38
Échelles de mesure.....	38
State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y). ....	38
Index de sensibilité à l’anxiété (ISA).....	40
Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9).....	40
Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (ÉMMBEP). 41	
Échelle de satisfaction de vie (ÉSDV-5).....	42
Échelle de vitalité subjective.....	43
Questionnaire de l’expérience subjective.....	43
Résultats.....	45
Analyses descriptives.....	47
Analyses quantitatives.....	50
Tests d’hypothèses.....	50
Groupe expérimental.....	51
Groupe contrôle.....	51
Analyses quantitatives complémentaires.....	53
Changement dans la qualité de vie et au niveau des symptômes.....	53

Poursuite du yoga et recommandation à un proche .....	53
Échelle d'appréciation, assiduité et pratique entre les cours offerts. ....	54
Analyses qualitatives.....	54
Changements perçus au niveau de la qualité de vie et des symptômes .....	55
Anxiété, angoisse et stress.....	55
Contrôle de la respiration .....	56
Présence attentive.....	56
Relaxation. ....	57
Appréciation subjective.....	57
Apprentissage.....	58
Aspect corporel. ....	58
Aspect logistique.....	58
Aspect relationnel.....	59
Présence attentive.....	60
Relaxation. ....	60
Discussion .....	62
Les symptômes dépressifs.....	63
Anxiété situationnelle.....	65
Sensibilité à l'anxiété (SA) .....	67

Trait d'anxiété (TA) .....	68
Bien-être psychologique.....	69
Vitalité subjective.....	70
Satisfaction de vie .....	71
Forces et limites de l'étude .....	73
Pistes de recherches futures .....	74
Conclusion .....	77
Références .....	80
Appendice A. Approbation éthique.....	91
Appendice B. Document du script pour le recrutement téléphonique .....	93
Appendice C. Formulaire d'information et de consentement .....	97
Appendice D. Questionnaire 1 .....	102
Appendice E. Questionnaire 2.....	112
Appendice F Tableaux d'interventions en yoga au printemps 2016.....	124
Appendice G Tableaux d'interventions en yoga à l'automne 2016 .....	129
Appendice H. Petite pensée.....	135

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Description des principaux troubles anxieux selon le DSM-V.....	8
2	Caractéristiques sociodémographiques des groupes expérimental et contrôle.....	48
3	Traitements pharmacologiques et psychologiques des groupes expérimental et contrôle.....	49
4	Résultats des tests de Wilcoxon comparant les tendances centrales des groupes expérimental et contrôle sur l'ensemble des variables dépendantes à l'étude.....	52
5	Séances de yoga 1 à 4, cohorte du printemps.....	125
6	Séances de yoga 5 à 8, cohorte du printemps.....	127
7	Séances de yoga 1 à 2, cohorte de l'automne.....	130
8	Séances de yoga 3 à 5, cohorte de l'automne.....	132
9	Séances de yoga 6 à 8, cohorte de l'automne.....	134

## Liste des figures

Figure

1	Recrutement du printemps.....	31
2	Recrutement de l'automne.....	33

ClicCours.com

## Liste des sigles

CIUSSS : Centre intégré universitaire des soins et services sociaux

CLSC : Centre local des services communautaires

DEC : Diplôme d'études collégiales

DEP : Diplôme d'études professionnelles

DES : Diplôme d'études secondaires

DSM-IV-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition révisée

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition

ÉMMBEP : Échelle de mesure des manifestations du bien-être psychologique

ÉSDV-5 : Échelle de satisfaction de vie

ET : Écart type

ÉTY : Étude et transmission du yoga

FIC : Formulaire d'informations et de consentement

GRTP : Groupe de ressources pour le trouble de panique et autres troubles anxieux

IASTA-Y : Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y)

ISA : Index de sensibilité à l'anxiété

MANOVA : Analyse de variance multivariée

PHQ-9: Questionnaire sur la santé du patient

SA : Sensibilité à l'anxiété

STAI-Y : State-Trait Anxiety Inventory (forme Y)

T1 : Temps 1

T2 : Temps 2



TA : Trait d'anxiété

TAG : Trouble d'anxiété généralisée

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TAD : Théorie de l'auto-détermination

TOC : Trouble obsessionnel-compulsif

TSTP : Trouble de stress post-traumatique

TP : Trouble panique

UQAC : Université du Québec à Chicoutimi

VAS : Visual Analog Scales

Y-CBT : Yoga-enhanced Cognitive Behavioral Therapy

## **Remerciements**

Tout d'abord, je remercie M. Daniel Lalande et M. Gilles Lalande, directeur et co-directeur de recherche, pour leur patience, leurs conseils judicieux et leur compréhension. Merci d'avoir cru en moi et en ce projet. Et puis, merci à Mme Nancy Boisvert et Mme Arlette Bouchard, professeures de yoga, et Mme Barbara Noël, assistante de recherche, qui ont contribué avec générosité et enthousiasme à la recherche. Malheureusement, Mme Bouchard n'a pas la chance de constater l'aboutissement de ce projet, car elle est décédée en avril 2018. Je remercie aussi M. Martin Renaud, ancien directeur par intérim du GRTP (Groupe de ressources pour le trouble de panique et autres troubles anxieux), qui a collaboré étroitement à la réalisation du projet. Je tiens aussi à souligner l'implication des participants bénévoles des groupes expérimental et contrôle qui m'ont offert leur temps précieux. Pour terminer, la réalisation de ce projet n'aurait pu se concrétiser sans le support et les encouragements de mon entourage, parents, amis et ex-conjoint. Alors merci à eux pour leur bienveillance.

## **Introduction**

Mondialement, les troubles anxieux touchent de près la population : 16,6 % des gens en souffrent au cours d'une vie et 10,6 % en souffrent à chaque année (Somers, Goldner, Waraich, & Hsu, 2006). En 2002, au Canada, plus d'un adulte sur dix (11,5 %) rapportait avoir souffert de symptômes correspondant à des troubles anxieux au cours de leur vie : anxiété sociale (8,1 %), trouble panique (TP) (3,7 %) et agoraphobie (1,5 %) (Statistique Canada, 2002, cité dans Gouvernement du Canada, 2006). Une enquête sur la santé mentale (Institut de la statistique du Québec, 2015) a fait ressortir qu'en 2012, 2,3 % des québécois et 2,7 % des canadiens présentaient un autre type de trouble anxieux, soit un trouble d'anxiété généralisée (TAG), au cours des 12 derniers mois. De plus, 9,4 % des québécois et 8,5 % des canadiens ont déjà souffert du TAG au cours de leur vie (Institut de la statistique du Québec, 2015). Les troubles anxieux sont donc très présents dans la population québécoise, canadienne, et mondiale.

Une diminution du fonctionnement général, une invalidité au travail et une augmentation des difficultés financières peuvent être des impacts majeurs des troubles anxieux (Antony, 2011; Santé Canada, 2002). D'ailleurs, le fonctionnement général chez les personnes avec un trouble anxieux est comparable à celui des individus souffrant de conditions médicales comme la sclérose en plaques et le cancer (Antony, Roth, Swinson, Huta, & Devins, 1998). Les personnes souffrant de troubles anxieux sont plus à risque de développer des comorbidités telles que d'autres troubles anxieux, la dépression, l'abus

d'alcool et de drogues (Roberts, Roa, Bennett, Loukine, & Jayaraman, 2015; Savard, Bugeaud, Dao, & Turcotte, 2011; Swinson et al., 2006).

Au Québec, étant donné les ressources limitées dans le réseau public<sup>1</sup> (p. ex., centre local de services communautaires (CLSC), centre universitaire de santé et services sociaux (CIUSSS)), les personnes souffrant de troubles anxieux peuvent se retrouver plus fréquemment et plus longtemps en attente de services (Ordre des psychologues du Québec, 2017; Poirier-Brisson, Roberge, Marchant, & Grégoire, 2010). Comme alternative, certains professionnels de la santé, tels que les médecins de famille, les travailleurs sociaux, les psychiatres et les psychologues réfèrent cette clientèle dans des organismes communautaires spécialisés dans le traitement des troubles anxieux. C'est notamment le cas du Groupe de ressources pour le trouble de panique et autres troubles anxieux (GRTP) à Saguenay. Malheureusement, cet organisme communautaire<sup>2</sup> se retrouve aussi engorgé, car un délai d'attente de six mois n'était pas rare dans les dernières années.

La prescription d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, de même que la psychothérapie cognitivo-comportementale sont considérées comme des traitements efficaces des troubles anxieux (Antony, 2011; Swinson et al., 2006). Cependant, certains chercheurs s'intéressent au yoga comme traitement alternatif des troubles anxieux,

---

<sup>1</sup> Réseau public (ou système de santé et des services sociaux) : Système québécois public dont l'« État agissant comme principal législateur et administrateur » (Gouvernement du Québec, 2017, p.3). « Les revenus proviennent principalement des impôts et des taxes prélevés par le gouvernement du Québec » (Gouvernement du Québec, 2017, p.3).

<sup>2</sup> Organisme communautaire : « Partenaires autonomes » du système de la santé et des services sociaux (Gouvernement du Québec, 2017, p. 10) dont les revenus proviennent en partie du Gouvernement, mais aussi de plusieurs autres sources de financement.

solution pouvant être plus accessible que la psychothérapie pour cette population (Bhat, Varambally, Karmani, Govindaraj, & Gangadhar, 2016; Descilo et al., 2010; Doria, de Vuono, Sanlorenzo, Irtelli, & Mencacci, 2015; Khalsa, Greiner-Ferris, Hofmann, & Khalsa, 2015; Telles, Naveen, & Dash, 2007; Vorkapic & Rangé, 2014).

La présente étude s'intéresse à l'effet du yoga sur les symptômes anxio-dépressifs et sur le bien-être des personnes en attente de service psychologique au GRTP.

## **Contexte théorique**

Le contexte théorique offre les éléments nécessaires pour comprendre les principales variables de l'étude et présente une recension des écrits. Il comporte trois parties : 1) troubles anxieux, 2) impacts du yoga sur la santé psychologique, et 3) objectif et hypothèses.

### **Troubles anxieux**

Un trouble anxieux est caractérisé par la présence d'anxiété, d'inquiétudes ou de symptômes physiques (p. ex., tremblement, manque de souffle, étourdissement) qui causent une détresse significative ou entravent le fonctionnement au niveau des activités sociales, professionnelles ou dans d'autres sphères, sur une période de plus de six mois (American Psychiatric Association, 2013). Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) différencie les troubles anxieux en fonction de la nature de l'objet ou de la situation crainte et des manifestations comportementales (p. ex., évitement) et cognitives (p. ex., croyance erronée) observées (American Psychiatric Association, 2013; Organisation mondiale de la santé, 2008).

### **Types de troubles anxieux**

La peur et l'anxiété<sup>3</sup> sont appropriées lors de situations spécifiques, dites « transitoires » ; toutefois, cela peut s'avérer pathologique lorsqu'elles sont présentes de

---

<sup>3</sup> Il y a une distinction claire entre l'anxiété et la peur : l'anxiété est « l'anticipation d'une menace future » (American Psychiatric Association, 2013), elle fait référence à « un état émotionnel tel que le doute, l'ennui, l'agitation du mental, la déception, la timidité et un sentiment d'irréalité » (Barlow, 2002, p.7) ; la peur est « une réponse émotionnelle à une menace imminente réelle ou perçue » (American Psychiatric Association,



façon soutenue (American Psychiatric Association, 2013; Barlow, 2002). Les réponses à la peur permettent la survie de l'espèce encore aujourd'hui (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999) et elles sont des phénomènes de l'activation du système sympathique où il y a « mobilisation des systèmes de l'organisme dans les situations d'urgence » (Marieb, 2005). Toutefois, lorsque la peur et l'anxiété sont inappropriées, elles entraînent une limite fonctionnelle et une détresse significative. On parle alors d'un trouble anxieux. Différents types de troubles anxieux sont classifiés dans le DSM-5 : le trouble d'anxiété généralisée (TAG), l'agoraphobie, le trouble de panique (TP), la phobie spécifique, l'anxiété sociale et les troubles anxieux induits par une substance, une médication ou une condition médicale (American Psychiatric Association, 2013). Une description sommaire des troubles anxieux est présentée dans le Tableau 1.

Le TAG, le TP, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) seront considérés dans la présente étude. Le TOC et le TSPT étaient auparavant classés parmi les troubles anxieux dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-R) (American Psychiatric Association, 2000), mais ils sont maintenant considérés dans des sections distinctes c.-à-d. dans les sections « Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress » et « Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés » (American Psychiatric Association, 2013). Le TOC se caractérise par l'utilisation de la compulsion, des gestes répétés, afin de soulager une obsession (une pensée récurrente) et qui lui amène une grande détresse. Par exemple,

---

2013), elle déclenche généralement une réaction de fuite ou de combat face au danger immédiat (American Psychiatric Association, 2013).

Tableau 1

*Description des principaux troubles anxieux selon le DSM-5<sup>4</sup>*

Trouble anxieux	Descriptions globales
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	Le TAG se caractérise par la présence d'anxiété et de soucis excessifs dans un certain nombre de sphères d'activités (p. ex., au travail), où il y a une difficulté à contrôler ses préoccupations. Des symptômes, tels que l'irritabilité, l'agitation, se sentir fatigué, sont associés au TAG.
Agoraphobie	Il y a une crainte de ne pas réussir à échapper à un lieu ou de ne pas avoir de secours si une attaque de panique <sup>5</sup> ou des symptômes embarrassants (p. ex., peur d'une incontinence) surviennent. Plusieurs lieux, tels que les transports en commun, les milieux clos ou ouverts, dans la foule ou à la maison, peuvent être associés à ces peurs et sont évités par la personne. Quand la situation crainte survient, une anxiété excessive et hors proportion à la réalité se manifeste. Sinon, la nécessité d'être accompagné est exigée par la personne.
Trouble panique (TP)	Il y a présence d'attaques de panique récurrentes et imprévisibles. Une attaque de panique est suivie d'une crainte persistante d'en refaire ou une crainte des conséquences (p. ex., peur de devenir fou). Des stratégies d'évitement inadaptées et significatives peuvent être observées.
Anxiété sociale	L'anxiété sociale est une peur ou une anxiété des situations sociales où la personne pourrait être évaluée négativement (p. ex., manger devant les autres, rencontrer une nouvelle personne, faire un discours). Ces situations sont évitées ou vécues avec anxiété. La peur est disproportionnelle au contexte socioculturel

<sup>4</sup> Tous ces troubles entraînent une limite fonctionnelle et une détresse significative. De plus, les troubles principalement associés aux enfants, c.-à-d. le mutisme et l'anxiété de séparation y sont exclus (American Psychiatric Association, 2013).

<sup>5</sup> Une attaque de panique est une montée brusque de crainte ou de malaise intense se manifestant par la présence d'au moins 4/13 symptômes précis (p. ex., des palpitations, transpiration, tremblements, sensation de souffle court coupé, sentiment d'étranglement, douleurs ou gêne à la poitrine).

Tableau 1

*Descriptions des troubles anxieux selon le DSM-V (Suite 2)*

	(p. ex., il est justifié d'être plus vigilant aux jugements des autres dans un contexte de guerre civile pour la survie. Être autant vigilant dans un contexte de paix n'est généralement pas nécessaire.)
Phobie spécifique	La phobie spécifique se caractérise par de la peur et de l'anxiété intenses et liées à un objet ou situation en particulier (p. ex., avions, hauteur, animaux ou insectes). La présence de l'objet ou de la situation redoutée sont évitées ou vécues avec anxiété et peur disproportionnées par rapport au contexte socioculturel.
Trouble anxieux induit par une substance ou une médication	Dans ce trouble anxieux, les attaques de panique ou l'anxiété se manifestent pendant ou rapidement après l'intoxication, le sevrage à une substance ou à la prise d'un médicament.
Trouble anxieux dû à une condition médicale	Dans ce trouble anxieux, les attaques de panique ou l'anxiété sont causées par une autre condition médicale physiologique.

une obsession par rapport aux bactéries peut être soulagée temporairement par un lavage excessif des mains (American Psychiatric Association, 2000). Le TSPT survient suite à un événement traumatique où la personne s'est vue confrontée à la mort ou à des blessures graves. Un événement soulevant une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur chez la personne peut aussi être un facteur déclencheur du TSPT. Des souvenirs et des rêves répétés, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil, et l'hypervigilance sont des exemples de symptômes du TSTP (American Psychiatric Association, 2000).

## **Modèle cognitivo-comportemental**

Un modèle théorique d'orientation cognitivo-comportementale (Chaloult, Goulet, & Ngô, 2014a, 2014b; Goulet, Chaloult, & Ngô, 2013; Ladouceur et al, 1999; Marchand & Letarte, 2004) explique les causes des troubles anxieux et permet ainsi une meilleure compréhension de ceux-ci. Il présente trois types de facteurs : 1) les facteurs prédisposants, 2) les facteurs précipitants et 3) les facteurs d'entretien. Les facteurs prédisposants font référence à la vulnérabilité biologique (p. ex., un tempérament avec hypersensibilité), la vulnérabilité psychologique (p. ex., appréhension importante) et l'influence environnementale (p. ex., parents surprotecteurs) qui prédisposent un individu au développement d'un trouble anxieux. Le facteur précipitant est un événement marquant ou chronique qui provoque l'émergence du trouble anxieux. Les périodes de changement peuvent en faire partie (p. ex., décès, naissance d'un enfant, séparation et transition sur le marché du travail). Les facteurs d'entretien font référence aux interprétations erronées des situations, aux comportements de fuite et de neutralisation<sup>6</sup> et aux bénéfices secondaires associés aux symptômes. En résumé, l'interaction entre les facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien serait responsable de l'apparition, du maintien et de l'accentuation des troubles anxieux (Chaloult et al., 2014a, 2014b; Goulet et al., 2013; Ladouceur et al, 1999; Marchand & Letarte, 2004). Dans la présente étude, deux facteurs

---

<sup>6</sup> Comportements de neutralisation : « Il s'agit de stratégies visant à rester physiquement dans la situation, tout en évitant d'être en contact avec les pensées et les émotions, p. ex., la personne peut mettre de la musique pour se distraire, se fermer les yeux et s'imaginer qu'elle est ailleurs ou utiliser des pensées positives irréalistes » (Goulet, Chaloult, Ngô, 2013, p. 28)

prédisposants sont mesurés : la sensibilité à l'anxiété (SA) et le trait anxieux (TA) (Reiss, 1991; Taylor, Koch, & Crockett, 1991).

### **Variables à l'étude**

**Sensibilité à l'anxiété.** En premier lieu, la SA, appelée communément la peur de l'anxiété, est « la tendance spécifique à répondre de manière anxieuse aux sensations de l'anxiété » [traduction libre] (McNally, 2002, p. 939). Plus la SA est élevée et plus la croyance que les symptômes anxieux ont des conséquences est présente, par exemple aux plans somatique (p. ex., faire une crise cardiaque), cognitif (p. ex., devenir fou) ou social (p. ex., être ridicule) (Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986; Taylor et al., 1991). La SA est plus élevée dans une population de personnes avec un trouble anxieux comparativement à une population non-clinique (Taylor, Koch, & McNally, 1992). Reiss (1991) ainsi que Taylor et al. (1991) expliquent que la SA est un facteur de risque associé plus spécifiquement au TP avec ou sans agoraphobie. Par exemple, les résultats d'une étude ont révélé qu'à la suite d'une épreuve physiologique (respirer 30 fois par minute pendant 5 minutes), les collégiens qui avaient un niveau plus élevé de SA ont rapporté plus de sensations corporelles que ceux ayant un niveau plus faible. Ainsi, la peur de l'anxiété pourrait amplifier les sensations corporelles reliées à l'hyperventilation (p. ex., tremblement, palpitation cardiaque) et d'autres sensations corporelles (p. ex., crampe abdominale) (Holloway & McNally, 1987). De plus, il est observé une diminution de la SA chez les personnes avec troubles anxieux à la suite d'un traitement psychologique (McNally, 2002).

**Trait d'anxiété.** Un autre facteur de vulnérabilité est le trait d'anxiété. Il fait référence aux « différences individuelles relativement stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec élévation d'anxiété situationnelle » [traduction par Gauthier & Bouchard, 1993, p.560] (Spielberger, 1988, p.448). Le trait d'anxiété est basé sur l'expérience générale d'anxiété vécue par la personne (Reiss, 1997), c.-à-d. sur la fréquence et l'intensité des expériences passées (Spielberger, 1985). L'anxiété situationnelle est l'expression du trait d'anxiété qui répond par un « état émotionnel transitoire, caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et d'une augmentation de l'activité du système nerveux autonome » [traduction par Gauthier & Bouchard, 1993, p.560] (Spielberger, 1988, p.448). Dans un contexte d'évaluation, une personne avec un trait d'anxiété plus élevé répond à une menace psychologique (p. ex., menace à l'égo où les compétences sont remises en question) avec une plus forte anxiété situationnelle comparativement à sa réponse à une menace physique (p. ex., menace de choc électrique sans douleur conséquente) (Hodges, 1968).

En somme, la sensibilité à l'anxiété et le trait d'anxiété sont des facteurs prédisposants aux troubles anxieux. Il s'agit de deux concepts distincts (Taylor et al., 1991). La sensibilité à l'anxiété fait référence aux croyances liées aux conséquences de l'anxiété alors que le trait d'anxiété est basé sur les expériences passées qui ont engendré de l'anxiété et il influence l'anxiété situationnelle, réaction à une situation anxiogène

(Reiss, 1991). Le trouble anxieux entraîne une grande détresse psychologique. De plus, il est associé aux symptômes dépressifs et au bien-être psychologique.

**Symptômes dépressifs.** Les personnes sensibles à l'anxiété qui présentent un trait d'anxiété élevé et qui, conséquemment, développent des troubles anxieux, rapportent d'ailleurs fréquemment des symptômes de dépression (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Cyranowski et al., 2012; Kessler et al., 2003). Selon Kessler et ses collaborateurs (2003), 58 % des personnes qui ont souffert d'un trouble dépressif majeur rapportaient, dans une enquête nationale aux États-Unis, avoir aussi été atteint d'un trouble anxieux dans la dernière année. Dans le cadre de la présente étude, l'humeur dépressive sera évaluée, car elle est étroitement associée aux troubles anxieux. Elle peut se manifester par un sentiment de tristesse et de découragement (American Psychiatric Association, 2013). Des signes neurovégétatifs comme la perte d'appétit, l'insomnie, la fatigue, de la dévalorisation et des idées suicidaires sont des critères de certains troubles de l'humeur (American Psychiatric Association, 2013).

**Bien-être psychologique.** Des études ont mis en évidence que les personnes aux prises avec un trouble anxieux rapportent un plus bas niveau de bien-être psychologique que les personnes sans trouble anxieux, particulièrement au niveau de la satisfaction de vie et de la vitalité subjective (Besser & Neria, 2009; Bourland et al., 2000; Grabe et al., 2000; Matza, Morlock, Sexton, Malley, & Feltner, 2010; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007; Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000).

Rappelons d'abord que les études sur le bien-être font appel à deux perspectives différentes : le bien-être hédonique et le bien-être eudémonique (Diener, Lucas, & Oishi,

2002). D'un côté, le bien-être hédonique fait référence à la notion de plaisir marquée par la présence d'affects positifs, une absence d'affects négatifs et une satisfaction de vie (Ryan & Deci, 2001). Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) définissent la satisfaction de vie comme l'évaluation globale des personnes sur leur propre qualité de vie basée sur leurs propres critères. La présente étude s'intéresse particulièrement à la satisfaction de vie, car la présence d'un trouble anxieux est apparue associée à une satisfaction de vie plus basse selon certaines études (Besser & Neria, 2009; Bourland et al., 2000; Grabe et al., 2000; Olatunji et al., 2007).

D'un autre côté, la perspective du bien-être eudémonique renvoie à une aspiration à réaliser son plein potentiel et au sentiment d'accomplissement (Ryan & Deci, 2001; Ryff, 1995). Un de ses indicateurs est la vitalité subjective (Ryan & Deci, 2001). Cette dernière est l'expérience subjective de se sentir plein d'énergie et vivant, « une énergie perçue comme émanant de soi » (Ryan & Frederick, 1997, p. 535). Selon la théorie de l'auto-détermination (TAD), le sentiment de vitalité apparaît à la suite de la réalisation d'une activité lorsqu'il y a présence d'un sentiment d'autonomie (Ryan & Deci, 2001). Ryan et Frederick (1997) observent que la vitalité subjective est aussi reliée au bien-être physique. Elle est corrélée négativement avec l'anxiété et la dépression et positivement avec la satisfaction de vie (Ryan & Frederick, 1997). Plus le niveau de sévérité des symptômes anxieux est élevé chez une population avec un TAG, plus le niveau de vitalité est diminué (Matza et al., 2010). De plus, comparativement à un groupe contrôle, il est observé un plus bas niveau de vitalité chez des personnes avec un trouble d'anxiété sociale avec ou sans comorbidité (Wittchen et al., 2000).



En somme, lorsqu'il y a présence d'un trouble anxieux, on observe un niveau élevé de SA, de traits anxieux et de symptômes dépressifs. Un bas niveau de satisfaction de vie et de vitalité subjective est présent et par le fait même, le bien-être psychologique y est influencé négativement (Besser & Neria, 2009; Bourland et al., 2000; Grabe et al., 2000; Matza et al., 2010; Olatunji et al., 2007; Wittchen et al., 2000).

### **Traitement des troubles anxieux**

Plusieurs traitements et interventions ont été développés pour aider les gens aux prises avec les troubles anxieux. Parmi les traitements offerts, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une thérapie reconnue efficace pour ces troubles (Stewart & Chambless, 2009; Swinson et al., 2006). Elle permet de diminuer les facteurs précipitants et les facteurs de maintien appartenant à la personne en ayant comme vision de réduire les symptômes anxieux. Tout en tenant compte du contexte social et des facteurs biologiques de la personne, les interventions utilisées tiennent compte de l'interaction entre les comportements, les émotions et les cognitions (Cottaux, 2011). D'autres types de traitement en psychologie ont été proposés récemment : par exemple, la présence attentive issue de la « troisième vague » de la TCC (Cottaux, 2011). La personne qui la pratique apprend à diriger son attention vers le moment présent et ce, avec bienveillance et sans jugement (Kabat-Zinn, 2001). S'inspirant de la méditation dans la pratique bouddhiste, Kabat-Zinn (2001) décrit la présence attentive comme un état d'éveil où il y a augmentation des opportunités conscientes et inconscientes de changer et de grandir au lieu de poser des actions de manière automatique qui augmentent les peurs et les insécurités. Selon Kabat-Zinn (2001), il y a des milliers d'années que les adeptes du yoga

ont compris le principe de la méditation et de ses effets. Le programme de réduction du stress basée sur la présence attentive utilisant la pratique de différents types de méditation (p. ex., méditation assise, balayage corporel, yoga) est un traitement efficace de groupe pour diminuer l'anxiété et l'humeur dépressive chez la population souffrant de troubles anxieux (Bögels, Sijbers, & Voncken, 2006; Kabat-Zinn et al., 1992; Kim et al., 2009).

### **Impacts du yoga sur la santé psychologique**

#### **Définition du yoga**

Le yoga prend sa source dans la philosophie indienne et remonte à 2 000 ans avant J.-C. (Tardan-Marquelier, 1991). Le terme yoga est tiré de la racine sanskri « yuj » qui signifie « unir » (Iyengar, 1981), indiquant qu'il cherche à unifier la personne (corps, âme et esprit) pour atteindre un équilibre et un sentiment de sérénité (Tardan-Marquelier, 1991). Les yogasutras, des aphorismes créés par Patanjali (200 ans avant J.-C.) constituent les fondements du yoga actuel (Iyengar, 1993) et ont encore une influence majeure sur le yoga pratiqué aujourd'hui partout au monde (Desikachar & Krusche, 2011). La pratique du yoga s'exerce selon certaines lignes directrices, relatées dans les huit membres du yoga : yamas (attitudes à renoncer); niyamas (attitudes à adopter); asanas (postures); pranayamas (respirations conscientes); pratyahara et dharana (étude de soi); dhyana et samadhi (méditation, état de libération et d'équilibre) (Desikachar & Krusche, 2011; Iyengar, 1993). Toutefois, en occident, les enchainements de postures (les asanas) avec l'intégration d'une respiration régulière et d'une attention dirigée vers l'intérieur sont plus fréquemment pratiqués, surtout lors de cours de base (Salmon, Lush, Jablonski, &

Sephton, 2009). Par la pratique du yoga, un pont se crée entre le corps et le mental (Iyengar, 1993).

### **Impacts du yoga sur le niveau d'anxiété et de dépression**

Au cours des deux dernières décennies, l'effet du yoga a été étudié chez des gens présentant différents types de troubles anxieux y compris le TOC et le TSPT (American Psychiatric Association, 2000). Quelques études (Gupta, Khera, Vempati, Sharma, & Bijlani, 2006; Kabat-Zinn et al., 1992; Seow et al., 2016) se sont intéressées à la pratique du yoga chez une population ayant divers troubles anxieux ou psychiatriques, mais plusieurs auteurs ont étudié plus spécifiquement une population ayant un seul type de trouble anxieux. De façon générale, on observe dans la littérature une diminution marquée du niveau d'anxiété et de la dépression à la suite de la pratique du yoga chez des personnes avec un trouble psychiatrique (Gupta et al., 2006) ou un trouble anxieux (Kabat-Zinn et al., 1992), et plus spécifiquement, chez des personnes avec un TAG (Doria et al., 2015; Khalsa et al., 2015), un TP (Vorkapic & Rangé, 2014), un TOC (Bhat et al., 2016; Shannahoff-Khalsa et al., 1999) et un TSPT (Descilo et al., 2010; Telles et al., 2007; Telles, Singh, Joshi, & Balkrishna, 2010; van der Kolk et al., 2014).

**Troubles psychiatriques et troubles anxieux.** Gupta et al. (2006) se sont intéressés à l'impact d'un programme bref éducatif basé sur les principes du yoga chez des participants avec des problèmes de santé physique (p. ex., diabète, problème de l'artère coronaire, asthme) et psychologique (incluant des symptômes d'anxiété, de dépression ou du stress) d'un institut médical en Inde. Le programme était composé de huit séances de trois à quatre heures au cours d'une période de 10 jours. Les séances

débutaient avec une heure de postures et de techniques de respiration et se terminaient par de la méditation et relaxation. La philosophie du yoga (par la lecture, l'écoute de vidéo), l'écoute de musique instrumentale, du support de groupe et individuel, des conseils sur le mode de vie (p. ex., nutrition, gestion du stress) étaient aussi offerts. Sur les 175 participants, 33 présentaient un trouble psychiatrique. Gupta et al. (2006) ont observé que ces derniers ont bénéficié davantage du programme, démontré par une diminution des traits d'anxiété et de l'anxiété situationnelle entre la première et la dixième journée du programme. Nous pouvons penser que la pratique du yoga, en plus de l'enseignement d'un mode de vie associé, a une influence importante chez une population psychiatrique. Toutefois, il aurait été intéressant d'avoir plus d'informations à propos des troubles inclus dans les troubles psychiatriques.

Kabat-Zinn et al. (1992) se sont inspirés du yoga pour établir un programme de réduction du stress basée sur la présence attentive, une technique de méditation (séances en groupe de 8 semaines, 2h/semaine, 7,5h supplémentaires de méditation et pratiques à la maison de 45min/6jours/semaine de yoga et méditation). Ils ont observé une réduction de l'anxiété et de la dépression en comparant les participants avant et après le programme, en plus d'un maintien des bénéfices trois mois plus tard, chez un échantillon ( $n=22$ ) ayant un diagnostic principal d'agoraphobie avec ou sans trouble panique (TP) ou trouble d'anxiété généralisée (TAG), dont plus de la moitié ont aussi un autre trouble anxieux. Suite à cette étude pilote, les auteurs affirmaient que leur programme est efficace pour ces trois types de troubles anxieux (agoraphobie, TP et TAG). Le yoga comme seule modalité d'intervention n'a toutefois pas été évalué.

**Trouble d'anxiété généralisée.** L'étude pilote de Khalsa et al. (2015) s'est intéressée aux personnes atteintes d'un trouble d'anxiété généralisée (TAG) et ayant pour la majorité, un diagnostic de trouble de l'humeur (75 %). Les participants ont bénéficié de six séances hebdomadaires de Yoga-Enhanced Cognitive Behavioral Therapy (Y-CBT) incluant : a) du yoga avec méditation, intégrant respirations et postures ; b) des interventions en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) (p. ex., restructurations cognitives) ; et c) un groupe de discussion. Sur la durée totale des sessions (1h30), trente minutes étaient accordées au yoga. Après les six semaines du programme d'Y-CBT, il a été démontré une diminution des traits anxieux et de l'anxiété situationnelle des participants, ainsi que leur niveau de dépression. Toutefois, l'étude ne comprenait pas de groupe contrôle et seulement 69 % des participants ont complété l'étude ( $n=22$ ). Quant à l'étude de Doria et al. (2015), des séances de yoga étaient offertes à des personnes avec un trouble anxieux ou de l'humeur ( $n=69$ ) dont 56 % des participants avaient un diagnostic de TAG. Le programme comprenait dix séances durant les deux premières semaines et, par la suite, une séance par semaine échelonnée sur une période de six mois, deux heures par séance avec des techniques de respiration et des étirements. Quatre temps de mesure ont été réalisés : avant les séances, à deux semaines, trois mois et six mois de leur programme de yoga. Les auteurs ont démontré une diminution significative du niveau d'anxiété et de dépression, entre le début de l'étude et tous les autres temps de mesure, indépendamment du diagnostic (trouble anxieux et trouble de l'humeur) et de la présence ou non d'une prise de médication (antidépresseur et/ou anxiolytique). L'absence de

comparaison à un groupe contrôle et le nombre limité des échantillons avec TAG sont certaines limites des études de Khalsa et al. (2015) et Doria et al. (2015).

**Trouble panique.** Dans une étude comparant deux groupes d'intervention, Vorkapic et Rangé (2014) ont voulu démontrer les bienfaits du yoga chez des personnes souffrant de trouble panique (TP). Les participants présentant une comorbidité de dépression et ayant un traitement psychopharmacologique étaient inclus dans l'étude. Un premier groupe ( $n=10$ ) participait à des séances de yoga (2 fois/semaine ; 50 minutes ; postures, techniques de respiration, méditation et relaxation) et un deuxième groupe ( $n=10$ ) participait au même type de yoga (1 fois/semaine) combiné à une psychothérapie (1 fois/semaine ; 50 minutes ; TCC). En comparant les résultats, avant et après 2 mois de yoga, les participants des deux groupes ont présenté des changements significatifs au niveau des symptômes cliniques, des croyances et des sensations corporelles liés au TP. Même si l'amélioration à travers le temps avait tendance à être plus élevée dans le deuxième groupe, les résultats n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes (Vorkapic & Rangé, 2014). Les auteurs concluent que le yoga peut avoir une influence comparable à un programme combinant une TCC et du yoga chez des personnes avec TP. Toutefois, le nombre restreint de participants limite la généralisation quant aux effets du yoga sur les symptômes de TP.

**Trouble obsessionnel-compulsif.** Malgré le peu d'études observant l'effet du yoga chez des personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif (TOC), les résultats disponibles amènent à croire que le yoga peut être bénéfique pour la réduction des symptômes du TOC. Shannahoff-Khalsa et al. (1999) ont mené une étude en deux phases

sur une période de 15 mois. La première phase était un essai contrôlé randomisé servant à comparer, avant et après 3 mois, deux types de méditation (1h/semaine) : a) une méditation spécifique pour le TOC provenant de la pratique du yoga et comprenant des techniques de respiration (groupe expérimental au T1,  $n=11$ ) et b) une méditation dite « générale » telle que la *Relaxation Responses* et *Mindfulness Meditation* (groupe contrôle au T1,  $n=10$ ). La méditation spécifique s'est révélée plus efficace que la méditation « générale » sur la diminution des symptômes du TOC et ceux reliés aux troubles de l'humeur (p. ex., dépression, anxiété, vigueur, fatigue, confusion). Cependant, 37 % des participants n'ont pas complété la phase 1. Dans la deuxième phase, l'étude s'est poursuivie pendant 12 mois supplémentaires avec les participants du groupe expérimental de la phase 1 (T2;  $n=7$ ), les participants du groupe contrôle de la phase 1 (T2;  $n=7$ ) et l'ajout d'autres participants répondant aux critères (T2;  $n=4$ ). Après 15 mois de méditation, les participants qui ont fait la phase 1 et 2 ont vu une amélioration autant au niveau des symptômes du TOC qu'au niveau des indices de trouble de l'humeur. À la lumière de ces résultats, Shannahoff-Khalsa et al. (1999) concluent qu'il faudrait approximativement un an de pratique de leur protocole de méditation spécifique au TOC (1 fois/semaine : techniques respiratoires) pour en retirer un bénéfice maximal lorsqu'une médication est stable et que les symptômes sont persistants malgré les thérapies antérieures chez les personnes éprouvant un TOC. Par contre, à la suite de leur étude pilote, Bhat et al. (2016) considèrent que seulement 2 semaines (total de 10 cours) d'un programme spécifique de yoga approuvé par leurs experts (postures, méditation, techniques de respirations et chant) peuvent influencer la diminution des symptômes d'obsessions et de compulsions associés au TOC. Cependant,

les résultats de l'étude ne peuvent être attribués entièrement à l'effet du yoga, car en plus de la pratique de yoga, tous les participants avaient une médication et la plupart suivaient une TCC (Bhat et al., 2016). Et puis, les auteurs expliquent avoir besoin de poursuivre leur recherche dans le domaine, car leur étude n'a pas dégagé des preuves assez fortes pour démontrer l'efficacité de leur programme considérant la taille réduite de l'échantillon étudié ( $n=10$ ) et l'absence de groupe contrôle (Bhat, et al., 2016).

**Trouble de stress post-traumatique.** De plus en plus d'études s'intéressent à l'effet du yoga sur les manifestations du trouble de stress post-traumatique (TSPT) autant au niveau de la prévention (Telles et al., 2007 ; Telles et al. 2010) qu'au niveau de la réduction des symptômes persistants (van der Kolk et al., 2014). Par exemple, l'étude contrôlée randomisée de van der Kolk et al. (2014) s'est intéressée aux femmes ayant des symptômes persistants de TSPT malgré les traitements reçus. Ces chercheurs ont comparé les participantes d'un groupe faisant du yoga basé sur un protocole spécifique pour les traumatismes (1h/1fois/semaine : respiration, postures et méditation) à des participantes recevant des services de soutien et de psychoéducation en santé (1h/1fois/semaine). Après 10 semaines, un peu plus de la moitié (16 sur 31) des participantes du groupe de yoga ne répondaient plus aux critères diagnostiques du TSTP comparativement à 21 % (6 sur 29) des participants du groupe contrôle ayant reçu des interventions psycho-éducatives. De plus, un plus bas niveau de dépression a été observé dans les deux groupes. Dans une autre étude contrôlée randomisée (Telles et al., 2010), un mois après une inondation en Inde, une heure de yoga (1fois/jour ; pendant 1 semaine : postures et respiration) a été offerte à un groupe d'hommes. En comparant les résultats avant et après la pratique du yoga, une



semaine plus tard, les hommes qui faisaient du yoga ( $n=11$ ) présentaient moins de tristesse et leur niveau d'anxiété est resté semblable. Tandis que les hommes qui continuaient leur routine habituelle ( $n= 11$ ) ont vu leur anxiété augmenter et leur niveau de tristesse rester semblable. Dans les deux groupes, aucun changement au niveau de la peur et des difficultés de sommeil n'a été observé. Une autre étude (Telles, Naveen, & Dash, 2007) a été menée auprès de victimes d'une catastrophe naturelle, un mois après un tsunami en Inde. La plupart des participants souffraient de détresse psychologique et d'anxiété. Après une semaine de yoga (1h, 1 fois/jour : philosophie, postures, relaxation et techniques respiratoires), chez l'ensemble des participants, les chercheurs ont observé une diminution de la peur, de l'anxiété, de la tristesse et des difficultés à dormir, symptômes typiques chez les victimes de catastrophe naturelle. À partir des résultats, les auteurs (Telles et al., 2007 ; Telles et al., 2010) proposent que le yoga puisse être un bon moyen de gérer le stress et prévenir l'anxiété à la suite d'une catastrophe naturelle. Toutefois, ils restent prudents dans leur conclusion étant donné le manque de validité de l'instrument de mesure des symptômes de TSPT, les *Visual Analog Scales* (VAS) (Échelles de 1 à 10 de peur, de tristesse, d'anxiété et de difficulté à dormir).

À la lumière de leur méta-analyse d'études randomisées et contrôlées, Cramer et al. (2017) ont fait ressortir que la pratique du yoga peut être bénéfique à court terme (après 12 semaines) dans la diminution d'une anxiété élevée et de symptômes dépressifs chez une population non-clinique comparativement à des groupes sans intervention spécifique. De plus, elle peut aussi être bénéfique à long terme (après six mois) à la diminution d'une anxiété élevée comparativement à un groupe avec intervention (p. ex., relaxation). Quant

à la population avec trouble anxieux, les auteurs nomment qu'il n'y a toutefois pas d'évidence que le yoga a un impact sur l'anxiété et les symptômes dépressifs. Des limites de leur étude sont nommées tel que le petit nombre d'études (huit études; total de  $n=319$ ) identifiées selon leurs critères de sélection (p. ex., études randomisée contrôlées, population avec anxiété élevée selon questionnaire auto-rapporté ou présence d'un diagnostic de trouble anxieux selon le *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) et clarté de la méthodologie). Un manque d'homogénéité dans les interventions d'une étude à l'autre est aussi nommé. Les auteurs concluent que les résultats des études sont préliminaires et ils affirment un besoin de plus d'études « robustes » randomisée contrôlées (Crame et al., 2017). Tout comme Crame et al., (2017), dans la méta-analyse de Hoffman, Andreoli, Carpenter et Curiss (2017), les auteurs mettent en évidence que la pratique du yoga peut aider à diminuer les symptômes d'anxiété élevée. Les critères d'inclusion étaient cependant restreints à des études avec un type de yoga (hatha yoga et ses composantes). De plus, leur méta-analyse inclut seulement une étude avec une population atteinte d'un trouble anxieux, le trouble panique, sur les 17 sélectionnées. Les auteurs concluent que nous ne pouvons pas encore expliquer clairement l'apport du yoga dans la diminution de l'anxiété.

En résumé, les études réalisées auprès de personnes souffrant de troubles anxieux laissent voir une grande variabilité de programmes de yoga offerts aux participants et il a été observé des limites au niveau des études telles que le nombre restreint de participants, un taux élevé d'abandons et le peu d'études de comparaison à un groupe contrôle. Cependant, il ressort généralement que la pratique du yoga comme intervention seule ou

complémentaire à un traitement pharmacologique et/ou psychothérapeutique peut prévenir ou diminuer les symptômes associés aux troubles anxieux, en plus de diminuer le niveau de dépression. En appui aux méta-analyses, nous comprenons aussi que les études à ce sujet restent préliminaires et qu'il n'y pas encore d'évidence que le yoga est une discipline indiquée pour le traitement des troubles anxieux. Il est possible que la pratique du yoga puisse amener une meilleure qualité de vie chez les personnes ayant un trouble anxieux (Descilo et al, 2010 ; Khalsa et al., 2015). De plus, comme le démontrent les études décrites ci-dessous, elle peut leur apporter une meilleure satisfaction de vie, un plus haut niveau de vitalité subjective et de bien-être psychologique (Michalsen et al., 2012; Moliver, Mika, Chartrand, Haussman, & Khalsa, 2013; West, Liang, & Spinazzola, 2016).

**Impacts du yoga sur le bien-être psychologique.** Peu d'études se sont intéressées au bien-être psychologique et ses composantes (p. ex., satisfaction de vie et vitalité subjective) chez les personnes avec un trouble anxieux qui font du yoga. West et al. (2016) ont cherché à expliquer l'effet du yoga chez les femmes ayant un TSPT et ayant participé à 10 semaines de yoga (1h/1fois/semaine : respiration, postures et méditation) basées sur un protocole spécialisé pour les victimes de traumatisme. L'échantillon étudié était constitué de 22 des 31 participantes (71 %) de l'échantillon de l'étude de van der Kolk et al. (2014). Suite aux 10 semaines, une étude qualitative a été menée auprès de ces participantes et a permis de constater un niveau plus élevé de bien-être psychologique, à partir des thématiques soulevées (p. ex., une meilleure compassion envers elles-mêmes;

une plus grande acceptation de soi et des événements; plus d'*empowerment*, de capacité d'initiative et de confiance en la vie) (West et al., 2016).

Des études auprès de diverses populations non-cliniques (p. ex., femmes, jeunes adultes, personnes âgées et personnes vivant des symptômes anxieux) ont observé une amélioration du niveau de bien-être psychologique et plus spécifiquement du niveau de la satisfaction de vie et de la vitalité subjective après avoir pratiqué le yoga (1h à 1h30/séance ; 1 à 2 fois/semaine ; 6 à 12 semaines) comparativement à un groupe contrôle (p. ex., continuer leur routine habituelle ou participer à un autre type d'intervention tel que la relaxation musculaire et la participation à un groupe de socialisation) (de Manincor, Bensoussan, Smith, Fahey, & Bouchier, 2015; Malathi, Damodaran, Shah, Patil, & Maratha, 2000; Michalsen et al., 2012; Smith, Hancock, Blake-Mortimer, & Eckert, 2007; Wang, 2010) et en comparant avant et après la pratique du yoga chez un même groupe (1h/séance, 5 jours/semaine pendant 4 mois) (Malathi et al., 2000).

Malgré les différentes modalités de la pratique du yoga (p. ex., respiration, postures, méditation, fréquence et durée), les récentes études chez les personnes avec TAG (Doria et al., 2015, Khalsa et al., 2015), TP (Vorkapic & Rangé, 2014), TOC (Bhat et al. 2016; Shannahoff-Khalsa & al., 1999), TSPT (Descilo et al., 2010; van der Kolk et al., 2014), et les études auprès de populations non-cliniques (de Manincor et al., 2015; Malathi et al., 2000; Michalsen et al., 2012; Moliver et al., 2013; Smith et al., 2007; Wang, 2010) suggèrent qu'il est possible d'améliorer la santé psychologique d'une personne souffrant d'un trouble anxieux grâce à la pratique du yoga. Dans la présente étude, le terme de « santé psychologique » fait référence aux symptômes anxio-dépressifs et au bien-être

psychologique et à deux de ses composantes, la vitalité subjective et la satisfaction de vie. À ce jour, aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement à l'influence du yoga concernant la santé psychologique des personnes en attente de service psychologique spécialisé en troubles anxieux.

### **Objectif et hypothèses**

L'objectif de l'étude était de vérifier l'impact du yoga sur les symptômes anxieux et dépressifs, ainsi que sur le niveau de bien-être psychologique, de vitalité subjective et la satisfaction de vie des personnes présentant des manifestations anxieuses en attente d'un service psychoéducatif spécialisé. Il était attendu que les niveaux du trait d'anxiété, d'anxiété situationnelle et de sensibilité à l'anxiété des participants, après les 8 semaines de séances de yoga, diminuent. De plus, il était prévu une diminution des symptômes dépressifs et une augmentation du niveau de bien-être psychologique, de la vitalité subjective et de la satisfaction de vie. Contrairement aux groupes expérimentaux, il était attendu que les niveaux du trait d'anxiété, d'anxiété situationnelle et de sensibilité à l'anxiété des participants du groupe contrôle demeurent stables après 8 semaines de routine habituelle. De plus, il était prévu un maintien des symptômes dépressifs et un maintien du niveau de bien-être psychologique, de la vitalité subjective, et de la satisfaction de vie.

## **Méthode**

La méthode décrit, tout d'abord, le recrutement des participants et la répartition de ceux-ci dans chaque groupe, par la suite, le déroulement de l'expérimentation et, finalement, les instruments utilisés. Le devis de recherche est quasi-expérimental avec groupes indépendants. Dans chaque groupe expérimental et contrôle, deux questionnaires (pré-expérimentation et post-expérimentation) ont été remplis par les participants avant et après les 8 séances de yoga.

### **Recrutement et répartition des participants**

Avant de débiter le recrutement, l'étude a été approuvée préalablement par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) (Voir Appendice A). Il était prévu de recruter un total de 48 participants en deux cohortes, 24 participants au printemps et 24 participants à l'automne de l'année 2016. Avec une puissance statistique de 0,8, ce nombre de participants ( $n=48$ ) était suffisant pour en détecter, à l'aide d'une MANOVA factorielle, un effet de taille moyenne au seuil de signification statistique de 0,05 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Toutefois, étant donné des difficultés de recrutement plus importantes qu'anticipées, un total de 24 participants a complété l'étude, soit 13 participants faisant partie du groupe expérimental et 11 du groupe contrôle. Les critères d'inclusion étaient

les suivants : 1) faire partie de la liste d'attente du GRTP et 2) avoir plus de 18 ans. Les critères d'exclusion étaient : 1) avoir une condition qui empêche la pratique du yoga, 2) avoir déjà suivi des cours de yoga et 3) être suivi en psychothérapie au moment de l'étude. Leur participation était volontaire et non-rémunérée.

En premier lieu, les participants faisant partie de la liste d'attente pour recevoir des services thérapeutiques au GRTP (Groupe de ressource pour le trouble panique et autres troubles anxieux) ont été appelés, en commençant par la fin de la liste d'attente, c.-à-d. les derniers inscrits sur la liste. Cette procédure avait comme but d'éviter que le projet ne coïncide avec une offre de services au GRTP et de s'assurer que les participants soient en attente de services tout au long de l'étude. Tout compte fait, un total de 20 participants dans le groupe expérimental (n=11 au printemps, n= 9 à l'automne) et un total de 17 participants dans le groupe contrôle (n=9 au printemps, n=8 ; à l'automne) ont débuté l'étude (au T1).

### **Au printemps 2016**

Dans la première partie de l'étude, un nombre initial de 39 personnes intéressées à faire du yoga et à répondre à deux questionnaires se sont manifestées parmi les 60 personnes que nous avons contactées sur la liste d'attente. Le recrutement s'est fait en trois temps afin d'avoir assez de participants intéressés. L'appendice B présente le script utilisé lors du recrutement. Toutefois, seulement 20 personnes parmi les 39 répondaient aux critères et étaient disponibles pour prendre part à la recherche (voir Figure 1). Une pige au ha-



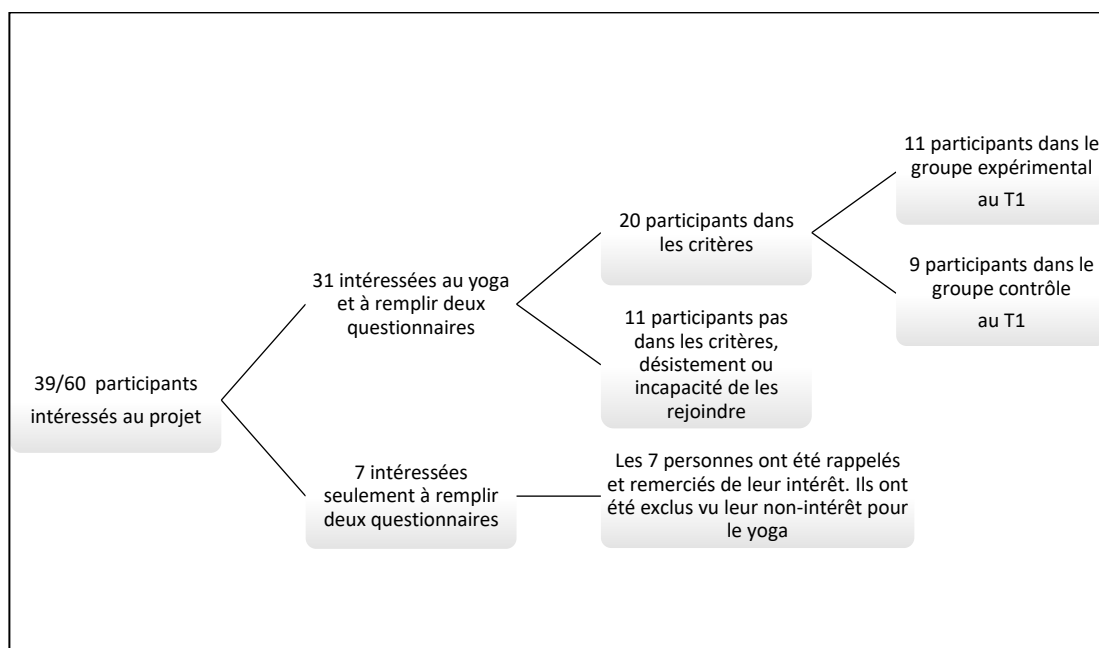


Figure 1. Recrutement au printemps 2016.

sard a eu lieu afin d'assigner aléatoirement les participants au groupe expérimental ( $n=11$ ) et au groupe contrôle ( $n=9$ ). La non-équivalence du nombre de participants dans chaque groupe est liée à l'anticipation de l'abandon des participants à la pratique du yoga. Environ 2 à 3 personnes décrocheraient par groupe de yoga selon l'avis de professeurs de yoga expérimentés consultés. Un taux d'abandon de 64% (7 sur 11 participantes) a été observé dans le groupe expérimental au printemps. Un plus faible taux d'abandon de 11 % (1 sur 9 participants) dans le groupe contrôle a été observé. Même si chaque participant avait l'information qu'il n'était pas dans l'obligation de justifier le retrait au cours de l'étude, il leur était demandé d'en aviser la chercheuse principale. Néanmoins, cinq participants n'étaient plus joignables (p. ex., numéro de téléphone non-valide ou ne retournaient pas les messages téléphoniques).

### **À l'automne 2016.**

Pour la deuxième partie de l'étude, un nombre initial de 22 personnes intéressées au projet s'est manifesté parmi les 42 personnes sollicitées sur la liste d'attente. Cependant, cinq de celles-ci ne répondaient pas aux critères ou n'étaient plus rejoignables. Il n'a donc pas pu y avoir de tirage aléatoire pour l'assignation des participants à chacun des groupes (expérimental et contrôle), car le nombre limité de participants intéressés à la pratique du yoga était trop restreint. Alors, les participants intéressés à remplir deux questionnaires dans le cadre de la recherche se sont vu assignés à un groupe (expérimental ou contrôle) de façon non-aléatoire. En d'autres mots, l'assignation dans chaque groupe était basée sur leur intérêt pour la pratique du yoga. Les personnes intéressées au yoga ont été intégrées au groupe expérimental ( $n=9$ ) et celles non-intéressées au yoga ont été intégrées au groupe contrôle ( $n= 8$ ) pour un total de 17 participants (voir Figure 2).

Le taux d'abandon du groupe expérimental a été de 33 % (3 sur 9 participants) et celui du groupe contrôle a été de 25 % (2 sur 8 participants). De plus, sept participants du groupe contrôle du printemps (première cohorte) ont été intégrés au groupe expérimental d'automne (deuxième cohorte). Trois d'entre eux ont d'ailleurs accepté de remplir dans un troisième temps le questionnaire 2.

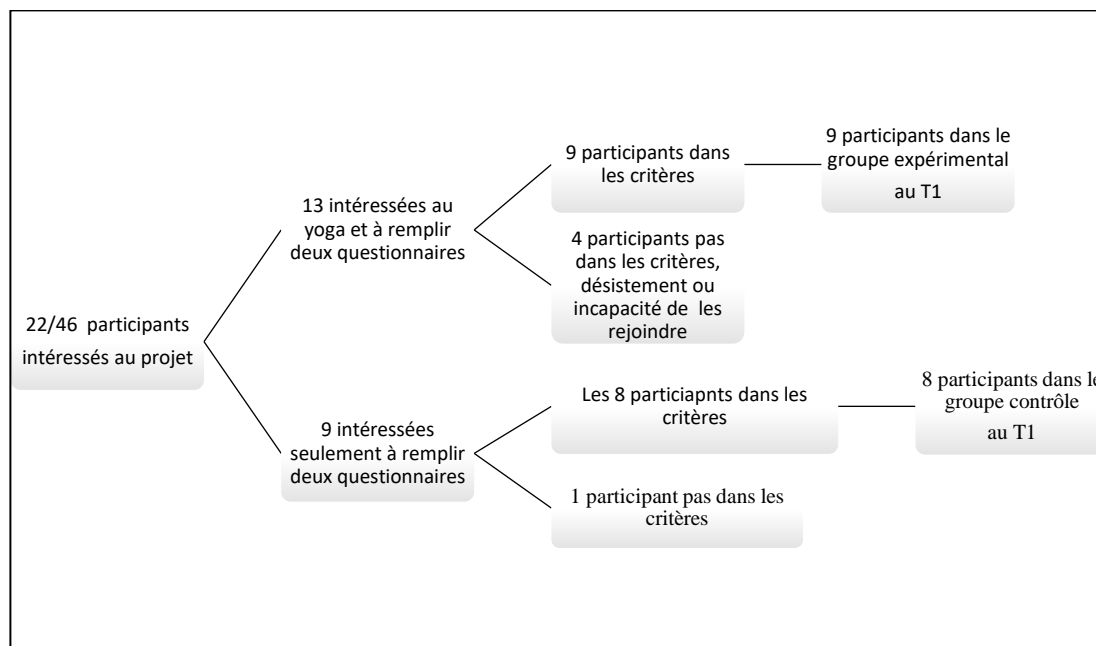


Figure 2. Recrutement à l'automne 2016.

En somme, 37 participants ont amorcé le projet au T1 et 24 de ceux-ci (65 %) ont complété la recherche au T2, c.-à-d. rempli les deux questionnaires (pour les groupes expérimentaux et contrôles; au total  $n=24$ ) et participé aux cours de yoga (pour le groupe expérimental,  $n=10$ ). Le principal motif invoqué pour le retrait de l'étude était le manque de temps. Il a aussi été mentionné que les séances de yoga n'étaient pas adaptées aux besoins de certains participants (p. ex., « pas assez avancé » ou « trop lent »). Quatre participants (trois du groupe expérimental; un du groupe contrôle) ont été retirés des analyses : deux participantes se sont présentées à moins de la moitié des séances offertes ; une participante n'était pas dans un état émotionnel propice à la passation; un autre participant a été jugé comme n'étant pas apte à comprendre le but de l'étude ainsi que son rôle.

## Déroulement

Tout d'abord, la chercheuse principale de l'étude a effectué un premier contact téléphonique auprès de participants potentiels. Les personnes intéressées et disponibles au moment de l'appel ont pris connaissance de l'étude via le formulaire d'informations et de consentement (FIC; voir Appendice C), expliqué et lu par la chercheuse principale. Finalement, les participants volontaires ont accepté de participer de façon éclairée à l'étude et ont consenti verbalement au FIC. Ensuite, les personnes disponibles lors du premier appel ont complété le questionnaire 1 (pré-expérimental) en entretien téléphonique (Voir Appendice D). Les participants non-disponibles étaient rappelés dans un moment plus opportun pour ceux-ci. Le FIC a été envoyé, par la suite, à tous les participants soit par courrier ou courriel selon leur préférence.

Pour terminer, le questionnaire 2 (post-expérimental) a été complété et a eu lieu en moyenne dix semaines plus tard, en version crayon-papier ou par téléphone au choix du participant (Voir Appendice E). Sept d'entre eux ont préféré se déplacer pour compléter le questionnaire en version crayon-papier. Trois participants au printemps se sont présentés au GRTP (2327 rue Lévesque, Jonquière) et quatre autres à l'automne se sont présentés à l'UQAC au même local où les cours de yoga avaient eu lieu. Exceptionnellement, une participante a demandé qu'on lui envoie par la poste le questionnaire 2. Les autres ont préféré compléter ce questionnaire de la même façon que le questionnaire 1, c.-à-d. via un entretien téléphonique.

### **Groupe contrôle**

Les personnes faisant partie du groupe contrôle n'ont reçu aucune intervention, mais devaient compléter les questionnaires 1 et 2 aux mêmes moments que les personnes du groupe expérimental. Plus spécifiquement, tous les participants devaient compléter des questionnaires auto-rapportés en deux temps, avant et après les 8 semaines d'expérimentation. Ceux-ci ont eu comme consigne de continuer leur routine habituelle jusqu'à la passation du questionnaire 2. Suite à leur participation, un prix compensatoire leur a été offert de huit séances de yoga.

### **Groupe expérimental**

Les personnes faisant partie d'un groupe expérimental ont participé à des séances de yoga, incluant des postures de yoga (āsana) en intégrant : la concentration sur le souffle; la respiration consciente (sans technique précise); la synchronisation avec les mouvements; l'attention à différentes parties du corps; la relaxation corporelle et l'induction d'un état de détente appelé « relaxation »; la méditation. Chaque séance était d'une durée d'une heure et quart à raison d'une fois par semaine sur une période de huit semaines. Deux professeures de yoga certifiées ont accompagné les participants (une pour chacun des groupes de yoga au printemps et à l'automne). Les prochaines sections sont divisées en fonction des spécificités propres à l'expérimentation du printemps et de l'automne. De plus, les lieux de la pratique du yoga, le matériel à apporter et les documents supplémentaires offerts aux participantes sont expliqués.

**Au printemps.** La première professeure était sensibilisée à la population anxieuse. Psychologue depuis 9 ans, elle détenait une maîtrise en psychologie clinique. Celle-ci a

complété 250 heures de formation pratique auprès d'Isabelle Godin (enseignante et formatrice de yoga pratiquant depuis 20 ans) en collaboration avec « Étude et transmission du yoga » (ÉTY). Au moment de l'expérimentation, elle enseignait depuis un an et demi, tout en continuant d'être supervisée. Les plans de séances de yoga proposés aux participants sont décrits dans l'appendice F. Ils ont été déterminés par la professeure. La fréquence des séances visée était d'une fois par semaine. Cependant, les séances ont été espacées de deux semaines entre la première et deuxième séance ainsi qu'entre la quatrième et la cinquième pour des contraintes personnelles de la professeure.

**À l'automne.** Vu le faible taux de présence des participants au printemps, nous avons décidé d'offrir un encadrement plus serré aux participants c.-à-d. de faire des rappels du premier cours, d'accueillir les participants en présence de la chercheuse principale de la recherche en début du premier cours de yoga et d'exercer un suivi plus serré avec la professeure de yoga. Ainsi, après la première collecte de données, un courriel a été envoyé pour faire parvenir la vignette de stationnement, mais aussi faire un rappel de la date du début des cours et du matériel à apporter. De plus, la veille du début des cours, chaque participant a été appelé par la chercheuse principale afin de leur rappeler le début des séances et répondre à des questions au besoin. Pour la deuxième cohorte du groupe expérimental, la professeure de yoga du printemps a eu des imprévus et ne pouvait plus accompagner les participants de l'automne. Alors, une autre professeure a accepté d'enseigner le yoga à ceux-ci. Elle a été choisie en fonction de ses compétences, mais aussi de par sa certification de professeure de Viniyoga, même type de yoga que la précédente professeure. Au moment de l'étude, elle enseignait depuis 15 ans. De plus, elle

a reçu une formation dans l'approche « posture et respiration ». La fréquence de séance visée était d'une fois par semaine. Cependant, la cinquième et la sixième séances ont été espacées de deux semaines, puisqu'après consultation du groupe, il était prévu un taux élevé d'absentéisme à la fête de l'Halloween. Avant les séances, lorsque les participants s'installaient, il y avait de la musique relaxante. Elle était cependant arrêtée une fois la séance débutée. Les plans des séances de yoga sont présentés dans l'appendice G et étaient aussi déterminés par la professeure.

**Lieux des séances de yoga.** Au printemps, le local utilisé était situé à l'école de yoga de Madame Isabelle Godin. Quant à l'automne, le local utilisé était situé à l'université du Québec à Chicoutimi (UQAC). Des vignettes de stationnement de l'UQAC ont alors été envoyées en version électronique à la plupart des participants du groupe expérimental avant le premier cours de yoga. Une version papier de la vignette de stationnement a été remise au premier cours de yoga pour les autres participants.

**Matériel de yoga.** Au printemps et à l'automne, un tapis de yoga était prêté aux participants. Ceux-ci étaient toutefois encouragés à se procurer un tapis afin de pouvoir pratiquer à la maison. Au printemps, il a été mentionné aux participants de porter des vêtements amples ou souples leur permettant d'être à l'aise à la demande de la professeure. De plus, pour ceux qui empruntaient un tapis, il leur a été indiqué d'apporter une « serviette de bain ». Et puis, à l'automne, à la demande de la professeure de yoga, il a été mentionné aux participants d'apporter une « petite serviette à main », une couverture polaire, des vêtements amples, un haut à manches courtes et un autre à manches longues.

**Documents supplémentaires.** À l'automne, il a été offert aux participants des documents papiers illustrant les séquences de postures proposées dans les cours. De plus, il a été transmis lors de la deuxième passation du questionnaire une version papier ou électronique d'une pensée positive lue lors des séances (Voir Appendice H).

### **Instruments**

Les questionnaires 1 et 2 utilisés (voir Appendices D et E) comprennent des questions relatives aux données sociodémographiques et des instruments mesurant le niveau d'anxiété (trait, état et sensibilité), les symptômes dépressifs, le bien-être psychologique, la vitalité subjective et la satisfaction de vie. De plus, un questionnaire qualitatif sur l'expérience subjective des participants des groupes expérimentaux a également été utilisé (voir Appendice E).

#### **Questionnaire sociodémographique**

Ce questionnaire contient cinq items sociodémographiques (l'âge, le sexe, l'état matrimonial, le dernier niveau d'étude complété et l'occupation); en plus, il permet de saisir des données liées à la prise de médication, aux traitements psychothérapeutiques reçus et évènements stressants vécus récemment depuis le début de l'étude.

#### **Échelles de mesure**

Six échelles de mesure sont utilisées dans les questionnaires 1 et 2. Celles-ci sont associées à chaque variable dépendante de l'étude.

**State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y).** Le STAI-Y, créé par Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg et Jacobs (1983), consiste en une version améliorée du STAI



(Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970). Ce questionnaire auto-rapporté regroupe deux sous-échelles de 20 items chacune. La première sous-échelle mesure l'anxiété situationnelle qui consiste en un « état émotionnel transitoire, caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude » (Spielberger, 1988, traduit par Gauthier & Bouchard, 1993, p. 560). Des exemples d'items de cette sous-échelle référant au moment présent sont « je me sens calme », « je me sens à l'aise » et « je me sens effrayé(e) ». La deuxième sous-échelle mesure le trait d'anxiété qui est la « prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes » (Spielberger, 1988, traduit par Gauthier & Bouchard, 1993, p. 560). Par exemple, les items se référant à la vie en général sont « j'ai des pensées troublantes » et « je me sens nerveux(se) et agité(e) ». Cette sous-échelle mesure la tendance plutôt stable de l'individu de vivre de l'anxiété. Les deux sous-échelles utilisent une échelle de type *Likert* variant entre 1 (pas du tout) et 4 (beaucoup). Des scores élevés représentent des niveaux plus élevés d'anxiété. Gauthier et Bouchard (1993) ont démontré les qualités métrologiques de la version québécoise traduite en français intitulée « Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y) (IASTA-Y) ». La cohérence interne (alpha de Cronbach) était de 0,90 pour les traits d'anxiété et 0,91 pour l'anxiété situationnelle lors de l'étude de validation. Au T1, les indices de cohérence interne pour la présente étude sont de 0,88 et 0,91 respectivement pour l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété. Au T2, les indices de cohérence interne sont de 0,91 et 0,93, pour l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété respectivement. De plus, Gauthier et Bouchard (1993) ont confirmé sa

validité de construit et présenté des résultats similaires à celle de l'instrument original de Spielberger (Spielberger, 1989; Spielberger et al., 1983).

**Index de sensibilité à l'anxiété (ISA).** L'ISA a été utilisé pour mesurer la sensibilité à l'anxiété, c.-à-d. une peur subjective des sensations corporelles reliées à l'anxiété (Reiss & McNally, 1895; Taylor et al., 1991). L'ISA est un questionnaire auto-rapporté de 16 items créé par Reiss, Perterson, Gursky et McNally en 1986. Des exemples d'items sont « cela me fait peur quand je suis nerveux(se) » et « il est important pour moi d'être en contrôle de mes émotions ». L'ISA utilise une échelle de type *Likert* variant de 0 (pas du tout) à 4 (extrêmement). Marchand, Stephenson, Feeney et Marchand (1999) ont traduit la version originale en français. Dans l'ensemble, cette traduction de l'ISA a démontré de bonnes qualités métrologiques : la cohérence interne en alpha de Cronbach chez une population clinique est de 0,85 ; la validation de construit est très acceptable ; la corrélation test-retest obtenue dans un intervalle de 6 semaines est de  $r=0,68$  (Verreault, Marchand, Labrecque, & Marchand, 2007). Dans la présente étude, au T1 et T2, une valeur d'alpha de Cronbach de 0,87 est obtenue.

**Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9).** Ce questionnaire auto-rapporté de 10 items sert à évaluer les symptômes dépressifs et a été créé par Kroenke, Spitzer et Williams (2001). Les neuf premiers items demandent d'identifier à quelle fréquence la personne a rencontré les problèmes énoncés au cours des deux dernières semaines. Des exemples d'items sont « peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses » et « penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou

d'une autre ». On y répond en utilisant une échelle de type *Likert* dont les choix sont : 0 (jamais), 1 (plusieurs jours), 2 (plus de la moitié du temps) et 3 (presque tous les jours). L'item 10 demande : « Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ? ». Les degrés de difficulté sont « pas du tout difficile », « assez difficile », « très difficile » et « extrêmement difficile ». Pour la cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version originale, deux populations ont été sollicitées, des patients de cliniques de soins médicaux et d'obstétrique-gynécologie. Elle se situe entre 0,86 et 0,89 (alpha de Cronbach) pour ces deux populations respectivement (Kroenke et al., 2001). Une bonne validité de construit est observée par Kroenke et al. (2001). L'indice d'association (test-retest ; en coefficient de Kappa) à 48 heures d'intervalle, est de 0,84 (Kroenke et al., 2001). La traduction française a été faite par Archinard (Carballeira et al., 2007). Carballeira et al. (2007) ont testé la spécificité et la sensibilité de ce questionnaire en comparant les résultats de l'échelle aux diagnostics de trouble dépressif émis par des psychiatres. Les résultats ont démontré 76 % de spécificité et 64 % de sensibilité. Il est donc conseillé par Carballeira et al. (2007) de se servir de l'échelle comme outil de dépistage plutôt que comme outil diagnostique. Pour les besoins de l'étude, le PHQ-9 a permis d'évaluer l'évolution des symptômes dépressifs. Dans la présente étude, au T1, la valeur de la cohérence interne est calculée à 0,80 tandis qu'au T2, elle est de 0,75.

#### **Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (ÉMMBEP).**

L'ÉMMBEP évalue le bien-être psychologique qui « représente une composante

fondamentale de la notion globale de qualité de la vie » (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, & Bélair, 1998, p. 353). L'ÉMMBEP a été créée par Massé et al. (1998) :

Son originalité réside dans la constitution d'une banque initiale de signes de santé psychologique positive rapportés par des Québécois à travers des récits de périodes de vie marquées par une bonne « santé psychologique ». Cette démarche ethnosémantique confère un haut niveau de validité de contenu à la liste de signes de bien-être retenus pour les analyses de fidélité et de validité concomitante tout en permettant une analyse originale des dimensions sous-jacentes de ce concept de bien-être (p. 353).

Cette échelle auto-rapportée comprend 25 items et fait référence aux deux derniers mois. Des exemples d'items sont « j'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie » et « je me suis senti (e) en confiance ». L'EMMBEP utilise une échelle de type *Likert* variant entre 1 (jamais) et 5 (presque toujours). Sa cohérence interne se situe à 0,93 (alpha de Cronbach) dans l'étude originale de Massé et al. (1998). Pour la présente étude, au T1, la valeur de cohérence interne est de 0,89 et au T2, elle est de 0,86.

**Échelle de satisfaction de vie (ÉSDV-5).** L'ÉSDV-5 évalue la satisfaction de vie, c.-à-d. l'évaluation globale des personnes sur leurs conditions de vie (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Elle est constituée de cinq items, p. ex., « en général, ma vie correspond de près à mes idéaux » et « mes conditions de vie sont excellentes ». Elle utilise une échelle de type *Likert* se situant entre 1 (fortement en désaccord) et 7 (fortement en accord). Sa cohérence interne est de 0,87 (alpha de Cronbach) et la fidélité test-retest, dans un intervalle de deux mois, est de  $r = 0,82$  lors de l'étude de validation (Diener et al., 1985). La validation en français de l'échelle a été faite par Blais, Vallerand, Pelletier et

Brière (1989). La cohérence interne de la version traduite est de 0,80 (alpha de Cronbach) et la validité de construit est jugée satisfaisante. La fidélité de test-retest, dans un intervalle de deux mois, est de  $r=0,64$ . Dans la présente étude, au T1 et au T2, la valeur de la cohérence interne est de 0,82.

**Échelle de vitalité subjective.** L'échelle de vitalité subjective a été créée par Ryan et Frederick (1997). La vitalité subjective est l'expérience subjective de se sentir plein d'énergie et vivant (Ryan & Frederick, 1997). La version originale de l'échelle contient sept items. Des exemples d'items sont « Je me sens tellement vivant(e), au point de vouloir éclater » et « J'ai hâte à chaque nouveau moment ». Cet instrument utilise une échelle de type *Likert* se situant entre 1 (pas vrai du tout) à 7 (tout à fait vrai). Pour la cohérence interne (alpha de Cronbach) de la version originale, deux populations ont été sollicitées, des universitaires et des employés d'hôpital. Elle se situe entre 0,84 et de 0,86 respectivement pour ces deux populations. La fidélité test-retest, dans un intervalle de huit semaines, est de 0,64 (Ryan & Frederick, 2007). La version française, utilisée par Forest (2006) et attribuée à Rousseau (2002, cité par Forest, 2006), a été utilisée dans cette présente étude. Elle présente une cohérence interne de 0,86 (alpha de Cronbach) (Forest, 2006). Dans cette présente étude, elle est de 0,88 au T1 et de 0,84 au T2.

### **Questionnaire de l'expérience subjective**

Ce questionnaire de neuf items interroge le participant sur son appréciation de l'expérience vécue lors des séances de yoga, p. ex., en questionnant sur les points les plus appréciés et les points les moins appréciés. De plus, il cherche à préciser les changements

perçus reliés à la pratique du yoga au niveau de la qualité de vie et des symptômes. Ce questionnaire auto-rapporté a été développé spécifiquement pour cette étude et se présente sous forme de questions semi-structurées ou questions avec choix de réponses (p. ex., oui, non ou peut-être).

## **Résultats**

Tout d'abord, des analyses quantitatives descriptives ont été réalisées afin de connaître les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon. Ensuite, des tests d'hypothèses ont été réalisés afin de vérifier l'effet de la pratique du yoga sur la santé psychologique. Pour tester les hypothèses de recherche, une analyse de variance multivariée factorielle (MANOVA) avait été prévue. Toutefois, étant donné un plus petit nombre que prévu de participants ( $n= 20$ ; 10 participants dans chaque groupe), il a été choisi de réaliser des versions non-paramétriques du test- $t$  pour échantillons appariés (test de Wilcoxon) pour vérifier l'effet du yoga dans le temps. La puissance statistique observée dans l'étude variait entre 0,06 et 0,19 pour le groupe expérimental et entre 0,05 et 0,19 pour le groupe contrôle.

Finalement, une analyse qualitative, plus précisément, une analyse inductive générale (Blais & Martineau, 2006) a été réalisée afin de mieux saisir l'expérience subjective des participants et comprendre les changements perçus dans leur qualité de vie et leur symptomatologie. Dans cette analyse qualitative, nous avons pris en considération les réponses de tous les participants qui ont fait du yoga et qui ont rempli un questionnaire à la suite des séances ( $n=13$ ). À titre compensatoire, trois participantes du groupe contrôle du printemps ont intégré le groupe expérimental de l'automne et ont accepté de remplir un troisième questionnaire. Leurs réponses qualitatives ont donc été prises en considération.



### **Analyses descriptives**

Des analyses descriptives ont permis de faire ressortir les caractéristiques sociodémographiques des participants qui ont complété l'étude. La moyenne d'âge des participants du groupe expérimental était de 37,5 ans (ET=11,5) et celle du groupe contrôle était de 32,9 ans (ET=10,0). Les autres informations générales des groupes de l'étude telles que l'état matrimonial, le sexe, le dernier degré scolaire complété et l'occupation sont présentées dans le Tableau 2.

De plus, les participants ont été questionnés sur leur prise de médication pré-yoga et post-yoga. Des informations relatives aux traitements pharmacologiques et de traitements psychologiques ont aussi été demandées. Ces résultats sont présentés au Tableau 3. Dans un premier temps (pré-yoga), la majorité de l'échantillon du groupe expérimental (80 %) et contrôle (70 %) utilisait une médication visant principalement à traiter l'anxiété. Dans un deuxième temps (post-yoga), 80 % de l'échantillon du groupe expérimental et contrôle ont mentionné ne pas avoir eu de changement dans leur traitement pharmacologique. Il est aussi observé que plus de la moitié (60 %) du groupe expérimental et la moitié (50 %) du groupe contrôle ont eu accès à des services psychologiques au cours de l'étude. Les professionnels consultés étaient des psychologues, des travailleur(euse)s sociaux(les), des psychiatres et un intervenant en dépendance.

Pour terminer, les participants ont été interrogés sur la survenue d'évènements stressants depuis le début de l'étude dans le questionnaire 2. La majorité des participants

Tableau 2

*Caractéristiques sociodémographiques des groupes expérimental  
et contrôle*

Variables	Groupe expérimental (n=10)		Groupe contrôle (n=10)	
	n	%	n	%
<b>Sexe :</b>				
• Homme;	1	10	3	30
• Femme;	9	90	7	70
<b>État matrimonial:</b>				
• Marié (e)/conjoint fait;	6	60	7	70
• Célibataire;	3	30	3	30
• Séparé (e);	1	10	0	0
• Veuf (Veuve).	0	0	0	0
<b>Dernier niveau scolaire complété :</b>				
• DES <sup>a</sup> ;	2	20	4	40
• DEP <sup>b</sup> ;	1	10	2	20
• DEC <sup>c</sup> ;	4	40	2	20
• Diplôme d'études universitaire;	3	30	1	10
Autre : Aucun diplôme.	0	0	1	10
<b>Occupation :</b>				
• Étudiant;	1	10	1	10
• Travailleur;	7	70	6	60
• Non-travailleur :	2	20	3	30
○ Recherche d'emploi;	1	10	1	10
○ Congé maladie;	1	10	2	20

<sup>a</sup>DES : Diplôme d'étude secondaire; <sup>b</sup>DEP : Diplôme d'étude professionnelle; <sup>c</sup>DEC : Diplôme d'étude collégiale.

(90%) du groupe expérimental et contrôle ont exprimé en avoir vécu. Sept types d'événements stressants ont été relatés : des difficultés relationnelles; des inquiétudes liées aux proches; des problèmes financiers; des préoccupations liées au travail ou aux études;

Tableau 3

*Traitement pharmacologique et psychologique des groupes expérimental et contrôle*

	Groupe expérimental		Groupe contrôle	
<b>T1</b>				
Variables catégorielles	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Médication</b>				
• Absence de médication	2	20	3	30
• Présence de médication	8	80	7	70
Pour raison de :				
○ Dépression;	1	10	1	10
○ Anxiété;	7	70	7	70
○ Insomnie;	1	10	5	50
○ Autres, spécifiez : (Reflux et irritation gastrique, hypertension, migraine, glande thyroïde, psychose.)	3	30	4	40
<b>T2</b>				
Variables catégorielles	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<b>Médication</b>				
• Pas de changement de médication;	8	80	8	80
• Changement de médication:	2	20	2	20
○ Diminution de la dose;	0		0	
○ Augmentation de la dose;	2		1	
○ Autre changement	1		1	
<b>Service psychologique</b>				
• Pas de service psychologique	4	40	5	50
• Service psychologique :	6	60	5	50

Tableau 3

*Traitement pharmacologique et psychologique des groupes expérimental et groupe contrôle (suite)*

○ Type de professionnel consulté :						
▪ Psychologue;	1			1		
▪ Travailleur(se) social(e)	3			2		
▪ Intervenant en dépendance	1			0		
▪ Psychiatre	1			3		
○ Milieu de consultation :						
▪ GRTP	2			1		
▪ Privé	2			1		
▪ CLSC	0			2		
▪ Données manquantes	2			1		
<b>Variables continues</b>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
Service psychologique :						
• Fréquence (par semaine)	6	0,63	0,44	5	0,75	0,35
• Nombre de rencontre (depuis le début de l'étude)	6	3,33	1,63	5	4,80	1,80

des nouvelles expériences ou changements; des problèmes liés à la santé psychologique et/ou physique; des appréhensions de situations futures.

### **Analyses quantitatives**

#### **Tests d'hypothèses**

Des tests de comparaisons de moyennes ont été utilisés pour vérifier l'impact du yoga sur la santé psychologique des participants. Plus spécifiquement, des tests non paramétriques de Wilcoxon ont été privilégiés étant donné la faible taille d'échantillon et la distribution non-normale des données pour les deux groupes de participants. Ces tests

permettent de comparer les scores des participants avant et après l'intervention. En d'autres mots, ces analyses ont permis de vérifier le changement dans le temps des indicateurs de santé psychologique associés aux deux groupes. Les résultats des tests non paramétriques de Wilcoxon sont présentés au Tableau 4. De plus, les tailles d'effet ont été calculées en fonction de la cote Z et la taille de l'échantillon total (Field, 2009, p. 550).

**Groupe expérimental.** Pour le groupe expérimental, aucun changement statistiquement significatif (sous le seuil de 0,05) n'a été relevé pour les variables de la santé psychologique entre le T1 et le T2. Cependant, les résultats démontrent une baisse de dépression marginalement significative<sup>7</sup> ( $p=0,082$ ) qui correspond à un effet de taille moyenne ( $d=0,39$ ) à la suite de la pratique du yoga. De plus, des diminutions représentant des changements de l'anxiété situationnelle ( $d=0,32$ ) et de la satisfaction de vie ( $d=0,33$ ) ont été observées avec une taille d'effet moyenne.

**Groupe contrôle.** Pour le groupe contrôle, aucun changement statistiquement significatif n'a été relevé pour les variables de la santé psychologique entre le T1 et le T2. Toutefois, une augmentation marginalement significative de la vitalité subjective ( $p=0,072$ ) a été démontrée, correspondant à un effet de taille moyenne ( $d=0,40$ ). De plus, une légère diminution du trait d'anxiété ( $d=0,31$ ) avec une taille d'effet moyenne est observée.

---

<sup>7</sup> Marginalement significatif : Signifie un résultat statistique dont le  $p$  se situe entre 0,05 et 0,10.

Tableau 4

Résultats des tests de Wilcoxon comparant les tendances centrales des groupes expérimental et contrôle sur l'ensemble des variables dépendantes à l'étude

Variable	Groupe expérimental (n=10)					Groupe contrôle (n=10)				
	T1 <i>M(ET)</i>	T2 <i>M(ET)</i>	Z	<i>p</i>	<i>d</i>	T1 <i>M(ET)</i>	T2 <i>M(ET)</i>	Z	<i>p</i>	<i>d</i>
STAI-t	52,1 (10,66)	51,0 (9,19)	-0,838	0,402	0,19	57,2 (9,74)	54,3 (9,64)	-1,380	0,168	0,31
STAI-e	41,7 (8,81)	37,4 (10,55)	-1,423	0,155	0,32	44,6 (8,26)	46,7 (10,86)	-0,767	0,443	0,17
ISA	36,0 (13,52)	32,4 (7,90)	-1,123	0,262	0,25	33,3 (13,31)	32,4 (13,47)	-0,595	0,552	0,13
PHQ-9	12,3 (5,70)	10,1 (5,59)	-1,737	*0,082	0,39	11,7 (4,72)	11,7 (4,37)	0	1	0
EMMBEP	79,7 (16,65)	78,8 (10,70)	-0,411	0,681	0,09	72,4 (8,46)	78,0 (12,20)	-1,172	0,241	0,26
EVS	25,90 (9,43)	27,3 (8,96)	-0,921	0,357	0,21	22,6 (6,54)	26,4 (5,06)	-1,797	*0,07 2	0,40
ESDV-5	22,90 (6,76)	21,3 (5,58)	-1,483	0,138	0,33	18,4 (4,90)	18,7 (6,11)	-0,153	0,878	0,03

Note. *d* = *d* de Cohen, \* = différence pré-post statistiquement significative au niveau de  $p < 0,10$

### **Analyses quantitatives complémentaires**

Tous les participants qui ont fait du yoga dans le cadre de cette étude ( $n=13$ ) ont été interrogés à propos des changements dans leur qualité de vie et dans leurs symptômes au cours de l'étude. Le but de ces analyses était aussi d'en connaître davantage sur la pratique des participants à l'extérieur des séances et de savoir s'ils envisageaient poursuivre leur pratique dans le futur. L'appréciation subjective sollicitée de l'expérience de yoga a été obtenue en utilisant une échelle de 0 à 10. Les analyses utilisées sont des analyses de khi carré de variables catégorielles et des analyses descriptives de variables continues.

#### **Changement dans la qualité de vie et au niveau des symptômes**

Les résultats indiquent que 61,5 % des participants qui ont fait du yoga ont répondu avoir perçu un changement positif dans leur qualité de vie et que seulement 38 % ont affirmé avoir perçu un changement au niveau de leurs symptômes.

#### **Poursuite du yoga et recommandation à un proche**

Près de la moitié des participants du groupe expérimental ( $n=6$  ; 46,2 %) ont affirmé avoir pratiqué entre les séances offertes lors de l'étude. Plus de la moitié (61,5 %) ont affirmé qu'ils comptaient continuer à pratiquer le yoga, tandis que 38,5 % ont répondu qu'ils comptaient peut-être continuer à pratiquer cette discipline. Finalement, la majorité des participants (84,6 %) ont affirmé qu'ils recommanderaient le yoga à un proche, tandis que 15,4 % ont répondu qu'ils le recommanderaient « peut-être ».

### **Échelle d'appréciation, assiduité et pratique entre les cours offerts.**

Les variables continues concernant le questionnaire de l'expérience subjective sont : l'échelle d'appréciation du yoga, l'assiduité aux séances et la fréquence en heure par semaine de pratique entre les cours offerts durant l'expérience. Les participants ont apprécié en moyenne 9,38/10 (ET=0,96) leur expérience de yoga. Les participants se sont présentés en moyenne à 6,3 séances sur 8 (ET=1,43). Cinq participants sur les six qui ont affirmé avoir pratiqué entre les cours offerts ont pratiqué sur une base régulière en moyenne 2,2 heures par semaine (ET=0,76).

### **Analyses qualitatives**

Pour les participants qui ont perçu un changement positif concernant leur qualité de vie et les symptômes de détresse durant l'étude, il leur était demandé d'élaborer davantage leur réponse. Ces éléments de réponse ont été traités selon la méthode d'analyse inductive générale proposée par Blais et Martineau (2006). Tout d'abord, après une lecture approfondie des réponses des participants, une première codification a été faite par la chercheuse principale. Plus précisément, des unités de sens ont été dégagées des données brutes et ont été importées dans le logiciel Nvivo. Des catégories ont ensuite été créées à partir des unités de sens sélectionnées à l'aide du même logiciel. Une catégorie est « une production textuelle se présentant sous forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériau de recherche » (Paillé & Munichhielli, 2003, pp. 147-148).

Pour assurer la rigueur de la méthodologie et la validité des résultats, les catégories ressorties ont été validées par une assistante de recherche à l'aide d'une démarche



indépendante de codification proposée par Blais et Martineau (2006). Celle-ci devait associer les unités de sens aux catégories créées préalablement sans avoir vu les associations faites par la chercheuse principale. Pour commencer, les définitions de chaque catégorie lui ont été offertes. Par la suite, le travail des deux parties a été mis en commun. Lors de divergence entre la chercheuse et l'assistante de recherche à propos d'associations de catégorie et d'unité de sens, un dialogue avait lieu afin d'arriver à un consensus ou à une modification de catégorie.

### **Changements perçus au niveau de la qualité de vie et des symptômes**

Les deux questions suivantes avaient comme but de comprendre les changements perçus par les participants reliés à la pratique du yoga: 1) Avez-vous observé des changements dans votre qualité de vie au cours de l'étude ? et 2) Avez-vous observé des changements au niveau de symptômes au cours de l'étude ? Lors de la passation, nous avons observé une confusion de la part des participants quant à ces deux questions. Plus précisément, les questions leur semblaient similaires. Nous avons d'ailleurs intégré les réponses communes aux deux questions dans une même section. Pour ces raisons, nous avons regroupé l'ensemble des réponses des participants qui ont perçu des changements dans leur qualité de vie (61,5 %) et leurs symptômes (38 %) au cours de l'étude. Quatre catégories sont ressorties du discours des participants : 1) anxiété, angoisse et stress, 2) contrôle de la respiration, 3) présence attentive et 4) relaxation.

**Anxiété, angoisse et stress.** Cette catégorie est associée à la perception des participants face aux changements par rapport à leur anxiété, leur angoisse et leur stress. Les résultats de l'analyse indiquent que 62,5 % (5 sur 8) des participants ont perçu un

changement dans cette catégorie. Tout d'abord, trois participantes ont relaté percevoir une diminution considérable de leur anxiété et de leur angoisse. Deux d'entre elles ont mentionné voir une différence dans leur qualité de vie. Par exemple, une de celles-ci a expliqué avoir fait « trois crises de panique en deux mois au lieu d'en faire une à deux fois par semaine ». Et puis, même si pour certains l'angoisse et l'anxiété étaient encore présents, un meilleur sentiment contrôle était présent. Les participantes 16 et 14 ont d'ailleurs indiqué « mieux gérer ses crises de panique » quand il y a début d'hyperventilation et être « plus capable d'utiliser les exercices de relaxation lorsqu'elle se sent stressé ». Pour terminer, un changement éprouvé par la participante 13 était de ne pas vivre d'anxiété pendant la pratique du yoga. Ce phénomène était aussi associé à une augmentation de sa qualité de vie.

**Contrôle de la respiration.** Cette catégorie fait référence aux changements perçus en lien avec la respiration. Au total, 37,5 % (3 sur 8) des participants ont relaté la présence de changement des symptômes d'anxiété et mis en lien avec la respiration. Dans ce sens, la participante 15 a expliqué que « le soir dans son lit, elle se réveille anxieuse et elle prend le temps de respirer ». Quant à la participante 14, elle a relaté « mieux respirer et être plus attentive à sa respiration ».

**Présence attentive.** La présence attentive renvoie au fait d'être pleinement dans le moment présent, sans jugement. Kabat-Zinn (2001) la décrit comme un état d'éveil où il y a augmentation des opportunités conscientes et inconscientes de changer et de grandir au lieu de poser des actions de manière automatique qui augmentent les peurs et les insécurités. Au total, 37,5 % (3 sur 8) des participants font référence à la présence attentive

lorsqu'ils nomment des éléments de changement quant à la qualité de vie et aux symptômes au cours de l'étude. Par exemple, la participante 2 a mentionné que « vivre le moment présent » a contribué au changement dans sa qualité de vie. De plus, prendre « le temps de se recentrer avant d'agir, parler ou prendre une décision » est relaté par la participante 15 et est aussi un changement associé à sa qualité de vie. La participante 10 a cependant expliqué qu'être « capable d'envoyer dans le ciel » c.-à-d. pratiquer le lâcher-prise est un élément nouveau contribuant à avoir un effet positif sur ses symptômes anxieux.

**Relaxation.** Cette catégorie fait référence à l'état de « calme », de « détente » et à la « diminution de tension physique ». Au total, 75 % (6 sur 8) des participants font référence à cette catégorie. Cet état de relaxation a d'ailleurs été mentionné comme agent positif dans la qualité de vie chez cinq de ces participants et comme agent positif au niveau des symptômes chez deux de ces participants.

### **Appréciation subjective**

Dans le cadre de cette étude, les questions sur l'appréciation subjective avaient comme but de mieux comprendre ce qui était apprécié par les participants ( $n=13$ ) lors de la pratique du yoga et de mieux comprendre l'expérience de yoga des participants. Il était demandé: A) Quel aspect avez-vous le plus apprécié, B) Quel aspect avez-vous le moins apprécié. Leurs réponses ont été classées en six catégories distinctes : 1) apprentissage, 2) aspect corporel, 3) aspect organisationnel, 4) aspect relationnel, 5) présence attentive et 6) relaxation.

**Apprentissage.** Cette catégorie fait référence à la notion d'apprentissage. Les résultats de l'analyse inductive générale indiquent que 61 % (8 sur 13) des participants ont relaté des éléments correspondant à cette catégorie. Ces résultats suggèrent qu'en apprendre davantage sur le yoga a été apprécié. Cinq participants, soit 38,5 %, ont relaté qu'apprendre à respirer a d'ailleurs été l'un des éléments les plus appréciés de leur expérience de yoga. De plus, trois participantes ont mentionné qu'elles vont intégrer les apprentissages faits dans leur vie à la suite de l'expérience. En contrepartie, la participante 1 relatait qu'il pouvait être difficile pour elle d'appliquer le yoga à l'extérieur du cours, mais qu'elle était consciente de repartir avec « des outils de plus » comme les éléments en lien avec la respiration et la relaxation.

**Aspect corporel.** Cette catégorie réfère à la relation du participant avec son corps. Les résultats de l'analyse indiquent que près de la moitié (46 %) des participants ont relaté des éléments correspondant à l'aspect corporel. Trois sous-catégories ressortent : acquérir de la souplesse ( $n = 3$ ), porter son attention sur la respiration ( $n = 2$ ) et apprécier les postures ( $n = 2$ ). En ce qui a trait à la posture, l'une des participantes spécifiait que cela l'a « poussé hors du commun, car les positions étaient différentes de la vie », plus précisément, elles l'ont sortie de sa zone de confort. Cependant, les postures n'ont pas plu à deux participantes. La participante 3 a trouvé plus difficile de faire les postures. Dans le même sens, la participante 12 a relaté que les postures en équilibre lui demandaient plus d'effort et moins de détente.

**Aspect logistique.** Cette catégorie renvoie à l'organisation des séances de yoga c.-à-d. le lieu choisi et la formule des séances. Les résultats de l'analyse indiquent que 62 %

(8 sur 13) des participants ont répondu par des éléments correspondant à cette catégorie. Tout d'abord, le participant 4 a mentionné un inconfort lié au manque d'espace d'un local. De plus, la participante 13 a ajouté qu'elle avait moins apprécié être dans un sous-sol et devoir « s'éloigner de chez elle ». Cette dernière a spécifié cependant que cela faisait partie de ses propres peurs. Toujours en lien avec le lieu, la participante 16 a mentionné aimer l'ambiance créée par des lumières tamisées et de la musique.

Ensuite, la formule de yoga n'a pas été appréciée par tous les participants. Le style de yoga était d'ailleurs « trop lent » pour la participante 16. Elle a relaté qu'elle aurait souhaité avoir des exercices plus intenses physiquement. Néanmoins, le participant 4 a mentionné avoir apprécié obtenir des séances de yoga qui étaient, selon lui, une « belle approche en douceur ». Comme la participante 2, celui-ci a aussi ajouté avoir aimé suivre « son rythme » à l'intérieur des séances. Pour terminer, trois participantes ont moins apprécié terminer après huit semaines. Elles auraient préféré poursuivre les séances de yoga dans le cadre de cette présente recherche.

**Aspect relationnel.** Cette catégorie est associée aux caractéristiques des professeuses et du groupe de yoga. Les résultats de l'analyse indiquent qu'un peu plus de la moitié (54 %) des participants ont mentionné des éléments correspondant à cette catégorie. D'ailleurs, 80 % de ces éléments appréciés font référence aux caractéristiques des professeuses. Par exemple, quatre participants ont relaté des caractéristiques personnelles qu'ils ont appréciées telles que la « douceur », le « calme », la « gentillesse » et la « disponibilité » des professeuses de yoga. De plus, trois participants ont aussi aimé les caractéristiques liées à la compétence des professeuses comme la présence de « bonnes

explications » à l'intérieur des séances et l'impression d'avoir un « suivi serré ». Le participant 4 a d'ailleurs écrit que « la professeure était excellente ».

Au niveau du groupe, la participante 2 a mentionné qu'au début des huit séances, il y avait des participants avec qui elle a développé une complicité, mais qu'elle n'avait plus la chance de revoir par la suite. Elle a moins apprécié que des « gens n'ont pas embarqué » au lieu d'être présents de façon régulière aux séances de yoga. Et puis, la participante 15 mentionnait avoir apprécié « être avec d'autres personnes qui peuvent vivre la même situation qu'elle », c.-à-d. une problématique d'anxiété.

**Présence attentive.** Cette catégorie est aussi relatée dans la section précédente de « Changements perçus au niveau de la qualité de vie et des symptômes » et elle renvoie à la même description. Les résultats de l'analyse indiquent que 23 % des participants ont relaté des éléments correspondant à cette catégorie. Tout d'abord, la participante 2 a mentionné avoir apprécié « vivre le moment présent et apprendre à s'arrêter ». Il a d'ailleurs été spécifié chez deux participantes qu'elles ont apprécié « réussir à oublier ses problèmes » et « se vider la tête » lors de la pratique du yoga. La participante 10 a toutefois relaté avoir moins apprécié « rester une heure à faire des gestes, vider son esprit et rester dans le moment présent » car elle avait l'impression d'avoir « trop d'affaires à faire pour s'arrêter ». La pratique de présence attentive a ainsi été plus difficile à intégrer pour cette participante.

**Relaxation.** Cette catégorie fait référence à la période de relaxation à l'intérieur des séances de yoga et à l'effet relaxant éprouvé. Les résultats de l'analyse indiquent que 77 % (10 sur 13) des participants ont relaté des éléments correspondant à cette catégorie.

Tout d'abord, 40 % (4 sur 10) de ces participants ont relaté avoir apprécié la période de relaxation. La participante 12 a d'ailleurs mentionné que cette phase était « bénéfique » et l'a comparée à « un massage d'une heure ».

Dix participants ont apprécié l'effet relaxant du yoga. Divers termes ont d'ailleurs été employés pour exprimer cet effet tels que ressentir un « calme », être « zen » et éprouver une « détente ». Deux participantes ont aussi mentionné que l'effet de relaxation se manifestait par l'absence de « tracas » et de pensées relatives au « stress et ce qu'il y a autour ». Néanmoins, la participante 10 a mentionné avoir commencé à ressentir cet effet à partir de la moitié des séances offertes. De plus, selon trois participantes, cet effet ne demeurait pas à long terme. La participante 12 a précisé qu'elle se sentait « zen et relaxe » pendant les deux heures suivant la séance de yoga, mais qu'elle aurait apprécié que cela persiste davantage. La participante 10 estimait cependant se sentir détendue à la suite de la séance de yoga et jusqu'au lendemain.

## **Discussion**



L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact du yoga sur la santé psychologique de personnes en attente de traitement pour un trouble anxieux. Il était alors attendu que les niveaux du trait d'anxiété, d'anxiété situationnelle, de sensibilité à l'anxiété et de dépression des participants diminuent chez ceux ayant participé aux séances de yoga pendant huit semaines. Nous avons aussi prévu une augmentation du niveau de bien-être psychologique, de la vitalité subjective, et de la satisfaction de vie. Aucun changement significatif n'était attendu pour les participants dans le groupe contrôle. Une baisse au niveau des variables de bien-être et une hausse au niveau des variables de symptomatologie étaient toutefois possibles chez ces individus étant donné qu'ils attendaient toujours un traitement pour des symptômes déjà présents. Dans cette section, il y aura discussion des résultats relatifs à chaque variable dépendante afin de pouvoir en dégager une meilleure compréhension. Plus spécifiquement, les résultats de la présente étude seront mis en relation avec les résultats publiés dans la littérature scientifique. Finalement, les forces et les limites de l'étude ainsi que des pistes de réflexion pour des recherches futures seront discutées.

### **Les symptômes dépressifs**

Un premier résultat intéressant de la présente étude concerne les symptômes dépressifs. Le groupe expérimental a présenté une diminution marginalement significative des symptômes dépressifs du T1 au T2 tandis qu'aucun changement n'a été observé chez le groupe contrôle. Le résultat du groupe expérimental converge avec la littérature

scientifique concernant l'effet bénéfique du yoga sur les symptômes dépressifs chez, par exemple, les personnes avec un TAG (Khalsa et al., 2015), un TOC (Shannahoff-Khalsa, 1999) et un TSPT (Van Der Kolk et al., 2014). Khalsa et al. (2015) ont démontré une diminution notable des symptômes dépressifs ( $g=0,76$ ) chez leurs participants diagnostiqués avec un TAG et présentant une dépression majeure suite à leur programme de Y-CBT, c.-à-d. une combinaison de la pratique du yoga et de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Les auteurs affirment que « le yoga diminue les pensées négatives » [traduction libre] (Khalsa et al., 2015, p. 369). De plus, Shannahoff-Khalsa et al. (1999) ont démontré que leur groupe expérimental, après trois mois d'un protocole de yoga de méditation et techniques de respiration, présentait une diminution importante des symptômes associés aux troubles de l'humeur chez une population avec un TOC (p. ex. des symptômes dépressifs, d'anxiété, le niveau de vigueur, de fatigue et de confusion). Selon Vorpkipic & Rangé (2014), la pratique du yoga peut apporter une plus grande flexibilité cognitive, et conséquemment, une meilleure régulation émotionnelle.

Quant à Van der Kolk et al. (2014), ils ont aussi démontré une diminution avec une taille d'effet moyenne ( $d=-0,60$ ) des symptômes de dépression après dix semaines de pratique du yoga. Le résultat de leur groupe contrôle (groupe psychoéducatif) présentait aussi une baisse de dépression ( $d=-0,39$ ). Les auteurs expliquent leurs résultats par la présence de soutien social apporté par les membres du groupe contrôle. L'analyse qualitative dans la présente étude a d'ailleurs permis d'identifier la dimension relationnelle comme étant un élément important pour un peu plus de la moitié des participants qui ont fait du yoga. Les avis des participants étaient toutefois mitigés, mais

la plupart d'eux ont apprécié les caractéristiques personnelles et les compétences des professeures.

En résumé, la littérature semble démontrer que les facteurs favorisant la baisse des symptômes dépressifs par la pratique du yoga sont associés à la diminution de pensées négatives, à une meilleure régulation de l'humeur et à une plus grande flexibilité cognitive, ainsi qu'à la présence d'un soutien social. Dans ce sens, deux participants de notre étude ont mentionné que l'effet de relaxation du yoga se manifestait par l'absence de « tracas » et de pensées relatives au « stress et ce qu'il y a autour ». De plus, la majorité des participants, qui ont perçu un changement dans leur qualité de vie et leurs symptômes au cours de l'étude, rapportaient mieux composer avec leur anxiété, leur stress et leur angoisse. Cela pourrait être expliqué par une meilleure régulation de l'humeur associée à la présence d'une plus grande flexibilité cognitive chez les participants du groupe expérimental.

### **Anxiété situationnelle**

Quoiqu'il n'y ait pas eu de différence statistiquement significative entre les niveaux de l'anxiété situationnelle (AS) au T1 et au T2 chez les participants ayant fait du yoga, une diminution non-négligeable de l'AS a été observée avec un effet de taille moyenne ( $d=0,32$ ). Sur le plan qualitatif, certains participants relataient d'ailleurs avoir un meilleur contrôle de leur stress, leur anxiété et leur angoisse suggérant une AS plus basse. Par exemple, un participant est passé d'une à deux crises de panique par semaine à trois crises en deux mois. Tandis que le niveau d'anxiété situationnelle du groupe contrôle n'a pas changé.

Gupta et al. (2006) et Khalsa et al. (2015) ont démontré une diminution statistiquement significative de l'AS de leur groupe expérimental suite à leur programme de yoga. Ils expliquent ce résultat par la pratique de techniques de relaxation musculaire et l'écoute de musique qui ont pu avoir un impact sur l'AS chez une population psychiatrique. Dans notre étude, il y a eu écoute de musique avant les séances de yoga à l'automne seulement et il n'y a pas eu de technique de relaxation musculaire. De plus, Khalsa et al. (2015) ont démontré une forte diminution de l'AS ( $g=0,74$ ) suite à leur programme Y-CBT, chez leurs participants avec un TAG et un trouble de l'humeur. Selon eux, le yoga a aidé leurs participants à mieux composer avec leurs pensées négatives en lien avec des événements anxiogènes, à vivre de manière moins intense leur anxiété et à développer une capacité d'acceptation. Les résultats qualitatifs de notre étude ont aussi mis en évidence une meilleure capacité d'acceptation chez certains participants car la pratique de la présence attentive a été identifiée chez certains participants comme étant « vivre le moment présent et apprendre à s'arrêter » et être « capable d'envoyer au ciel » les inquiétudes. Dans les études de Gupta et al. (2006) et Khalsa et al. (2015), le yoga n'était pas la seule intervention offerte aux participants ; il devient alors plus difficile de départager l'effet du yoga des autres modalités d'intervention (p. ex., TCC et conseils sur les habitudes de vie).

Bref, la pratique du yoga semble diminuer l'AS par la relaxation musculaire, l'écoute de musique, la baisse des pensées négatives et un meilleur sentiment d'acceptation. En ajout à ces éléments, nous dirions qu'apprendre à mieux respirer et à relaxer à l'aide du yoga sont aussi des facteurs favorables à la diminution de l'AS, car ce

sont des habiletés qui influencent positivement le système biologique (p. ex., sympathique) aidant ainsi à mieux composer avec l'anxiété.

### **Sensibilité à l'anxiété (SA)**

Il n'y a pas eu de baisse statistiquement significative du niveau de SA après les séances de yoga dans notre étude ni chez le groupe expérimental ni chez le groupe contrôle. Suite à leurs protocoles d'intervention, Vorkapic et Rangé (2014) ont pourtant démontré une diminution d'éléments associés à la SA. Deux types d'interventions, yoga comme seule modalité et yoga avec TCC, ont été étudiés chez une population avec trouble de panique (TP) (Vorkapic & Rangé, 2014). Les participants ont modifié leur façon de percevoir leurs symptômes, car une diminution des inquiétudes et des peurs liées aux sensations physiques était présente chez les deux groupes de l'étude (Vorkapic & Rangé, 2014). Il est donc possible que la pratique du yoga ait un impact sur les croyances et les attitudes dysfonctionnelles liées aux symptômes de TP. Les analyses qualitatives de la présente étude ont d'ailleurs démontré chez nos participants une impression d'avoir un meilleur contrôle de la respiration et de leur corps. Il est ainsi possible de penser que vivre de nouvelles expériences positives permet d'avoir une perspective différente des sensations corporelles et, conséquemment, diminuer la SA chez une population avec trouble anxieux. Toutefois, aucune évidence n'a été trouvée sur le plan quantitatif dans cette présente étude. Cela est peut-être dû à la population étudiée ne présentant pas exclusivement un trouble de panique comme tel est le cas dans l'étude de Vorkapic & Rangé (2014).

### **Trait d'anxiété (TA)**

Les résultats de la présente étude en ce qui concerne le TA divergent avec les résultats de recherche de Gupta & al. (2006) et Khalsa & al. (2015), car aucune différence significative n'a été observée au travers le temps chez le groupe expérimental. C'est d'ailleurs aussi le cas pour le groupe contrôle. Tout d'abord, Gupta & al. (2006) ont démontré une diminution du score de trait d'anxiété suite à leur programme éducatif basé sur les principes de yoga, chez leur population psychiatrique, c.-à-d. vivant de l'anxiété, de la dépression et du stress. Selon eux, cette diminution est associée à la pratique de la relaxation, à la méditation et aux techniques de respiration. Ils précisaient que la période de relaxation aide à régulariser le système sympathique et, par conséquent, à diminuer les symptômes d'anxiété tels que les palpitations cardiaques et les comportements d'évitement (Gupta & al., 2006). Dans la présente étude, l'état de relaxation a été identifié par la majorité des participants comme étant l'élément le plus apprécié de leur expérience de yoga. Toutefois, trois participants ont relaté vivre un état de relaxation seulement à court terme, par exemple, jusqu'à deux heures ou jusqu'au lendemain après la séance. Et puis, plusieurs facteurs différaient dans l'étude de Gupta et al. (2006), plus particulièrement, une fréquence élevée des séances (8 séances en 10 jours), le protocole de yoga (incluant des techniques de respiration) et les modalités d'intervention (p. ex., groupe de soutien, rencontre individuelle, enseignement de notions philosophiques, conseils de la gestion du stress).

Ensuite, dans l'étude de Khalsa et al. (2015), les participants atteints d'un TAG ont présenté une forte diminution du trait d'anxiété après le programme de Y-CBT

( $g=1,03$ ). Comme Gupta et al. (2006), ces auteurs expliquaient que le yoga a un impact sur les processus neurobiologiques liés au stress. Ils nommaient aussi que cette discipline permet de prendre une distance avec les inquiétudes orientées sur les situations futures contribuant à diminuer le TA. La divergence avec l'étude de Khalsa et al. (2015) pourrait en majeure partie être reliée à l'ajout de la TCC à la pratique du yoga. Malgré qu'il se soit avéré, dans notre étude, que plus de la moitié des participants ont accédé à des services psychologiques, nous ne pouvons l'associer à un type de thérapie précise telle que la TCC. Rappelons que le trait d'anxiété est une tendance stable à vivre l'anxiété et fait partie de la personnalité de l'individu. Il semble donc que les modalités de yoga établies dans notre étude (1h/semaine pendant 8 semaines) n'ont pas eu une influence suffisante pour changer le trait d'anxiété (American Psychiatric Association, 2013, Spielberger, 1988).

### **Bien-être psychologique**

Malgré qu'aucun changement statistiquement significatif concernant le bien-être des participants du groupe expérimental n'ait été détecté par les tests statistiques entre le T1 et le T2, les résultats qualitatifs suggèrent que la pratique du yoga a apporté une augmentation du niveau de bien-être chez certains participants. La diminution des pensées anxigènes, la présence d'une plus grande impression de contrôle (p. ex., du « corps », de « soi », de la respiration, des symptômes d'anxiété, de stress et des crises de panique) et le respect des limites corporelles sont des éléments relatés.

Les résultats de West et al. (2006) vont dans le même sens que les nôtres et suggèrent la présence de composantes du bien-être décrites par Ryff (2014). West et al. (2006) ont identifié chez leurs participantes une meilleure compassion envers elles-

mêmes, une plus grande acceptation de soi et des événements, plus d'*empowerment*, de capacité d'initiative, de confiance en la vie, en plus, d'avoir de meilleures relations avec les autres. Différentes raisons expliquaient ces résultats selon Kolk et al. (2015). Certaines des participantes ont réalisé qu'elles devaient composer avec leurs propres limites. Elles ont aussi expliqué se présenter de façon plus « authentique » et se sentir plus « confortable » en relation. Contrairement aux participantes de l'étude de West et al. (2006), nos participants n'étaient pas en processus de psychothérapie depuis un minimum de six mois au début de l'étude. Si cela avait été le cas, le résultat quantitatif du bien-être aurait possiblement été plus significatif. Et puis, il est aussi possible que le yoga ait un impact moins grand sur le bien-être psychologique d'une population de trouble anxieux vivant une détresse psychologique importante comparativement à un autre type de population (p. ex., souffrant d'un trouble de stress-post traumatique (TSPT)).

#### **Vitalité subjective.**

Aucun changement significatif du niveau de vitalité n'a eu lieu entre le T1 et le T2 chez les participants du groupe expérimental. De plus, aucune étude à notre connaissance n'a d'ailleurs étudié l'impact du yoga sur cette variable auprès d'une population de trouble anxieux. Quant à Smith (2007), il a démontré une augmentation de la vitalité chez des personnes avec un stress léger à modéré après dix semaines de yoga ou de relaxation. Il n'y a eu aucune différence entre les deux groupes, ce qui peut suggérer que la relaxation a eu un impact comparable au yoga sur le niveau de vitalité. Pourtant dans notre étude, la relaxation a été incluse dans la pratique du yoga, mais aucun changement significatif n'a été démontré. Et puis, Moliver et al. (2013) ont étudié une population non-clinique de



femmes qui pratiquaient le yoga. Ils ont démontré que le nombre d'heures de pratique par semaine ( $r=0,22$ ) et le nombre d'heures totales de pratique dans une vie ( $r=0,20$ ) sont corrélés positivement avec la vitalité subjective. Il est possible que nos participants n'aient pas cumulé assez d'heures de pratique pour rendre possible une hausse significative de vitalité subjective.

Une augmentation marginalement significative a cependant été observée chez le groupe contrôle au travers le temps avec une taille d'effet moyenne ( $d=0,40$ ). Bien que les participants de ce groupe n'aient pas accédé à des séances de yoga, il est possible qu'ils aient changé certaines habitudes de vie telles que l'ajout d'activités physiques. Et puis, des événements de vie peuvent aussi avoir influencé leur sentiment de compétence au travail (p. ex., promotion au travail, réussir des défis) ou interpersonnelle (p. ex., meilleures relations interpersonnelles, nouveau rôle valorisant comme devenir parent). De plus, ces participants auraient pu prendre certaines initiatives (p. ex., préparation d'un voyage, participer à une chorale, faire du bénévolat) augmentant l'impression de pouvoir se réaliser et par conséquent, avoir l'impression d'être utile. En somme, plusieurs facteurs auraient pu influencer le bien-être psychologique chez les participants.

### **Satisfaction de vie**

Aucun changement du niveau de la satisfaction de vie n'a eu lieu entre le T1 et le T2, ni chez les participants du groupe expérimental ni chez ceux du groupe contrôle. Cependant, une diminution non-négligeable ( $d=33$ ) est observée du T1 au T2 chez le groupe expérimental. Paradoxalement, les analyses qualitatives ont révélé que la majorité des participants qui ont fait du yoga ont répondu avoir perçu un changement positif dans

leur qualité de vie suite au yoga. Rappelons que la satisfaction de vie est l'évaluation globale des personnes sur leur propre qualité de vie basée sur leurs propres critères (Diener, Emmons, Larsen et Griffin, 1985). Les participants font surtout référence à leur capacité de mieux relaxer et se sentir « calme ». De plus, trois participantes ont nommé que mieux contrôler leur respiration leur a permis d'avoir une meilleure qualité de vie. La différence entre les résultats qualitatifs et quantitatifs amène à se questionner sur le niveau de désirabilité sociale des participants. Plus précisément, il est possible que la désirabilité sociale des participants ait induit un biais positif plus important dans leur façon de répondre aux questions qualitatives comparativement aux questions quantitatives avec choix de réponse. Aucune étude à notre connaissance n'a étudié l'impact du yoga sur la variable de satisfaction de vie auprès d'une population avec des troubles anxieux. Cependant, des recherches auprès de populations non-cliniques ont rapporté une augmentation de la satisfaction de vie (Impett, Daubenmier, & Hirschman, 2006) et de la qualité de vie (Michaelson et al., 2012; Smith et al., 2007) des participants à la suite de la pratique du yoga. Par exemple, après deux mois d'un programme d'immersion en yoga (à raison de six fois de semaine de quatre jours incluant des séances de posture, de technique de respiration, de la philosophie du yoga et de la méditation, variant de 1h30 à 4h), le résultat des participants de l'étude d'Impett et al. (2006) ont démontré une augmentation marginalement significative de la satisfaction de vie. Notamment, les auteurs mentionnaient que « l'augmentation du sentiment d'accomplissement peut être un facteur médiateur entre la pratique du yoga et le bien-être psychologique » (Impett et al., 2006, p.

45). Cela suggère qu'il peut y avoir d'autres facteurs médiateurs influençant les résultats du bien-être.

### **Forces et limites de l'étude**

Cette étude comporte des forces et des limites. Tout d'abord, les forces identifiées se situent sur les plans de la logistique liée au recrutement; de la rigueur scientifique employée dans certaines étapes du projet (p. ex., respect de protocole); du partenariat entre les différents acteurs; de l'originalité de la population étudiée (c.-à-d. liste d'attente pour services spécialisées en troubles anxieux, des variables dépendantes étudiées); de la disponibilité offerte au besoin aux participants; du suivi serré et d'un encadrement sécurisant pour ces derniers (p. ex., en cas d'absence, relance téléphonique); de la complémentarité des analyses qualitatives et quantitatives. Ensuite, les limites de l'étude se situent aux niveaux de la faible taille de l'échantillon; du taux d'abandon; du traitement qui aurait pu être plus intensif et durer plus longtemps; des absences de certains participants aux séances de yoga; du manque de standardisation de la formule des séances de yoga au printemps et à l'automne lié au changement de professeure; de l'influence des consultations des professionnels de la santé et du changement de médication sur les résultats.

La petite taille d'échantillon rend particulièrement difficile la généralisation des résultats de l'étude à une population de personnes en attente d'un traitement psychologique. La faible puissance statistique liée au petit échantillon a également contribué à l'absence de résultats statistiquement significatifs. Aussi, il a pu avoir un biais des résultats associé aux deux modalités utilisées dont l'entrevue téléphonique versus le

questionnaire papier-crayon lors de la collecte de données. Il est d'ailleurs possible que l'entrevue téléphonique ait augmenté le sentiment de désirabilité sociale chez le participant. Et puis, certains participants ont nommé plus difficile de rester concentrer lors de ce type d'entrevue. L'assignation non-aléatoire aux groupes à l'automne est un autre facteur pouvant biaiser les résultats. Finalement, la difficulté à isoler le yoga comme seule modalité d'intervention lors de l'étude rend difficile de départager les résultats propres à la pratique du yoga.

### **Pistes de recherches futures**

À la lumière de ces résultats, différentes pistes de recherches futures sont suggérées concernant le protocole de yoga, les temps de mesure, le type d'analyse, les consignes aux participants, l'échantillon étudié et l'apport culturel. Tout d'abord, il serait intéressant d'évaluer l'impact d'un protocole de yoga à plus long terme (p. ex., sur une période d'un an ou plus) ou d'offrir un programme intensif (p. ex., deux fois par semaine). Des impacts plus grands pourraient en être dégagés, car les participants auraient la chance d'avoir le temps d'intégrer les notions apprises, développer une expérience plus grande dans leur pratique et à l'intérieur de leur groupe respectif. En plus, nous croyons aussi possible que la pratique de yoga à long terme aurait un impact plus important sur les variables du trait d'anxiété et du bien-être. L'étude de Shannahoff-Khalsa et al. (1999) ont observé une amélioration importante des symptômes de TOC (trouble obsessionnel-compulsif) sur une longue période de 15 mois de méditation. En appuie aux résultats des différents temps de mesure, ils affirment qu'un an est nécessaire pour avoir un effet maximal chez leur population atteinte d'un TOC. Il serait intéressant d'y voir l'impact

chez une population avec des troubles anxieux. Et puis, comme dans cette étude, plusieurs temps de collectes pourraient être prises (p. ex., plusieurs temps de mesure sur plusieurs mois) afin de mieux comprendre l'évolution des variables de la santé psychologique. Le programme de la réduction du stress basé sur la pleine conscience (Kabat-Zinn et al., 1993) et le programme bref éducatif basé sur les principes du yoga (Gupta et al., 2006) sont des exemples de programmes intensifs qui ont eu un impact important sur l'anxiété chez la population psychiatrique et avec troubles anxieux. Nous pouvons aussi penser qu'un programme intensif de yoga pourrait avoir une forte influence considérable et positive sur le bien-être, car le nombre d'heures de pratique par semaine et au cours de la vie a été démontré être corrélé positivement avec le bien-être (p. ex., vitalité subjective et maîtrise de soi), l'étude de Moliver et al. (2013). Et puis, s'il y avait intégration de psychoéducation avant ou pendant chaque séance de yoga enseignant les impacts possibles des éléments du yoga sur les symptômes d'anxiété sur le plan psychologique et physique, cela pourrait possiblement favoriser une meilleure compréhension des participants face à cette discipline et une plus grande intégration du yoga. Les postures pourraient d'ailleurs cibler plus spécifiquement la réduction de l'anxiété ou du moins être pensées dans ce sens.

Ensuite, étant donné les absences de certains participants lors de l'étude, il serait important de sensibiliser davantage les futurs participants à l'assiduité et l'impact que cela peut avoir sur l'impact de leur pratique. Des moyens technologiques pour leur rappeler les séances pourraient être utilisées (p. ex., messages par courriel ou messages textes). Et puis, il pourrait être intéressant d'y introduire un cadre tel qu'après deux absences, ils ne

pourront plus accéder aux restes des séances. L'importance de la logique derrière cette consigne devrait leur être expliquée (p. ex., ne pourront pas intégrer suffisamment la pratique, nécessité de prendre au sérieux la démarche).

De plus, il nous paraît aussi intéressant d'utiliser dans les recherches futures une méthodologie qualitative plus importante. Nous observons que peu d'études, hormis celle de West et al. (2016), se sont intéressées au discours des participants. Faire ressortir davantage le sens que donnent ces derniers nous semblent être une source précieuse d'informations. Il aurait été intéressant de préciser que les participants aient une condition stable depuis au moins six mois, diminuant selon nous les chances de changement sur le plan de la médication. Et puis, élargir l'échantillon de la liste d'attente du GRTP (Groupe de ressources pour le trouble panique et autres troubles anxieux) aux autres listes d'attente d'organismes spécialisées en trouble anxieux au Québec (p. ex., la clé des champs à Montréal) permettrait de recruter plus de participants et d'avoir une plus grande puissance statistique pour en dégager des résultats statistiquement significatifs.

ClicCours.com

**Conclusion**

La recherche a ciblé comme objectif d'étudier l'impact du yoga sur la santé psychologique de personnes en attente d'un service spécialisé en trouble anxieux. Les hypothèses n'ont pas toutes été confirmées. Les résultats quantitatifs ont démontré que le yoga a eu un impact dans le sens attendu principalement sur les symptômes dépressifs. Une diminution non-négligeable a aussi été observé concernant l'anxiété situationnelle. Les résultats quantitatifs n'ont toutefois pas démontré d'effet sur le trait d'anxiété ainsi que sur les variables de bien-être dans l'échantillon étudié. Étonnamment, il y a eu diminution non-négligeable de la satisfaction de vie chez le groupe expérimental. Quant aux résultats de l'analyse qualitative, ils ont appuyé la diminution de la détresse psychologique, mais ont aussi suggéré l'augmentation du bien-être résultant de la pratique du yoga chez certains participants. Par exemple, elle peut permettre la diminution de pensées négatives, un meilleur contrôle de soi (p. ex., respiration, du corps et de l'anxiété), une meilleure capacité d'acceptation et de présence attentive, ainsi qu'une propension à être plus détendu. Dans un contexte où l'accessibilité aux réseaux publics et aux organismes communautaires est limitée, nous pensons à la lumière des résultats que la pratique du yoga peut apporter des bénéfices aux personnes avec troubles anxieux en attente de services. Par exemple, vivre une nouvelle expérience positive peut les aider à vivre mieux avec les sensations physiques associées à l'anxiété (p. ex., souffle coupé, tremblement). Cependant, nous n'avons pu clairement mettre en évidence l'efficacité du yoga dans la présente étude sur la santé psychologique. En d'autres mots, il n'y pas encore



d'évidence que le yoga est une discipline indiquée pour le traitement des troubles anxieux. Davantage d'études sont nécessaires pour mettre la lumière sur les bénéfices de la pratique du yoga chez la population atteinte de troubles anxieux. Dans l'éventualité où les résultats démontreraient l'impact positif de cette discipline, il pourrait être intéressant d'offrir systématiquement des séances de yoga adaptées aux personnes atteintes d'un trouble anxieux en liste d'attente (p. ex., postures précises pour la réduction d'anxiété, encadrement sécurisant, favoriser le respect des limites corporelles, une approche en douceur). Il pourrait aussi être bénéfique pour les personnes de poursuivre la pratique de yoga en parallèle avec un service psychologique. Dans ce sens, la pratique du yoga pourrait éventuellement être promue par les professionnels de la santé auprès de la population clinique anxieuse, avec comme but d'améliorer la santé psychologique.

## Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd., texte révisé). Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5e éd.). Washington, DC: Auteur.
- Antony, M. M. (2011). Progrès récents dans le traitement des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 52(1), 10-19. doi: 10.1037/a0022376
- Antony, M. M., Roth, D., Swinson, R. P., Huta, V., & Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 311-315. doi: 10.1097/00005053-199805000-00008
- Barlow, D. H. (2002). *The experience of anxiety: The experience of anxiety: Shadow of intelligence or specter of dead* (2e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Besser, A., & Neria, Y. (2009). PTSD symptoms, satisfaction with life, and prejudicial attitudes toward the adversary among Israeli civilians exposed to ongoing missile attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 268-275. doi: 10.1002/jts.20420
- Bhat, S., Varambally, S., Karmani, S., Govindaraj, R., & Gangadhar, B. N. (2016). Designing and validation of a yoga-based intervention for obsessive compulsive disorder. *International Review of Psychiatry*, 28(3), 327-333. doi: 10.3109/09540261.2016.1170001
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue canadienne de sciences comportementales*, 21(2), 210-223.
- Bögels, S. M., Sijbers, G. F. V. M., & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 33-44. doi: 10.1891/jcop.20.1.33

- Bourland, S. L., Stanley, M. A., Snyder, A. G., Novy, D. M., Beck, J. G., Averill, P. M., & Swann, A. C. (2000). Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health, 4*(4), 315-323. doi: 10.1080/713649960
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599. doi: 10.1037/0021-843X.110.4.585
- Carballeira, Y., Dumont, P., Borgacci, S., Rentsch, D., Tonnac, N. d., Archinard, M., & Andreoli, A. (2007). Criterion validity of the french version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*(1), 69-77. doi: 10.1348/147608306X103641
- Cottaux, J. (2011). *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (5e éd.). Issy-Les-Moulineaux, France: Elsevier Masson
- Chaloult, L., Goulet, J., & Ngô, T.-L. (2014a). *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble anxiété sociale (TAS) (Phobie sociale)*. Repéré à <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/03/guide-de-pratique-tas.pdf>
- Chaloult, L., Goulet, J., & Ngô, T.-L. (2014b). *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif (TOC)*. Repéré à <https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/03/guide-de-pratique-toc.pdf>
- Cramer, H., Lauche, R., Anheyer, D., Pilkington, K., de Manincor, M., Dobos, G., & Ward, L. (2018). Yoga for anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety, 35*(9), 830-843. doi.org/10.1002/da.22762
- Cyranowski, J. M., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Brown, C., Thurston, R. C., Joffe, H., ... Bromberger, J. T. (2012). Psychosocial features associated with lifetime comorbidity of major depression and anxiety disorders among a community sample of mid-life women: The swan mental health study. *Depression & Anxiety, 29*(12), 1050-1057. doi: 10.1002/da.21990
- De Manincor, M., Bensoussan, A., Smith, C., Fahey, P., & Bouchier, S. (2015). Establishing key components of yoga interventions for reducing depression and

- anxiety, and improving well-being: A Delphi method study. *Complementary & Alternative Medicine*, 15(1), 1-10. doi: 10.1186/s12906-015-0614-7
- Descilo, T., Vedamurtachar, A., Gerbarg, P. L., Nagaraja, D., Gangadhar, B. N., Damodaran, B., ... Brown, R. P. (2010). Effects of a yoga breath intervention alone and in combination with an exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression in survivors of the 2004 South-East Asia tsunami. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 289-300. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01466.x
- Desikachar, T. K. V., & Krusche, H. (2011). *Freud et le yoga: Entretien entre un maître de yoga et un psychanalyste* (2e éd.; traduit par M. Defrain, & O. Defrain). St-Raphaël, France: Âgamât.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and satisfaction life. Dans C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Éds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Cambridge, MA: Oxford University Press.
- Doria, S., de Vuono, A., Sanlorenzo, R., Irtelli, F., & Mencacci, C. (2015). Anti-anxiety efficacy of Sudarshan Kriya Yoga in general anxiety disorder: A multicomponent, yoga based, breath intervention program for patients suffering from generalized anxiety disorder with or without comorbidities. *Journal of Affective Disorders*, 184, 310-317. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.011
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Forest, J. (2006). *Vérification de l'effet de la passion et la satisfaction des besoins de base sur la performance, le bien-être psychologique, la détresse psychologique, l'état de flow et la vitalité subjective au travail*. (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec de Montréal, Montréal, QC.
- Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578. doi: 10.1037/h0078881
- Goulet, J., Chaloult, L., & Ngô, T.-L. (2013). *Guide de pratique pour l'évaluation et le traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA)*. Repéré à

<https://tccmontreal.files.wordpress.com/2014/01/guide-de-pratique-tpa-final-5-dc3a9c-13.pdf>

Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ottawa, Ontario : Ministre des travaux publics et services gouvernementaux. Repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf)

Gouvernement du Québec. (2017). *Le système de la santé et des services sociaux du Québec : En bref*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-731-01WF.pdf>

Grabe, H. J., Meyer, C., Hapke, U., Rumpf, H. J., Freyberger, H. J., Dilling, H., & John, U. (2000). Prevalence, quality of life and psychosocial function in obsessive-compulsive disorder and subclinical obsessive-compulsive disorder in northern Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250(5), 262-268. doi: 10.1007/s004060070017

Gupta, N., Khera, S., Vempati, R. P., Sharma, R., & Bijlani, R. L. (2006). Effect of yoga based lifestyle intervention on state and trait anxiety. *Indian Journal of Physiology Pharmacology*, 50(1), 41-47.

Hodges, W. F. (1968). Effects of ego threat and threat of pain on state anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(4), 364-372. doi: 10.1037/h0025491

Hoffman, S. G., Andreoli, G., Carpenter J. K., & Curiss, J. (2016). Effect of hatha yoga on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Evidence-Based Medicine*. 9(3). 116-124. doi:10.1111/jebm.12204

Holloway, W., & McNally, R. J. (1987). Effects of anxiety sensitivity on the response to hyperventilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(4), 330-334. doi: 10.1037/0021-843X.96.4.330

Impett, E. A., Daubenmier, J. J., & Hirschman, A. L. (2006). Minding the body: Yoga, embodiment, and well-being. *Sexuality Research & Social Policy: A Journal of the NSRC*, 3(4), 39-48. doi: 10.1525/srsp.2006.3.4.39

Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des québécois : Résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Québec, Qc: Auteur. Repéré à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR\\_portrait\\_sante\\_mentale2015H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01671FR_portrait_sante_mentale2015H00F00.pdf)

Iyengar, B. K. S. (1981). *Light on pranayama*. London, UK: Allan & Unwin.

- Iyengar, B. K. S. (1993). *Lumière sur les Yoga Sutra de Patanjali*. Paris, France: Buchet & Chastel.
- Kabat-Zinn, J. (2001). *Mindfulness meditation for everyday life*. London, UK: Piatkus Books.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in treatment of anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(7), 936-943.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, *289*(23), 3095-3105. doi: 10.1001/jama.289.23.3095
- Khalsa, M. K., Greiner-Ferris, J. M., Hofmann, S. G., & Khalsa, S. B. S. (2015). Yoga-enhanced cognitive behavioural therapy (y-cbt) for anxiety management: A pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *22*(4), 364-371. doi: 10.1002/cpp.1902
- Kim, Y. W., Lee, S.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., ... Yook, K.-H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, *26*(7), 601-606. doi: 10.1002/da.20552
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, *16*(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux: Approche cognitive et comportementale*. Boucherville, Qc: Gaëtan Morin.
- Malathi, A., Damodaran, A., Shah, N., Patil, N., & Maratha, S. (2000). Effect of yogic practices on subjective well being. *Indian Journal Physiology and Pharmacology*, *44*(2), 202-206. doi: [http://www.ijpp.com/IJPP%20archives/2000\\_44\\_2/202-206.pdf](http://www.ijpp.com/IJPP%20archives/2000_44_2/202-206.pdf)
- Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur: Guide de traitement du trouble panique avec agoraphobie* (3e éd.). Montréal, Canada: Stanké.

- Marchand, L., Stephenson, R., Feeney, S., & Marchand, A. (1999). *Validation factorielle de l'adaptation canadienne-française de l'Anxiety Sensibility Scale*. Communication présentée au 67e congrès de l'Acfas, Montréal, QC.
- Marieb, E. N. (2005). Anatomie et physiologie humaines. Dans Auteure (Éd.), *Structure et physiologie du tissu nerveux*. (3e éd., pp. 397-440). Montréal, QC: Renouveau Pédagogique.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., & Bélair, S. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Revue canadienne de la santé publique*, 89(5), 352-257.
- Matza, L. S., Morlock, R., Sexton, C., Malley, K., & Feltner, D. (2010). Identifying HAM-A cutoffs for mild, moderate, and severe generalized anxiety disorder. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(4), 223-232. doi: 10.1002/mpr.323
- McNally, R. J. (2002). Anxiety sensitivity and panic disorder. *Biological Psychiatry*, 52(10), 938-946. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01475-0
- Michalsen, A., Jaitler, M., Brunnhuber, S., Lüdtke, R., Büssing, A., Musial, F., & Kessler, C. (2012). Iyengar yoga for distressed women: A 3-armed randomized controlled trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012(408727), 1-9. doi: 10.1155/2012/408727
- Moliver, N., Mika, E. M., Chartrand, M. S., Haussman, R. E., & Khalsa, S. B. S. (2013). Yoga experience as a predictor of psychological wellness in women over 45 years. *International Journal of Yoga*, 6(1), 11-19. doi: 10.4103/0973-6131.105937
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572-581. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Ordre des psychologues du Québec. (2017, 20 janvier). *Accès aux services psychologiques : un problème sous-estimé*. Repéré à [https://www.ordrepsy.qc.ca/-/acces-aux-services-psychologiques-un-probleme-sous-estime](https://www.ordrepsy.qc.ca/-/ acces-aux-services-psychologiques-un-probleme-sous-estime)
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : Troubles mentaux et du comportement* (10e éd.). Repéré à <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/V>



- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Poirier-Brisson, J., Roberge, P., Marchant, A., & Grégoire, R. (2010). Les études de coûts-efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques des troubles anxieux: une recension des écrits. *Santé mentale du Québec*, 35(1), 129-152. doi: 10.7202/044801ar
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11(2), 141-153. doi: 10.1016/0272-7358(91)90092-9
- Reiss, S. (1997). Trait anxiety: It's not what you think it is. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(2), 201-214. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00006-6
- Reiss, S., & McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. Dans S. Reiss, & R. R. Bootzin (Éds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). New York, NY: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8. doi: 10.1016/0005-7967(86)90143-9
- Roberts, K. C., Roa, D. P., Bennett, T. L., Loukine, L., & Jayaraman, G. C. (2015). Prévalence et profils de la multimorbidité au Canada et déterminants associés. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 35(6), 93-101. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/35-6/ar-01-fra.php>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529-565. doi: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. doi: 10.1111/1467-8721.ep10772395
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28. doi: 10.1159/000353263

- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., & Sephton, S. E. (2009). Yoga and mindfulness: Clinical aspects of an ancient mind and body practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(1), 59-72. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.07.002
- Savard, P., Bugeaud, É., Dao, T. V., & Turcotte, J. (2011). Les troubles anxieux : Diagnostiquer et traiter efficacement. *Compte rendu de la conférence, les troubles anxieux: diagnostic et traitement : 27*(5). *Clinicien plus*, (pp. 51-54). Montréal, Qc: Institut universitaire en santé mentale Douglas.
- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abidin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., ... Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders, 190*, 499-507. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>
- Shannahoff-Khalsa, D. S., Ray, L. E., Levine, S., Gallen, C. C., Schwartz, B. J., & Sidorowich, J. J. (1999). Randomized controlled trial of yogic meditation techniques for patients with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychiatric Medicine, 4*(12), 34-47. doi: 10.1017/S1092852900006805
- Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J., & Eckert, K. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complementary Therapies in Medicine, 15*(2), 77-83. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2006.05.001>
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*(2), 100-113. doi: 10.1177/070674370605100206
- Spielberger, C. D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *Southern Psychologist, 2*(4), 6-16.
- Spielberger, C. D. (1988). State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Dans M. Hersen & A.S. Bellack (Éds). *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. 448-450). New-York : Pergamon Press.
- Spielberger, C. D. (1989). *State-Trait Anxiety Inventory (STAI): A comprehensive bibliography* (Revised). Menlo Park, CA: Mind Garden.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 595-606. doi: 10.1037/a0016032
- Swinson, R. P., Antony, M. M., Bleau, P., Chokka, P., Craven, M., Falli, A., ... Walker, J. R. (2006). Clinical practice guidelines: Management of anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry, 51*(8,Suppl2), 7S-90S. doi: 10.1177/070674370705200119
- Tardan-Marquelier, Y. (1991). *Le yoga: du mythe à la réalité*. Paris, France: Droguet & Ardant.
- Taylor, S., Koch, W. J., & Crockett, D. J. (1991). Anxiety sensitivity, trait anxiety, and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 5*(4), 293-311. doi: 10.1016/0887-6185(91)90030-W
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders, 6*(3), 249-259. doi: 10.1016/0887-6185(92)90037-8
- Telles, S., Naveen, K. V., & Dash, M. (2007). Yoga reduces symptoms of distress in tsunami survivors in the Andaman islands. *Evidence-Based Complementary And Alternative Medicine, 4*(4), 503-509. doi: 10.1093/ecam/nem069
- Telles, S., Singh, N., Joshi, M., & Balkrishna, A. (2010). Post traumatic stress symptoms and heart rate variability in Bihar flood survivors following yoga: A randomized controlled study. *BMC Psychiatry, 10*(18). doi: 10.1186/1471-244X-10-18
- van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry, 75*(6), e559-e565. doi: 10.4088/JCP.13m08561
- Verreault, N., Marchand, A., Labrecque, J., & Marchand, L. (2007). Validation de l'index de sensibilité à l'anxiété auprès de la population québécoise francophone. *Revue québécoise de psychologie, 28*(3), 253-268. Repéré à <http://psycnet.apa.org/record/2011-08360-013>
- Vorkapic, C. F., & Rangé, B. (2014). Reducing the symptomatology of panic disorder: the effects of a yoga program alone and in combination with cognitive-behavioral therapy. *Frontiers in Psychiatry, 5*, 1-7. doi: 10.3389/fpsy.2014.00177

- Wang, D. S. (2010). Feasibility of a yoga intervention for enhancing the mental well-being and physical functioning of older adults living in the community. *Activities, Adaptation & Aging, 34*(2), 85-97. doi: 10.1080/01924781003773559
- West, J., Liang, B., & Spinazzola, J. (2016). Trauma sensitive yoga as a complementary treatment for posttraumatic stress disorder: A qualitative descriptive analysis. *International Journal of Stress Management, 24*(20), 173-195. doi: 10.1037/str0000040
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*(1), 46-58. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00211-X

**Appendice A**  
Approbation éthique



Comité d'éthique de la recherche  
Université du Québec à Chicoutimi

## APPROBATION ETHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains 2* (2014) et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

Responsable(s) du projet de recherche :	<i>Madame Yaelle Rivérin, Étudiante, Doctorat en psychologie, UQAC</i>
Direction de recherche :	<i>Monsieur Daniel Lalonde, Professeur, Département des sciences de la santé</i>
Codirection de recherche :	<i>Monsieur Gilles Lalonde, Professeur, Département des sciences de la santé</i>
Projet de recherche intitulé :	<i>Impacts du yoga sur les manifestations anxieuses et le bien-être psychologique</i>
No référence :	<i>602.483.01</i>

La présente est valide jusqu'au 31 janvier 2017.

Rapport de statut attendu pour le 31 décembre 2016 (rapport final).

N.B. le rapport de statut est disponible à partir du lien suivant : <http://recherche.uqac.ca/rapport-de-statut/>

Date d'émission initiale de l'approbation : *6 janvier 2016*  
Date(s) de renouvellement de l'approbation :

Nicole Bouchard,  
Professeure et présidente

## **Appendice B**

Document du script pour le recrutement téléphonique

## **Feuille de sollicitation**

(Printemps et automne 2016)

Recrutement du groupe expérimental et groupe contrôle pour la recherche « Impacts du yoga sur les manifestations anxieuses et le bien-être psychologique »

Bonjour/bonsoir Madame X, Monsieur X,

Je m'appelle Yaolie Riverin et je suis étudiante au doctorat en psychologie à l'UQAC.

Je vous appelle concernant une proposition d'étude scientifique sur le yoga. Pourrais-je prendre quelques minutes de votre temps pour poser quelques questions supplémentaires qui nous aideront à mieux cibler les participants potentiels pour l'étude?

Oui : merci (débuter section A)

Non : d'accord, est-ce que je pourrais vous rappeler à un moment qui vous convient mieux?

Section A)

1. L'étude vise à tester les effets du yoga sur la santé psychologique des gens. Nous faisons appel aux individus présentement sur la liste d'attente du GRTP afin de leur offrir des cours de yoga gratuitement pendant 8 semaines. Il est important de noter que si vous décidez de participer à l'étude, vous ne perdrez pas votre priorité sur la liste d'attente au GRTP.
2. Il faut aussi comprendre que si vous participez à l'étude, vous pourriez faire partie soit du groupe qui recevra le yoga ou d'un groupe contrôle qui ne recevra



pas de cours de yoga. Les noms seront choisis au hasard pour déterminer qui sera dans quel groupe. Vous avez donc une chance sur deux de faire partie du groupe de yoga.

3. Si vous êtes choisi pour faire partie du groupe de yoga, nous vous fournirons les détails concernant l'endroit et l'heure du cours (selon les disponibilités que vous nous communiquerez). Ces cours seront donnés une fois par semaine et durent 1 h et quart.
4. Si vous êtes choisi pour faire partie du groupe contrôle, nous vous offrirons 8 cours de yoga défrayés par la recherche, à la fin de l'étude.
5. Peu importe le groupe dans lequel vous êtes, nous vous demanderons de compléter un questionnaire d'environ 30 minutes, à deux reprises - 1 fois au début de l'étude et 1 fois à la fin de l'étude 10 semaines plus tard.
6. À ce moment-ci, auriez-vous des questions par rapport au déroulement de l'étude ou de ce qu'impliquerait votre participation ?
7. Est-ce que je peux inscrire votre nom parmi les individus intéressés à participer à l'étude ?
  - a. Oui : d'accord, j'ai seulement quelques informations supplémentaires à vous demander
    - i. Compléter la section B
  - b. Non : est-ce que je peux savoir la raison pour laquelle vous ne souhaitez pas participer ?
    - i. Compléter la section B en fonction de sa réponse  
ou
    - ii. Si l'individu n'exprime pas clairement les raisons de son désintérêt, poser la question suivante :
      1. Seriez-vous intéressé(e) si votre participation impliquait seulement de compléter les questionnaires courts questionnaires ? Cela prendrait environ 30 minutes de votre temps à deux moments différents.
        - a. Oui
          - i. Compléter section B
        - b. Non
          - i. Remercier le participant

Section B)

Nom	Désire participer à l'étude (peu	Désire participer au groupe	Numéro tél. et/ou cellulaire/courriel	Disponibilité pour le yoga

	importe le groupe)	contrôle seulement		
1-				

ClicCours.com

**Appendice C**

Formulaire d'information et de consentement



Université du Québec à Chicoutimi

## **FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PARTICIPATION DES PERSONNES VOLONTAIRES**

### **1. TITRE DU PROJET**

Impacts du yoga sur les manifestations anxieuses et le bien-être psychologique.

### **2. RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE**

#### **2.1 Responsable**

Yaolie Riverin, Doctorante en psychologie  
N. de téléphone : 581-235-4578  
Courriel : yaolie.riverin1@uqac.ca

#### **2.2 Directeur de recherche**

Daniel Lalande, Ph.D. en psychologie  
N. de téléphone : 418 545 5011 poste 4320  
Courriel : Daniel\_Lalande@uqac.ca

#### **2.3 Codirecteur de recherche:**

Gilles Lalande, Ph.D en psychologie  
Courriel : Gilles\_Lalande@uqac.ca

### **3. PRÉAMBULE**

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

#### 4. NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

##### 4.1 Description du projet de recherche

Ce projet de recherche se fait dans le cadre d'un essai doctoral en psychologie. En deux périodes, au printemps et à l'automne 2016, 48 participants seront recrutés parmi ceux placés en liste d'attente pour des services d'intervention psychologique dans un organisme communautaire spécialisé en troubles anxieux, le GRTP (Groupe de Ressources pour les Troubles Paniques et autres troubles anxieux). Deux groupes de 12 participants auront à participer à des séances de yoga, proposant des positions traditionnelles de yoga en intégrant la respiration et la relaxation. Les séances auront une durée de 1 heure et quart, une fois par semaine sur une période de 8 semaines. Deux autres groupes de 12 personnes continueront leur routine habituelle sans participer à des séances de yoga. Tous les participants compléteront des questionnaires auto-rapportés en deux temps, avant et après les 8 séances de yoga.

##### 4.2 Objectif(s) spécifique(s)

Vérifier l'impact du yoga sur les symptômes d'anxiété et de dépression ainsi que sur le niveau de bien-être psychologique de personnes en attente d'un traitement psychothérapeutique.

##### 4.3 Déroulement

- 1- Une sélection aléatoire aura lieu afin d'assigner les participants aux groupes de l'étude. Toutes les personnes intéressées seront appelées à deux reprises. Si elles désirent participer à l'étude, un consentement verbal sera recueilli lors de la première conversation téléphonique.
  - a. De plus, lors de cet entretien téléphonique, le participant aura à répondre à un questionnaire sociodémographique [comprenant des informations telles que l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, l'état civil et l'occupation] et un questionnaire visant à identifier certaines manifestations sur santé psychologique.
  - b. Par la suite, 10 semaines plus tard, le participant sera rappelé pour un second entretien téléphonique afin de remplir un questionnaire visant à identifier certaines manifestations de sa santé psychologique. De plus, le participant ayant fait du yoga sera questionné sur l'appréciation de son expérience de yoga et, s'il y a lieu, sur les changements observés.

\*La durée des appels est d'environ 30 minutes.

- 2- Les participants sélectionnés (12) (groupe expérimental) auront à :
  - a. Assister aux 8 séances de yoga à raison d'une fois par semaine d'une durée d'une heure et quart. Au printemps, les séances de yoga auront lieu à l'école de yoga internationale d'Isabelle Godin (1714 chemin de la réserve, Chicoutimi). À l'automne, les séances de yoga auront lieu à l'UQAC (555 bd de l'Université, local P0-1030).

#### 5. AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

La recherche peut entraîner certains risques minimes chez les participants (p.ex. une augmentation d'anxiété et une crise de panique). Dans de tels cas, vous pouvez le mentionner directement à la professeure de yoga ou rejoindre :

1. Responsables de la recherche : Coordonnées ci-haut
2. Le GRTP (Groupe de ressources pour les troubles de panique ou autres troubles anxieux) : 418-548-2936;
3. Info-Santé (24/24) : 811;
4. Phobie zéro : 1-866-922-0002 (sans frais).

De plus, il peut y avoir des désavantages comme avoir à consacrer du temps aux séances de yoga et aux questionnaires lors des entretiens téléphoniques. Toutefois, s'il ressent le besoin, lors d'un entretien téléphonique, le participant peut demander de prendre une pause. En plus, la pratique du yoga peut occasionner des blessures physiques, malgré la professeure qualifiée.

Il se peut que vous retiriez un/des bénéfice(s) personnel(s) de votre participation à ce projet de recherche autant au niveau psychologique que physique. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

## 6. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur dans le laboratoire de recherche du directeur responsable du projet à l'UQAC pour une période minimale de 7 ans. Le participant qui se retirera du projet, avant la fin de l'expérience, verra ses données détruites de façon sécuritaire.

Nous vous demandons de garder l'anonymat des autres participants. De plus, votre anonymat sera conservé en substituant votre nom par un numéro d'identification. En cas de diffusion des résultats, aucun nom ne sera identifié.

## 7. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans subir de préjudices, tout simplement en signalant votre retrait le chercheur responsable.

## 8. INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Aucune rémunération ne sera offerte. Des tapis de yoga seront prêtés sur place, si besoin. Comme compensation, les participants du groupe contrôle qui auront rempli les deux questionnaires pourront accéder à 8 séances de yoga gratuites après l'étude. Des informations supplémentaires seront précisées aux participants lors de l'étude.

## 9. PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez reliés à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le directeur du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Daniel Lalande, Ph.D.  
 Professeur en psychologie  
 N. de téléphone : 418 545 5011 poste 4320  
 Courriel : [Daniel.Lalande@uqac.ca](mailto:Daniel.Lalande@uqac.ca)

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes: 418-545-5011 poste 4704 ou [cer@uqac.ca](mailto:cer@uqac.ca).

## 10- CONSENTEMENT du participant

*J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement et je comprends suffisamment bien le projet pour que mon consentement soit éclairé. Je suis satisfait des réponses à mes questions et du temps que j'ai eu pour prendre ma décision.*

*Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Je comprends que je suis libre d'accepter de participer et que je pourrai me retirer en tout temps de la recherche si je le désire, sans aucun préjudice ni justification de ma part. Une copie du présent formulaire me sera remise lors de la 1<sup>ère</sup> séance de yoga, si je fais partie du groupe expérimental ou, si je fais partie du groupe contrôle, par :*

○ Par courrier à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

Ou

○ Par courriel à l'adresse suivante : \_\_\_\_\_

---

Nom de l'individu qui a donné son consentement verbal

Date

**Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du**

**projet de recherche.**

*Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement qui a été lu et expliqué verbalement au participant. J'ai répondu à ses questions et je lui ai clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. J'ai recueilli son consentement verbal par voie téléphonique et ma signature en fait foi.*

---

*Nom et signature de la personne qui obtient le consentement*

*Date*

**Signature et engagement du chercheur responsable du projet**

*Je certifie qu'un membre autorisé de l'équipe de recherche a lu et expliqué au participant les termes du formulaire, qu'il a répondu à ses questions et qu'il lui a clairement indiqué qu'il pouvait à tout moment mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.*

*Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie au sujet de recherche (soit par courriel ou courrier)*

---

*Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche*

*Date*

**Appendice D**  
Questionnaire 1



## Questionnaire 1 (pré-expérimentation)

Code

d'identification : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### EN CE MOMENT

#### (Section A)

A) Ce questionnaire contient un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en cochant dans la case associée au chiffre approprié, indiquez comment vous vous sentez **MAINTENANT**, c'est-à-dire **À CE MOMENT PRÉCIS**. Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **MAINTENANT**.

En ce moment,	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
1. Je me sens calme.				
2. Je me sens en sécurité.				
3. Je me sens tendu(e).				
4. Je me sens surmené(e).				
5. Je me sens tranquille.				
6. Je me sens bouleversé(e).				
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles.				
8. Je me sens comblé(e).				
9. Je me sens effrayé(e).				
10. Je me sens à l'aise.				
11. Je me sens sûr(e) de moi.				

12. Je me sens nerveux (nerveuse)				
13. Je suis affolé(e).				
14. Je me sens indécis(e).				
15. Je suis détendu(e).				
16. Je me sens satisfait(e).				
17. Je suis préoccupé(e).				
18. Je me sens tout mêlé(e).				
19. Je sens que j'ai les nerfs solides.				
20. Je me sens bien.				

**AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES**

**(Section B)**

<i>B) Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?</i>	Jamais 0	Plusieurs Jours 1	Plus de la moitié du temps 2	Presque tous les jours 3
1- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.				
2- Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e).				
3- Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop.				
4- Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie.				
5- Avoir peu d'appétit ou manger trop.				
6- Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même.				

7- Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision				
8- Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude.				
9- Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre				

Si vous avez coché (1, 2 ou 3) au moins **un des problèmes** évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout  
difficile(s)

Assez difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement  
difficile(s)

### AU COURS DU DERNIER MOIS

(Section C)

#### C) Au cours du dernier mois:

	jamais	rarement	la moitié du temps	fréquem ment	presque toujours
	1	2	3	4	5
1. Je me suis senti(e) en confiance.					
2. J'étais satisfait(e) de mes réalisations, j'étais fière de moi.					
3. J'ai été fonceur (fonceuse), j'ai entrepris plein de choses.					
4. Je me suis senti(e) équilibré(e) émotionnellement.					

5. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e).					
6. J'avais des buts, des ambitions.					
7. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés.					
8. Je me suis senti(e) utile.					
9. J'avais facilement un beau sourire.					
10. J'ai été égal(e) à moi-même, naturel(le), en toutes circonstances.					
11. J'avais une bonne écoute pour mes amis.					
12. J'étais curieux(curieuse), je m'intéressais à toutes sortes de choses.					
13. J'ai pu faire la part des choses lorsque confronté(e) à des situations complexes.					
14. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter.					
15. Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.					
16. J'étais plutôt calme, posé(e).					
17. J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes.					
18. J'ai été en bon terme avec mon entourage.					
19. J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès.					
20. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.					
21. J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis.					
22. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même.					
23. Je me suis senti(e) en santé, en pleine forme.					
24. J'ai su affronter positivement des situations difficiles.					
25. J'avais un bon moral.					

---

**VOTRE VIE EN GÉNÉRAL**

*(Sections D à G)*

*D) Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord.*

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1- En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.							
2- Mes conditions de vie sont excellentes.							
3- Je suis satisfait(e) de ma vie.							
4- Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.							
5- Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.							

*E) Veuillez exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (cochez en dessous du chiffre vous représentant, à droite de chacun des énoncés).*

De façon générale,	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Beaucoup 3	Extrêmement 4
1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(nerveuse).					
2. Quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou (le).					
3. Cela me fait peur quand je me sens trembler.					
4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.					

5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.					
6. Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement.					
7. Cela m'embarrasse quand mon estomac «crie ».					
8. Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée.					
9. Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une « crise de cœur » (infarctus).					
10. Cela me fait peur quand je deviens essoufflé(e).					
11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade.					
12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.					
13. Les gens remarquent quand je me sens tout(e) tremblant(e).					
14. Les sensations corporelles inhabituelles me font peur.					
15. Quand je me sens nerveux(nerveuse), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie mentale.					
16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(nerveuse).					

*F). Lisez chaque énoncé qui suit, puis en cochant la case associée au chiffre approprié, indiquez comment vous vous sentez **EN GÉNÉRAL**. Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **EN GÉNÉRAL**.*

En général,	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
	1	2	3	4
1. Je me sens bien.				
2. Je me sens nerveux(nerveuse) et agité(e).				
3. Je me sens content(e) de moi-même.				
4. Je voudrait être aussi heureux(heureuse) que les autres semblent l'être.				
5. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e).				
6. Je me sens reposé(e).				
7. Je suis d'un grand calme.				
8. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter.				
9. Je m'en fait trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine.				
10. Je suis heureux(heureuse).				
11. J'ai des pensées troublantes.				
12. Je manque de confiance en moi.				
13. Je me sens en sécurité.				
14. Prendre des décisions m'est facile.				
15. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.				
18. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.				
19. Je suis une personne qui a les nerfs solides.				

20. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents.				
---	--	--	--	--

G) Veuillez s'il vous plait répondre aux phrases suivantes en indiquant à quel degré la phrase est vraie pour vous **EN GÉNÉRAL** dans votre vie. Utiliser l'échelle suivante :

De façon générale,	Pas vrai du tout 1	2	3	Un peu Vrai 4	5	6	Tout à fait vrai 7
1. Je me sens vivant(e) et plein(e) de vie.							
2. Je ne me sens pas très énergique.							
3. Je me sens tellement vivant(e), au point de vouloir éclater.							
4. J'ai de l'énergie et de la détermination.							
5. J'ai hâte à chaque nouvelle journée							
6. Je me sens alerte et éveillé(e)							
7. Je me sens stimulé(e)							

**Enfin, veuillez s.v.p. répondre à ces questions sociodémographiques.**

1. Quel âge avez-vous ? \_\_\_\_\_

2. Quel est votre sexe?



Féminin  Masculin

3. Indiquer votre dernier niveau scolaire complété :

Diplôme d'études secondaires (DES)	
Diplôme d'études professionnelles (DEP)	
Diplôme d'études collégiales (DEC)	
Diplôme d'études universitaires (p.ex. baccalauréat, maîtrise, doctorat)	
Autre :	

4. Quelle est votre occupation ? \_\_\_\_\_

5. Prenez-vous présentement une médication ?

Oui  Non

Si oui, pour quelle raison?

Dépression	
Anxiété	
Insomnie	
Autre, spécifiez :	

**Appendice E**  
Questionnaire 2

## Questionnaire 2 (post-expérimentation)

Code d'identification : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### **EN CE MOMENT** (Section A)

A) Ce questionnaire contient un certain nombre d'énoncés que les gens ont déjà utilisés pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en cochant dans la case associée au chiffre approprié, indiquez comment vous vous sentez **MAINTENANT**, c'est-à-dire **À CE MOMENT PRÉCIS**. Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **MAINTENANT**

En ce moment,	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
1. Je me sens calme.				
2. Je me sens en sécurité.				
3. Je me sens tendu(e).				
4. Je me sens surmené(e).				
5. Je me sens tranquille.				
6. Je me sens bouleversé(e).				
7. Je suis préoccupé(e) actuellement par des malheurs possibles.				
8. Je me sens comblé(e).				
9. Je me sens effrayé(e).				
10. Je me sens à l'aise.				
11. Je me sens sûr(e) de moi.				
12. Je me sens nerveux (nerveuse)				
13. Je suis affolé(e).				
14. Je me sens indécis(e).				
15. Je suis détendu(e).				
16. Je me sens satisfait(e).				

17. Je suis préoccupé(e).				
18. Je me sens tout mêlé(e).				
19. Je sens que j'ai les nerfs solides.				
20. Je me sens bien.				

**AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES**  
(Section B)

<i>B) Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?</i>	Jamais	Plusieurs Jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
	0	1	2	3
1- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.				
2- Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e).				
3- Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop.				
4- Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie.				
5- Avoir peu d'appétit ou manger trop.				
6- Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même.				
7- Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision				
8- Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude.				

9- Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre

--	--	--	--

Si vous avez coché (1, 2 ou 3) au moins **un des problèmes** évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout  
difficile(s)

Assez difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement  
difficile(s)

### AU COURS DU DERNIER MOIS

(Section C)

#### C) Au cours du dernier mois:

	jamais	rarement	la moitié du temps	fréquem- ment	presque toujours
	1	2	3	4	5
1. Je me suis senti(e) en confiance.					
2. J'étais satisfait(e) de mes réalisations, j'étais fière de moi.					
3. J'ai été fonceur(fonceuse), j'ai entrepris plein de choses.					
4. Je me suis senti(e) équilibré(e) émotionnellement.					
5. Je me suis senti(e) aimé(e) et apprécié(e).					
6. J'avais des buts, des ambitions.					
7. J'ai eu le goût de m'amuser, de faire du sport, de pratiquer mes loisirs et activités préférés.					
8. Je me suis senti(e) utile.					
9. J'avais facilement un beau sourire.					
10. J'ai été égal(e) à moi-même, naturel(le), en toutes circonstances.					
11. J'avais une bonne écoute pour mes amis.					

12. J'étais curieux(curieuse), je m'intéressais à toutes sortes de choses.					
13. J'ai pu faire la part des choses lorsque confronté(e) à des situations complexes.					
14. J'ai trouvé la vie excitante et j'ai eu envie d'en profiter.					
15. Ma vie était bien équilibrée entre mes activités professionnelles, familiales et personnelles.					
16. J'étais plutôt calme, posé(e).					
17. J'ai facilement trouvé des solutions à mes problèmes.					
18. J'ai été en bon terme avec mon entourage.					
19. J'ai vécu avec modération, en évitant de tomber dans les excès.					
20. J'ai eu l'impression de vraiment jouir de la vie.					
21. J'avais beaucoup d'humour, je faisais facilement rire mes amis.					
22. J'étais bien dans ma peau, en paix avec moi-même.					
23. Je me suis senti(e) en santé, en pleine forme.					
24. J'ai su affronter positivement des situations difficiles.					
25. J'avais un bon moral.					

**VOTRE VIE EN GÉNÉRAL**  
(Sections D à G)

D) Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord, ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1- En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.							
2- Mes conditions de vie sont excellentes.							

3- Je suis satisfait(e) de ma vie.							
4- Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.							
5- Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.							

E) Veillez exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (cochez en dessous du chiffre vous représentant, à droite de chacun des énoncés).

De façon générale	Pas du tout 0	Un peu 1	Assez 2	Très 3	Extrême ment 4
1. Il est important pour moi de ne pas paraître nerveux(nerveuse).					
2. Quand je ne peux pas me concentrer sur une tâche, je m'inquiète de devenir fou (le).					
3. Cela me fait peur quand je me sens trembler.					
4. Cela me fait peur quand je pense m'évanouir.					
5. Il est important pour moi de rester en contrôle de mes émotions.					
6. Cela me fait peur quand mon cœur bat rapidement.					
7. Cela m'embarrasse quand mon estomac «crie ».					
8. Cela me fait peur quand j'ai des sensations de nausée.					
9. Quand je m'aperçois que mon cœur bat rapidement, je m'inquiète que je pourrais avoir une « crise de cœur » (infarctus).					
10. Cela me fait peur quand je deviens essoufflé(e).					
11. Quand mon estomac est à l'envers, je m'inquiète que je pourrais être très malade.					

12. Cela me fait peur quand je suis incapable de me concentrer sur une tâche.					
13. Les gens remarquent quand je me sens tout(e) tremblant(e).					
14. Les sensations corporelles inhabituelles me font peur.					
15. Quand je me sens nerveux(nerveuse), je m'inquiète que je pourrais avoir une maladie mentale.					
16. Cela me fait peur quand je suis nerveux(nerveuse).					

*F) Lisez chaque énoncé qui suit, puis en cochant la case associée au chiffre approprié, indiquez comment vous vous sentez **EN GÉNÉRAL**. Il n'y a pas de mauvaises ou de bonnes réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **EN GÉNÉRAL**.*

En général,	Pas du tout 1	Un peu 2	Modérément 3	Beaucoup 4
1. Je me sens bien.				
2. Je me sens nerveux(nerveuse) et agité(e).				
3. Je me sens content(e) de moi-même.				
4. Je voudrait être aussi heureux(heureuse) que les autres semblent l'être.				
5. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e).				
6. Je me sens reposé(e).				
7. Je suis d'un grand calme.				



8. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter.				
9. Je m'en fait trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine.				
10. Je suis heureux(heureuse).				
11. J'ai des pensées troublantes.				
12. Je manque de confiance en moi.				
13. Je me sens en sécurité.				
14. Prendre des décisions m'est facile.				
15. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.				
16. Je suis satisfait(e).				
17. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.				
18. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.				
19. Je suis une personne qui a les nerfs solides.				
20. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents.				

G) Veillez, s'il vous plait répondre aux phrases suivantes en indiquant à quel degré la phrase est vraie pour vous **EN GÉNÉRAL** dans votre vie. Utiliser l'échelle suivante :

De façon générale,	Pas vrai du tout			Un peu Vrai			Tout à fait vrai
	1	2	3	4	5	6	7
1. Je me sens vivant(e) et plein(e) de vie.							
2. Je ne me sens pas très énergique.							
3. Je me sens tellement vivant(e), au point de vouloir éclater.							
4. J'ai de l'énergie et de la détermination.							
5. J'ai hâte à chaque nouveau moment.							
6. Je me sens alerte et éveillé(e)							
7. Je me sens stimulé(e)							

1. Avez-vous vécu un événement stressant depuis le début de l'étude ? Si oui, lequel ?

---



---



---

2. Si vous prenez une médication, y a-t-il eu changement depuis le début de l'étude ?

Oui  Non

Si oui, y-a-t-il eu :

Une augmentation de la dose	
Une diminution de la dose	
Autre changement, veuillez spécifier :	

3. Avez-vous eu recours à des services psychologiques depuis le début de l'étude?

Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer :

- a. Le type de professionnel et milieu choisi: \_\_\_\_\_  
 b. La fréquence (fois/semaine) : \_\_\_\_\_

c. Combien de rencontres avez-vous bénéficié depuis le début de l'étude?

\_\_\_\_\_

4. Quel est votre état matrimonial actuel :

- Marié(e)/y compris l'union libre
- Célibataire
- Séparé(e)/Divorcé(e)
- Veuf (Veuve)

***Prochaine section (questions 4.à 12.) à remplir seulement par les participants qui ont reçu des cours de yoga.***

5. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation des séances de yoga ?

\_\_\_\_\_/10

6. Quel aspect avez-vous le plus apprécié ?

---

---

---

---

---

---

7. Quel aspect avez-vous le moins apprécié ?

---

---

---

---

---

---

8. Avez-vous observé des changements dans votre qualité de vie au cours de l'étude ?

Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier :

---

---

---

9. Avez-vous observé des changements au niveau de symptômes au cours de l'étude ?

Oui  Non

Si oui, veuillez spécifier :

---

---

---

---

10. Vous êtes-vous présenté à tous les cours de yoga ?

Oui  Non

Si non, à combien de cours vous êtes-vous présenté ? \_\_\_\_\_

11. Avez-vous pratiqué le yoga en dehors des séances hebdomadaires au cours des 8 dernières semaines (depuis le début de l'étude) ?

Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence (fois/semaine) ? \_\_\_\_\_

12. Comptez-vous continuer à pratiquer le yoga ?

Oui  Non  Peut-être

13. Est-ce que vous recommanderiez le yoga à vos amis, vos proches ?

Oui  Non  Peut-être

Commentaires :

---

---

---

---

---

**Nous vous remercions pour votre participation !**

*Toute l'équipe de recherche*

**Appendice F**

Tableaux d'interventions en yoga au printemps 2016

Tableau 5

*Séances de yoga 1 à 4, cohorte du printemps*

Ordre	Séances 1 et 2		Séances 3 et 4	
	Sanskrit	Français	Sanskrit	Français
1	Tādāsana samasthiti)	(ou Posture de la montagne	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne
2	Tādāsana samasthiti)	(ou Posture de la montagne (avec extension des bras vers le haut)	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne (Avec extension des bras vers le haut)
3	Uttanāsana	Posture flexion avant (jambes écartées)	Uttanāsana	Posture flexion avant jambe écarté
4	Trikonasana	Posture du triangle latéral	Trikonasana	Posture du triangle latéral
5	Balāsana	Posture de l'enfant (bras en extension)	Balāsana ou Vajrasana	Posture de l'enfant ou posture du diamant
6	Chakravacasana	Posture du chat	Chakravacasana	Posture du chat
7	Savāsana	Posture du cadavre (Relaxation intermédiaire)	Savāsana	Posture du cadavre (Relaxation intermédiaire)
8	Jathara Parivritti	Posture de la torsion en position couchée	Dvipadā Pītham	Demi-pont
9	Apanāsana	Posture sur le dos (jambes pliées sur le bas de l'abdomen)	Apanāsana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
10	Dvipadā Pītham	Demi-pont	Savāsana	Posture du cadavre

Tableau 5

*Séances de yoga 1 à 4, cohorte du printemps (suite)*

11	Apanasana	Posture sur le dos (jambes pliées sur le bas de l'abdomen)	Bhujangāsana	Posture du cobra
12	Savāsana	Cadavre (Relaxation finale)	Apanasana	Posture sur le dos (jambes pliées sur le bas de l'abdomen)
13			Savāsana	Posture du cadavre
14			Jathara Parivritti	Posture de la torsion en position couchée
15			Apanasana	Posture sur le dos (jambes pliées sur le bas de l'abdomen)
16			Savāsana	Cadavre (Relaxation finale)



Tableau 6

*Séances de yoga 5 à 8, cohorte du printemps*

Ordre	Séances 5 et 6		Séances 7 et 8	
	Sanskrit	Français	Sanskrit	Français
1	Tādāsana samasthiti)	(ou Posture de la montagne	Tādāsana samasthiti)	(ou Posture de la montagne
2	Tādāsana samasthiti)	(ou Posture de la montagne (Avec extension des bras vers le haut et sur la pointe des pieds)	Tādāsana samasthiti)	(ou Posture de la montagne (avec extension des bras vers le haut et sur la pointe des pieds)
3	Uttanāsana	Posture flexion avant (jambe écartée, appuie des mains sur le sol et tête en bas)	Uttanāsana	Posture flexion avant (jambe écartée, appuie des mains sur le sol et tête en bas)
4	Trikonasana	Posture du triangle latéral	Trikonasana	Posture du triangle latéral
5	Bavasana ou Vajrasana et Chakravacasana	Posture de l'enfant et posture du chat	Balāsana et Chakravacasana	Posture de l'enfant et posture du chat
6	Savasana	Posture du cadavre (Relaxation intermédiaire)	Adho-muka shirshasana	Posture du chien tête baissée
7	Dvipadā Pitham	Demi-pont	Savāsana	Cadavre
8	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)	Ardhva prasarita eka padasana	Posture sur le dos (Avec enchainements de jeux de jambes et de pieds)
9	Ardhva prasarita eka padasana	Posture sur le dos (avec jeux de jambes et de pieds)	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
10	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)	Jathara Parivritti	Posture de la torsion en position couchée

Tableau 6

*Séances de yoga 5 à 8, cohorte du printemps (suite)*

11	Bhujangāsana	Posture du cobra	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
12	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)	Savāsana	Cadavre
13	Jathara Parivritti	Posture de la torsion en position couchée	Dvipadā Pitham	Demi-pont
14	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
15	Savāsana	Cadavre (Relaxation finale, les 16 lieux)		

**Appendice G**  
Tableaux d'interventions en yoga à l'automne 2016

Tableau 7

*Séances de yoga 1 et 2, cohorte de l'automne*

Ordre	Séances 1		Séances 2	
	Sanskrit	Français	Sanskrit	Français
1	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne (Avec extension d'un bras à la fois vers le haut)	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne (Avec extension des bras vers le haut statique)
2	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne (Avec extension des bras vers le haut)	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne (Avec extension des bras, dynamique et statique)
3	Uttanāsana	Posture flexion avant (jambe écartée, appuie des mains sur les genoux et tête en bas)	Uttanāsana	Posture flexion avant (jambes écartées, appuie des mains sur les genoux et tête en bas)
4	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne	Utkatasana	Posture de la chaise
5	Utkatasana	Posture de la chaise	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne
6	Savasana	Posture du cadavre	Savasana	Posture du cadavre
7	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
8	Urdhavamukha samasthiti	Posture sur le dos (avec jambes pliés, pied au sol) (Concentration observation, relâche le souffle)	Urdhavamukha samasthiti	Posture sur le dos (jambes pliées et pieds sur le sol) Concentration observation, relâche le souffle. Posture allongée sur le dos, jambe plié, pied au sol.
9	Jathara Parivritti	Posture de la torsion en position couchée	Jathara Parivritti	Posture de la torsion en position couchée

Tableau 7

*Séances de yoga 1 et 2, cohorte de l'automne (suite)*

10	Padasana	Posture sur le dos (avec enchaînement de jeux de jambes)	Padasana	Posture sur le dos (Avec enchaînements de jeux de jambes)
11	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
12	Savāsana	Posture du cadavre	Savāsana	Posture du cadavre
13	Dvipapa pitham	Posture du demi-pont	Dvipapa pitham	Posture du demi-pont (Dynamique et statique)
14	Balāsana	Posture de l'enfant en extension des bras	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
15	Savasana ou Suskāśana	Posture du cadavre ou posture assise (Relaxation finale)	Balāsana	Posture de l'enfant en extension
16			Savasana	Posture du cadavre (Relaxation finale)
17			Suskāśana	Posture assise (observation <sup>8</sup> et notre salut).

\* Chaque séance débute par un Sukhāsana, un recueillement assis

<sup>8</sup> Observation : Placer la main en forme de coupe imaginez une petite flamme dans sa main. Amener cette flamme au cœur. Activer notre lumière intérieure qui nous fait grandir.

Tableau 8

*Séances de yoga 3 à 5, cohorte de l'automne*

Ordre	Séances 3		Séances 4 et 5	
	Sanskrit	Français	Sanskrit	Français
1	Tādāsana (ou samasthīti)	Posture de la montagne	Tādāsana (ou samasthīti)	Posture de la montagne (Avec jeux de bras)
2	Tādāsana (ou samasthīti)	Posture de la montagne (avec extension d'un bras et alternance avec l'autre bras)	Parshva Uttānasana	Posture de la grande flexion avant (jambes écartées, appuie des mains sur le sol et tête en bas)
3	Tādāsana (ou samasthīti)	Posture de la montagne (avec extension des bras)	Tādāsana (ou samasthīti)	Posture de la montagne (avec rotation des bras)
4	Trikonasana	Triangle latéral (avec accompagnement de son)	Vjārāsana	Posture du diamant
5	Uttanāsana	Posture de la grande flexion avant (jambes écartées, appuie des mains sur le sol et tête en bas)	Adho-muka-shirshāsana + balasana	Posture chien tête en bas et posture de l'enfant
6	Savasana	Posture du cadavre (Concentration sur les 16 points d'attention)	Chakravacasana	Posture du chat (dos arrondi)
7	Dvipada pitham	Posture du demi-pont	Urdhavamukha samasthīti	Position couchée (jambes repliées quelques secondes pour laisser calmer la respiration tout en continuant la respiration consciente.
8	Urdhava-prasarita padasana	Posture sur le dos (avec enchainements de jeux de jambes)	Urdhava-prasaita padasana	Posture d'enchainement de jambe sur le dos

Tableau 8

*Séances de yoga 3 à 5, cohorte de l'automne (suite)*

9	Jathara Parivritti et Apāvāshana	Posture de la torsion en position couchée et posture du berceau	Urdhavamukha samasthiti	Posture sur le dos (coller les genoux en dynamique)
10	Bhujangāsana	Posture du cobra	Dvipadā Pitham	Demi-pont
11	Balāsana	Posture de l'enfant en extension	Apanāsana	Posture du berceau (Posture sur le dos, exercice avec les jambes et les bras+ Placer la main en forme de coupe imaginez une petite flamme dans sa main. Amener cette flamme au cœur. L'activer notre lumière intérieure qui nous fait grandir.)
12	Savasana	Posture du cadavre (Relaxation finale)	Urdhavamukha samasthiti	Posture sur le dos (Jambes pliées et pieds sur le sol, enchaînement des jeux de bras)
13	Suskāsana	Posture assise (Visualisation)	Suskāsana	Posture assise. Appréciation sans jugement et petite pensée.

\* Chaque séance débute par un Sukhāsana, un recueillement assis

Tableau 9

*Séances de yoga 6 à 8, cohorte de l'automne*

Ordre	Séances 6 à 8	
	Sanskrit	Français
1	Tādāsana (ou samasthiti)	Posture de la montagne
2	Utthasana	Posture de la grande flexion avant (jambes écartées, mains derrière le dos, tête en bas)
3	Trikonasana	Triangle latéral
4	Vjârāsana	Posture du diamant
5	Adho-muka-shirshāsana	Posture chien tête en bas
6	Savasana	Posture du cadavre
7	Dvipada Pitham (Anuloma Krama)	Posture du demi-pont (en trois paliers)
8	Apanasana	Posture sur le dos (jambes repliées sur le bas de l'abdomen)
9	Savasana	Posture du cadavre
10	Viparita karani Mudra	Posture de la chandelle ou posture sur les épaules
11	Urdhavamukha samasthiti	Posture sur le dos (jambes ramenées sur le bas du ventre)
12	Bhujangāsana	Posture du cobra
13	Apanasana	Posture sur le dos (jambes ramenées sur le bas du ventre, pression sur le bas de l'abdomen)
14	Janu shirshāsana	Posture assise (tête aux genoux sur le côté)
15	Cathuspada pitham	Posture du pont
16	Urdhavamukha samasthiti	Posture sur le dos (Jambes pliés, pieds au sol, jeux de bras, concentration sur le souffle). Petite pensée.
17	Savasana	Relaxation finale (16 lieux)



**Appendice H**  
Petite pensée

Quoi qu'il arrive aujourd'hui,  
Où que vous soyez,  
Quoi que vous fassiez,  
Dites au plus profond de vous-même,

Que la vie me soit douce,  
Que la vie me soit libre de toute souffrance  
physique,  
Que la vie me soit libre de toute souffrance morale,  
Que je sois bien,  
Que je sois en paix,  
Que je sois en sécurité



[ClicCours.com](http://ClicCours.com)