

UNIVERSITE TOULOUSE III-Paul SABATIER-Rangueil
FACULTE DE MEDECINE

Année : 2014

N° 2014-TOU3-1051

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

La MEDITATION de PLEINE CONSCIENCE
APPLICATION CLINIQUE en MEDECINE GENERALE
Revue de la littérature

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 septembre 2014

Par Alix VARGAS de FRANCQUEVILLE

DIRECTEUR DE THESE : Mr le Docteur Rémy KLEIN

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Monsieur le Professeur Julien MAZIERES

Assesseur

Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Assesseur

Monsieur le Docteur Rémy KLEIN

Assesseur

REMERCIEMENTS :

A Mr le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Je vous remercie pour votre soutien tout au long de ce travail et aussi tout au long de mon internat. Votre confiance et votre ouverture d'esprit m'ont encouragée. Je vous remercie également pour votre engagement en faveur de la formation des internes de médecine générale. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A Mr le Professeur Laurent SCHMITT,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Veuillez trouver l'expression de mon respect et de ma sincère reconnaissance.

A Mr le Professeur Julien MAZIERES

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de siéger à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Mme le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assurés de ma reconnaissance et de mon respect.

A Mr le Dr Rémy KLEIN

Je te remercie vivement d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie pour ton soutien et pour la confiance que tu m'as accordée. Merci pour tes encouragements et ta perspicacité tout au long de mon travail. Nos échanges m'ont été précieux et m'ont permis d'aller au bout de ce projet. Sois assuré de ma profonde reconnaissance.

Un grand merci à vous tous qui m'avez accompagnée, chacun à votre façon, tout au long de mon travail.

Papa et Maman, merci pour l'exemple que vous me donnez : vos valeurs, votre amour, votre réflexion. Je vous remercie d'essayer de comprendre mes choix parfois inattendus.

Jorge, mon ami, mon amour, mon confident, merci ! Tu me transmets confiance et énergie pour avancer. Dans la joie comme dans les difficultés, tu es toujours présent à mes côtés pour me soutenir et me rassurer. Je souhaite continuer chaque jour à nourrir notre Arbre de Vie, il m'est si précieux !

Un grand merci à tous mes amis, vous me portez par votre étincelle de vie, vous m'inspirez par vos projets et vos vies si variées. Peu importe la distance, les liens sont solides !

Entre famille et amis, Jehanne et Lucas, Lydiane, Jeff, Clémence, Emmanuelle, je ne sais plus comment vous situer vraiment. Merci d'être là, toujours.

Je vous remercie vous qui m'avez, chacun selon votre inspiration, accompagnée dans ce parcours de vie qui va bien au delà de la thèse, dans cette recherche de réalisation personnelle, professionnelle, spirituelle. Vous m'avez appris à me découvrir avec bienveillance, à trouver en moi la confiance pour suivre mon chemin vers une médecine qui me ressemble. Merci de m'avoir invité à suivre mon cœur et à rester à l'écoute.

Merci de m'avoir ouvert les portes du soin.

À mes maîtres de stage et aux soignants qui ont pris le temps de me transmettre leur expérience.

À mes professeurs de yoga, tout particulièrement Lowéna et Léna.

À Neeru qui m'a accueillie en Inde et m'a initiée à la médecine ayurvédique.

À Titane, pour notre connexion sans limite et bien vivante.

À Gaby, tu m'as donnée l'envie de devenir médecin.

Nanat, tu me manques. Merci, tu m'as laissé ton espoir et ta confiance et bien d'autres choses.

Merci pour toutes ces rencontres parfois anonymes, en France, en Inde, au Pérou, qui m'ont appris l'humilité et m'ont ouvert l'esprit.

Merci la Vie !

La méditation de pleine conscience,
Application clinique en médecine générale.

Revue de la littérature

*Pourvu que je puisse trouver en moi
La sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer,
Le courage de changer les choses que je peux
Et la sagesse d'en reconnaître la différence.*

Alcooliques Anonymes

*La meilleure façon de prendre soin du futur est de prendre soin du présent,
maintenant.*

Jon KABAT-ZINN

Tables des Matières

1.INTRODUCTION.....	10
2.DONNEES de CADRAGE.....	10
3.Motifs de recherche.....	10
4.Contexte d'émergence de la méditation de pleine conscience.....	10
5.Définition : qu'est-ce que la pleine conscience ?.....	10
6.Contenu : qu'est-ce que pratiquer la méditation de pleine conscience ?.....	10
7.Mécanisme d'action de la méditation.....	11
8.Descriptif du programme de méditation de pleine conscience.....	11
9.Variations du programme de méditation de pleine conscience.....	11
10.MATERIEL ET MÉTHODE.....	12
1.Critères d'inclusion.....	12
11.Stratégie de recherche.....	12
12.Processus de sélection des articles.....	12
13.Analyse des données.....	15
14.RESULTATS.....	15
1.Chez les patients présentant une PLAINTÉ PSYCHIATRIQUE.....	15
15.Syndrome dépressif et trouble bipolaire.....	15
16.Troubles anxieux.....	16
17.Troubles liés à l'utilisation de substances.....	16
18.Troubles du comportement alimentaire.....	16
19.Troubles de la sexualité.....	16
20.Troubles psychotiques.....	16
21.Troubles du sommeil.....	16
22.Autres troubles psychiatriques.....	17
23.Chez les patients présentant une PLAINTÉ DOULOUREUSE.....	17
24.Chez les patients présentant une PLAINTÉ SOMATIQUE.....	17
25.Hypertension artérielle (HTA).....	17
26.Rhumatologie.....	17
27.Séropositivité au VIH.....	18
28.Autres pathologies organiques.....	18
29.Plaintes à expression somatique.....	18
30.DISCUSSION : Applicabilité en médecine générale.....	18
1.Synthèse des résultats :.....	18
31.Force et limites de mon travail.....	19
32.Comment l'intégrer à une activité de médecine générale ?.....	19
33.Quelle conception du soin cette approche véhicule-t-elle?.....	20

34.Perspective, ouverture.....	20
35.Conclusion :.....	21
36.ANNEXES.....	22
1.Fiche pratique d'information sur la méditation de pleine conscience	22
A l'intention des médecins généralistes et de leurs patients.....	22
2.Echelle d'attention et de pleine conscience.....	23
37.Tableau 1 : la méditation de pleine conscience en psychiatrie.....	25
38.Tableau 2 : la méditation de pleine conscience pour les patients douloureux chroniques...38	
39.Tableau 3 : la méditation de pleine conscience chez les patients ayant des plaintes à expression somatique.....	39
40.BIBLIOGRAPHIE	53

Liste des ABREVIATIONS et leur TRADUCTION

Par ordre d'apparition dans le texte :

TCC = Thérapies Cognitives et comportementales

MBSR = Mindfulness Based Stress Reduction :

Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience

MBCT = Mindfulness Based Cognitive Therapy

Programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience

DBT = Dialectical Behavioral Therapy

Thérapie comportementale dialectique

ACT = Acceptance and Commitment Therapy,

Thérapie de l'acceptation et de l'engagement

MBRP = Mindfulness Based Relapse Prevention

Programme de prévention des rechutes basé sur la pleine conscience concernant les addictions

MBPED = Mindfulness-Based Psycho Education

Programme de psycho éducation basée sur la pleine conscience

ECR = Essai Randomisé Contrôlé

nECR = Essai Contrôlé non Randomisé

Liste des FIGURES et TABLEAUX :

Figure 1: Diagramme de flux/Processus de sélection des articles

Figure 2 : Inclusion des articles en fonction du domaine d'application de l'intervention

Figure 3 : Type d'études et nombre de patients inclus en fonction du domaine d'étude

Tableau 1 : la méditation de pleine conscience en psychiatrie

Tableau 2 : la méditation de pleine conscience pour les patients douloureux chroniques

Tableau 3 : la méditation de pleine conscience chez les patients ayant une plainte à expression somatique

INTRODUCTION

La souffrance psychologique concerne un grand nombre de patients fréquentant le cabinet du médecin généraliste : soit qu'ils présentent un authentique trouble psychiatrique ou bien qu'ils vivent une situation médico-sociale difficile. Le médecin généraliste étant confronté à certaines limites de la technicité médicale pour leur venir en aide, les patients sont souvent demandeurs d'approches d'accompagnement non médicamenteuses améliorant le vécu de leur situation.

Il est maintenant admis au sein de la communauté scientifique que la méditation de pleine conscience (du terme anglais *mindfulness*) a fait ses preuves pour soulager les symptômes d'anxiété et de dépression. Cette thérapie brève, issue de traditions orientales millénaires et isolée de son contexte religieux, a fait l'objet de nombreuses études scientifiques depuis les années 1990 cherchant à prouver ses bénéfices sur des pathologies chroniques variées, souvent problématiques en médecine générale.

Mon travail a consisté en une revue de la littérature cherchant à répondre à la question suivante : quelle est la place de la méditation de pleine conscience en médecine générale ? L'objectif étant de déterminer selon quelles indications et pour quels patients cette technique peut être proposée par le médecin généraliste.

J'ai d'abord présenté le programme de méditation de pleine conscience dans son contexte, son contenu, sa forme, ses mécanismes et ses variations. J'ai ensuite expliqué la méthodologie de recherche ayant permis de relever les différentes indications de cette thérapie, puis ses résultats. Enfin j'ai discuté la pertinence et l'applicabilité de cette thérapie dans le contexte de la médecine générale.

DONNEES de CADRAGE

1. Motifs de recherche

Ayant toujours été intéressée par les différentes manières de « prendre soin » en médecine, j'ai effectué au cours de mon internat un voyage de six mois en Inde à la découverte de la médecine ayurvédique, la médecine traditionnelle indienne. Celle-ci s'inscrit dans un contexte de prise en charge globale et personnalisée du patient en traitant sa pathologie mais aussi en lui proposant un mode de vie adapté à sa constitution naturelle en prévention de déséquilibres

futurs. Pour cela les différents outils à la disposition du médecin sont les médicaments sous forme de plantes mais aussi des massages, le yoga, la méditation et des cures de détoxification. J'ai trouvé passionnante cette application à mettre la singularité de chaque patient au cœur du soin pour lui permettre d'améliorer sa vie sur plusieurs niveaux : physique, mental, émotionnel et spirituel. Au cours de ce séjour et depuis mon retour, j'ai également fait l'expérience du yoga et de la méditation Vipassana, et j'ai pu en apprécier les effets sur mon corps et mon esprit.

A mon retour, j'ai cherché ce qui, de ces traditions orientales, était transposable à notre culture française et pourrait se justifier dans notre système de soins primaires en terme de critères d'Evidence Based Medicine (médecine basée sur les preuves). La méditation de pleine conscience, de par sa forme de programme standardisé laïque, rend possible cette adaptation à notre culture et à notre mode d'évaluation car cette thérapie a fait l'objet de recherches structurées. Ceci m'a donc permis de poursuivre l'exploration de ce type de prise en charge dans notre système de soin.

2. Contexte d'émergence de la méditation de pleine conscience

La méditation joue un rôle primordial dans le bouddhisme où elle est considérée comme un facteur fondamental pour la libération de la souffrance. En Occident, ce terme est souvent associé à la religion, aux idoles, à la transe... à toutes ces expériences irrationnelles et mystiques qui peuvent effrayer ou sont incomprises voire inconnues. La méditation est pourtant une technique qui peut être isolée de ses considérations spirituelles et religieuses pour ne conserver que le facteur libérateur : un accès à la connaissance de soi, par la conscience des sensations corporelles et des automatismes de pensées, par l'expérience directe des processus présidant au développement des pensées et des émotions.

En parallèle, en Occident, la psychothérapie clinique a évolué, depuis les années 70, au travers des thérapies cognitives et comportementales (TCC). Selon le modèle de la détresse émotionnelle (Ellis et Harper, 1994), nos émotions sont la conséquence d'une situation additionnée d'une interprétation parfois erronée. Face à cette situation, nous souffrons souvent du sentiment final sans avoir été même conscient des pensées souvent irrationnelles qui l'ont engendré.

Les premières versions des TCC portent sur l'exposition à une situation et le contrôle des pensées qui y ont trait. Les programmes intégrant la méditation de pleine conscience appartiennent à la 3^{ème} vague de ces thérapies et en partagent plusieurs objectifs : décentration cognitive, réhabilitation des processus attentionnels, dépistage des mécanismes de pensées

automatiques. La méditation se distingue cependant des TCC précédentes, s'appuyant sur l'acceptation de ce qui est. Elle cherche à modifier l'attitude de l'individu par rapport aux cognitions plutôt que de modifier leur contenu ou de résoudre un problème. Elle apprend aussi à tolérer les émotions plutôt que de les éliminer (1).

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) est le programme initial de réduction du stress par la pleine conscience imaginé et décrit en 1979 par Jon Kabat-Zinn pour diminuer le stress chez des individus sains ou des patients souffrant de douleurs chroniques (2). Ce programme applique une codification occidentale laïque aux racines orientales de la méditation et a été appliqué en pratique clinique aux Etats Unis dès les années 1980. La clinique dans laquelle il a été initialement proposé accueillait des patients souffrant de diverses maladies chroniques imparfaitement soulagées par les traitements habituels. Devant l'ampleur des bénéfices obtenus, cette pratique s'est développée sous différentes formes et de nombreuses études scientifiques ont été entreprises afin d'objectiver son efficacité.

3. Définition : qu'est-ce que la pleine conscience ?

Par pleine conscience, on entend le fait de « porter toute son attention intentionnellement, au moment présent et sans jugement de valeur, dans l'acceptation de ce qui se passe » (Bondolfi 2004) (3). La capacité d'orienter son attention d'une telle manière peut être développée à travers la pratique de la méditation, définie par le moine bouddhiste Matthieu Ricard comme une pratique d'entraînement de l'esprit. Le méditant s'exerce à accepter les phénomènes qui entrent dans le champ de sa conscience (douleur, perceptions, cognitions, émotions, sensations physiques) sans essayer de les modifier ni d'y échapper. Ils sont soigneusement observés, mais ne sont pas évalués en tant qu'événements bons ou mauvais ni justes ou faux. Ainsi définie, la *Mindfulness* est « l'observation sans jugement du flot continu des stimuli internes et externes tels qu'ils surgissent » (Baer, 2003) (4). Souvent considérée comme une tentative d'accès à un ailleurs, la méditation permet plutôt d'être là où on est, comme on est ; d'être à la fois présent à soi et présent au monde.

Le sens de « pleine conscience » peut être éclairé par la notion d'attention juste : porter attention aux choses telles qu'elles sont et non telles qu'on voudrait qu'elles soient, sans filtre, sans jugement, sans attente ; également par la notion d'équanimité : être dans une disposition de détachement et de sérénité à l'égard de tout ressenti.

La pleine conscience peut être mesurée par différents questionnaires. Le plus étudié est le Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), dont la traduction française, l'échelle

d'attention et de pleine conscience, a été proposée par Joël Billieux et est consultable en **annexe 2** (page 38). D'autres échelles comme Five facet mindfulness questionnaire (FFMQ), Toronto mindfulness Scale (TMS), Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) ont également été validées.

Pour plus de renseignements sur la méditation de pleine conscience, vous trouverez en **annexe 1** (page 37) une fiche pratique avec des références de sites et d'ouvrages.

4. Contenu : qu'est-ce que pratiquer la méditation de pleine conscience ?

Nous essayons souvent en tant qu'êtres humains, de fuir les ressentis négatifs. Ce faisant, nous fonctionnons dans l'évitement et nous rendons ainsi plus malheureux, envahis par le désir, la crainte, l'inquiétude projetés sur le passé ou le futur. Il s'agit à travers la pratique de la méditation de pleine conscience, de revenir à nous-mêmes quelques soient les circonstances extérieures qui ont engendré ce ressenti, de cultiver une certaine intimité avec notre être dans l'instant présent. Cette présence à soi-même est primordiale afin de savoir être, plutôt que toujours vouloir faire, agir, réagir.

Afin de mieux comprendre, intéressons-nous aux principales notions que le patient est amené à cultiver tout au long de la pratique décrites dans l'ouvrage : « Méditer pour ne plus déprimer » Mark Williams, édition Odile Jacob, 2007.

Abandonner le mode FAIRE, c'est à dire l'attitude qui nous pousse à nous fixer des buts à atteindre et, dès qu'ils le sont, à en trouver de nouveaux. Il est évident que le mental est un instrument indispensable dans la vie quotidienne pour l'accomplissement de tâches précises, mais une fois la tâche effectuée il faut apprendre à déposer cet outil. Ce mode de fonctionnement mental, lorsqu'il est permanent induit un état de jugement, des regrets et des insatisfactions, et oblige à se projeter sans cesse dans le futur, sans connexion à la réalité présente. Dans notre monde intérieur, le mental tente sans cesse d'utiliser cette même stratégie : comparer ce que nous ressentons et aimerions ressentir afin d'en réduire l'écart, cela conduit à la rumination.

Adopter le mode ETRE, c'est-à-dire faire l'expérience directe du monde par les sens, en évitant le jugement du mental et les commentaires de la pensée. Cela suppose :

³⁵₁₇ un lâcher prise parfois inconfortable par rapport au fonctionnement habituel, libération des conditionnements et interprétations irrationnelles. Lâcher prise qui mène à l'acceptation de ce qui ne peut pas être changé. On pourrait craindre que cette attitude ne bloque l'action,

mais cela prépare au contraire à une action juste, en conscience avec la réalité. Souvent confondue avec la résignation ou le fatalisme, l'acceptation permet plutôt d'agir sereinement, sans lutte intérieure.

³⁵₁₇ le non-jugement : les phénomènes intérieurs sont agréables, désagréables ou neutres, mais le participant les regarde uniquement en tant que ce qu'ils sont : des pensées, des émotions, des sensations, sans les interpréter.

³⁵₁₇ la compassion apporte une notion d'ouverture, pour accueillir tout ce qu'on vit avec la même bienveillance.

Au total, trois attitudes sont cultivées : ouverture maximale du champ attentionnel à l'expérience de l'instant, désengagement des tendances à juger, contrôler ou orienter l'expérience et absence d'analyse, remplacée par l'observation et le ressenti.

Ceci permet de balayer quelques idées reçues sur la méditation : ce n'est pas une tentative d'accès à un ailleurs ; loin d'une fuite de la réalité, c'est un moyen d'être présent à soi et présent au monde. Cette pratique peut sembler égocentrique mais elle n'encourage certainement pas l'égoïsme car être conscient de soi incite à devenir plus attentif à l'autre. L'attitude d'acceptation recherchée ne conduit pas au fatalisme ou à l'inaction, mais à une action plus juste et cohérente.

5. Mécanisme d'action de la méditation

Examinons les mécanismes psychologiques permettant une réduction des symptômes ou un changement comportemental dans le cadre de troubles émotionnels (5).

³⁵₁₇ L'exposition : l'observation des sensations rattachées à un symptôme (anxiété, douleur, stress) sans évitement, permet de réduire les réactions émotionnelles qui accompagnent habituellement le symptôme. La pratique de la pleine conscience améliore la capacité de tolérer des états émotionnels négatifs.

³⁵₁₇ La régulation cognitive et émotionnelle: cette pratique modifie l'attitude envers les pensées, sans chercher à modifier le contenu des modèles cognitifs. Par exemple, l'observation d'une douleur et les pensées d'anxiété qui y sont associées peut conduire à un changement d'attitude vis-à-vis de ces mêmes pensées. En l'occurrence, cela peut permettre au sujet de prendre conscience que les «pensées ne sont que des pensées» plutôt que de les considérer comme étant le reflet de la réalité ou comme la vérité. Le sujet identifie l'émergence de pensées négatives, et sans éviter leur existence, évite de les laisser dégénérer en cycles prolongés de rumination. Ceci permet de faciliter l'autogestion des difficultés en

améliorant la reconnaissance des premiers signes d'une problématique clinique.

³⁵₁₇ La décentration : la mindfulness représente une méthode supplémentaire aux TCC classiques parce qu'elle permet d'adopter une attitude de décentration vis-à-vis de la rumination. Quitter le cercle vicieux émotions-cognitions négatives et pouvoir en rester à distance est possible en focalisant son attention sur le moment présent. En se confrontant à ses émotions, même pénibles, le patient peut désamorcer la cascade mentale qui suit de façon automatique sous forme de ruminations pouvant déclencher un état dépressif ou une crise d'angoisse.

³⁵₁₇ la méditation induit un état de relaxation qui peut contribuer à l'apaisement de différents troubles émotionnels. Ce n'est pas l'objectif principal puisque paradoxalement le méditant cherche à rester en contact avec divers phénomènes habituellement incompatibles avec la relaxation : tensions musculaires, pensées, signes neurovégétatifs.

³⁵₁₇ Il en est de même pour la concentration, qui n'est pas le but de la méditation, mais une étape indispensable au maintien de l'attention.

Plusieurs études ont porté sur les mécanismes d'action neurobiologiques de la méditation (6). Les techniques d'imagerie fonctionnelle ont permis de mettre en évidence les modifications du fonctionnement du cerveau engendrées par la méditation, cela correspond au phénomène de neuroplasticité : soumis à un entraînement quelconque, le cerveau subit des modifications fonctionnelles et structurelles. Ceux-ci sont mis en évidence dès un mois de méditation quotidienne à raison de 20 minutes par jour. Certaines zones activées sont impliquées dans la modulation émotionnelle et l'attention (zones frontolimbique et frontopariétale) ce qui permettrait d'intégrer les informations négatives sur un plan émotionnel plutôt que de passer par le langage et la cognition. Ainsi, lorsque le sujet méditant ressent de la tristesse, on note une diminution de l'activité des zones du langage (aire de Wernicke et de Broca) et une activation des zones de l'introspection et de la perception des sensations internes (aires paralimbiques). Le volume et le nombre de connections neuronales des zones du cerveau engagées dans l'empathie et les émotions positives (insula, cortex cingulaire) augmente. En parallèle, les zones concernant l'agressivité, la peur et l'anticipation anxieuse (amygdales) voient leur volume diminuer.

Les enregistrements électro-encéphalographiques réalisés en état de méditation témoignent d'une augmentation du rythme gamma en préfrontal gauche, lié aux processus d'attention. La possibilité d'une action biologique sur le système immunitaire et le cortisol est également en

cours de confirmation.

6. Descriptif du programme de méditation de pleine conscience.

Depuis les années 1980, plusieurs approches thérapeutiques intégrant la pratique de la méditation de pleine conscience ont été développées. La structure des différentes interventions est toujours similaire à celle du programme initial de réduction du stress par la pleine conscience, « *Mindfulness-Based Stress Reduction* » (MBSR).

Le programme MBSR se déroule de la façon suivante : il dure 8 semaines, à raison de 2h30 hebdomadaires plus une journée complète, en groupe de 10 à 20 personnes. Entre les séances, des exercices de pratique quotidienne de 45 minutes par jour sont proposés que le patient s'engage à respecter. Chaque séance comprend un exercice de méditation formelle : par exemple, manger un grain de raisin en pleine conscience, passer en revue les sensations de chaque partie du corps, prendre conscience de sa respiration, maintenir des postures simples de Hatha yoga, marcher en conscience. Entre les séances, les participants poursuivent la pratique de ces exercices, auxquels s'ajoutent des exercices informels : faire une activité de la vie quotidienne (par exemple la vaisselle) en pleine conscience, noter chaque jour un événement positif et un événement négatif avec les pensées, émotions et sensations associées afin de mieux comprendre ses réactions, prendre des temps de respiration consciente dans la journée pour se reconnecter à soi.

Le groupe est guidé par un thérapeute qui recueille les expériences des participants qui souhaitent s'exprimer. Ces échanges se font selon les mêmes dispositions : pas de jugement des participants ni de leur assiduité, acceptation de ce qui se passe, ce qui instaure un climat de confiance apprécié par les patients.

La formation du thérapeute met l'accent sur son expérience méditative personnelle (7), elle dure plusieurs années et mène à une certification garantissant la conformité de la formation par rapport au programme initial dispensé par le *Center for Mindfulness at the University of Massachusetts Medical School* (voir le site internet : www.umassmed.edu/cfm). La personne doit pratiquer mindfulness quotidiennement depuis au moins 2 ans, avoir participé à quatre retraites en silence de 5 à 10 jours, et suivre une formation spécifique intensive. Il dispense ensuite au moins quatre sessions complètes de MBSR ou MBCT sous supervision avant d'obtenir la certification. Trois formations francophones seulement sont disponibles pour le moment : le « *Certificat Universitaire à la pleine conscience* » proposé à l'Université Libre de Bruxelles, le « *Diplôme Universitaire de Médecine, Méditation et Neurosciences* » à l'Université de Strasbourg dirigée par le Dr Jean-Gérard Bloch, et une « *formation aux interventions*

psychothérapeutiques basées sur la pleine conscience» à la Faculté de Psychologie de l'Université catholique de Louvain. Ces formations sont proposées en coordination avec le *Center for Mindfulness*.

7. Variations du programme de méditation de pleine conscience.

Le programme de « *Mindfulness-Based Stress Reduction* » (MBSR) a été modifié progressivement afin de s'adapter spécifiquement aux différentes indications pour lesquelles il est utilisé. Ces modifications constituent parfois uniquement une adaptation terminologique au contexte travail.

Le programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, « *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* » (MBCT), directement issu du programme initial (MBSR), est de même structure, mais centré plus spécifiquement sur la prévention des rechutes du syndrome dépressif. Il a été décrit en 1995 par Zindel Segal, puis ensuite largement développé. Il inclut davantage d'éléments de TCC : description des pensées et émotions ressenties lors de scénarios imaginaires, discussion à propos des pensées automatiques et des ruminations, liste des activités positives ou valorisantes à utiliser en cas de baisse de l'humeur, pistes pour éviter la rechute ainsi qu'un travail autour de scénarios permettant de prendre conscience des pensées irrationnelles et de mesurer l'impact de ces pensées. Les principales variations proposant la méditation en pleine conscience (MB = Mindfulness-Based) sont les suivantes : MB-Childbirth and Parenting, pour la naissance et la parentalité, MB-Relapse Prevention adapté de MBCT pour la prévention des rechutes dans le cadre des addictions, MB-Elder Care chez les personnes âgées, MB-Eating Awareness Training pour les troubles du comportement alimentaire, MB-Art Therapy utilisé chez des patients souffrant de cancer, MB-Breathing Therapy, pour les patients souffrant d'insuffisance respiratoire.

MATERIEL ET MÉTHODE

J'ai réalisé une revue de la littérature inspirée du processus décrit dans les recommandations internationales *Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses : the PRISMA statement* (8).

1. Critères d'inclusion

Ont été inclus les articles permettant de répondre à la question de recherche : « quelle est la place de la méditation de pleine conscience en médecine générale ? ». C'est-à-dire les articles

rendant compte de l'effet de la méditation de pleine conscience pour l'amélioration clinique des patients.

³⁵₁₇ Critères de sélection :

- Les articles parus avant le 1^{er} février 2014.
- En **français** ou en **anglais**.
- La **population** concerne les patients présentant un problème ou une souffrance spécifique, quels qu'ils soient.
- Le **type d'intervention** a été limité à la dispense de la méditation en pleine conscience sous forme de MBSR et MBCT comme décrit ci-dessus ou certaines formes approchantes de structure identique (1 séance par semaine pendant 8 semaines, contenu présenté plus haut).
- Les **comparateurs** ont tous été pris en compte que ce soient des contrôles actifs ou une simple liste d'attente recevant les soins habituels.
- Les **critères de jugement** pris en compte concernent les améliorations cliniques : santé physique ou psychologique et qualité de vie.
- Le **type d'études** incluses concerne les revues de la littérature avec ou sans méta analyse et les essais randomisés contrôlés.

³⁵₁₇ Critères d'exclusion :

- Les articles hors sujet ou ne correspondant pas à la problématique.
- Les études sans groupe contrôle randomisé, les essais qualitatifs et les études de cas. Les revues de la littérature contenant moins de deux articles portant sur la technique.
- Les articles concernant la thérapie comportementale dialectique, *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) et la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT). Ces thérapies appartiennent aussi à la 3^{ème} vague des TCC et intègrent des exercices de *mindfulness*, cependant les temps de méditation sont plus courts, moins formels, mêlés à d'autres stratégies et intégrés à une psychothérapie individuelle. S'éloignant de la *mindfulness* pure, leur inclusion n'aurait pas permis d'extraire d'effets spécifiques.
- Les articles dont l'intervention mélangeait différentes techniques (yoga, qigong...)
- Les études dont l'évaluation est faite sur des critères paracliniques (biologie, imagerie...) ou portant sur les mécanismes d'action de la pleine conscience.

- Les études portant sur des populations mélangées, c'est-à-dire dont les patients n'ont pas tous le même diagnostic.
- Les études portant sur des populations non cliniques, c'est-à-dire des personnes ne présentant pas de pathologie : femmes enceintes, stress lié à la vie quotidienne...

Certains articles exclus, notamment les études observationnelles, ont permis d'étayer l'introduction et la discussion.

8. Stratégie de recherche

La recherche a été réalisée jusqu'en janvier 2014 via internet sur la banque de données *Medline* avec le mot clé « mindfulness ». Etant donné le grand nombre d'articles disponibles initialement, j'ai choisi de ne pas interroger d'autres sources. Je n'ai pas cherché à restreindre la quantité d'articles en ajoutant des mots clés de recherche, afin de proposer un balayage large des applications possibles de la méditation. J'ai effectué des recherches collatérales dans des ouvrages papiers et sur des sites internet afin d'étayer l'introduction et la discussion.

9. Processus de sélection des articles

Un total de 1789 éléments a été obtenu par l'interrogation de *Medline*. Une première sélection a été faite à la lecture des titres pour retenir 463 articles. Ceci a permis d'exclure les doublons et une partie des articles hors sujet ainsi que de mettre en évidence trois domaines d'études de la méditation de pleine conscience qui seront ensuite étudiés séparément. Ceux-ci concernent les patients présentant une plainte psychiatrique, douloureuse chronique ou à expression somatique.

Une deuxième sélection a été faite à la lecture des résumés pour ne retenir que les articles validant les critères d'inclusion et d'exclusion, ce qui a conduit à conserver 134 articles. A la lecture des articles en entier, j'en ai finalement inclus 82.

Sont présentés en suivant le diagramme de flux décrivant la procédure de sélection des articles (**Figure 1**). La **figure 2** détaille la répartition des articles en fonction du domaine d'application de l'intervention.

Figure 1 : Diagramme de flux/Processus de sélection des articles.

Figure 2 : Inclusion des articles en fonction du domaine d'application de l'intervention

Domaine d'étude	À la lecture des titres	À la lecture des résumés	À la lecture des articles
Plainte psychiatrique	259	67	35
Plainte douloureuse	62	22	9
Plainte somatique	142	45	38
Total	463	134	82

10. Analyse des données

Les résultats ont été analysés à l'aide d'une grille de lecture construite à priori. Le type d'études, le nombre de patients inclus, la durée du suivi des patients à partir de la fin du programme et les résultats obtenus ont été pris en compte pour exposer les différents effets de l'intervention.

RESULTATS

Les articles inclus figurent sous la forme de tableaux en **annexe 3 à 5** (pages 39 à 52), qui résumant leurs caractéristiques : population étudiée, type d'article, nombre de patients inclus, durée du suivi des patients en post intervention, résultats obtenus lorsqu'ils étaient significatifs par rapport au groupe contrôle. Si les résultats n'étaient pas significatifs, cela a été spécifié dans la colonne des résultats.

Mon travail consiste en l'étude de 27 revues de la littérature dont 10 avec méta analyses, et 55 essais randomisés contrôlés, réunissant en tout 25 888 patients (**Figure 3**). Le nombre de patients inclus est cependant un peu surestimé car certaines revues de la littérature contenaient des articles ne portant pas exclusivement sur la pleine conscience.

Figure 3 : Type d'études et nombre de patients inclus en fonction du domaine d'étude.

	Méta analyses	Revue de la littérature	ECR	Nombre de patients inclus
Psychiatrie	2	6	27	6 400
Douleur chronique	2	5	2	3 834
Plainte somatique	6	6	26	15 654
Total	10	17	55	25 888

J'ai choisi de détailler les résultats par domaine d'étude selon que les patients présentaient une problématique psychiatrique, douloureuse ou à expression somatique.

1. Chez les patients présentant une PLAINTÉ PSYCHIATRIQUE

La méditation de pleine conscience a, selon une méta analyse de 2012 (9), un effet sur les symptômes dépressifs, quelle que soit la pathologie psychiatrique considérée. L'hétérogénéité

des interventions considérées dans cet article n'a pas permis de conclure quant à l'effet de la *mindfulness* pure et la taille de l'effet était très variable, d'où l'intérêt d'évaluer les différentes situations psychiatriques dans le détail.

Syndrome dépressif et trouble bipolaire

La méditation de pleine conscience a fait l'objet de nombreuses études dans le syndrome dépressif, en aigu ou en rémission, sous la forme de MBCT.

Chez des patients en rémission d'un épisode dépressif majeur, une méta-analyse contenant 6 essais randomisés (10) montre une diminution du risque relatif de rechute de 34% à un an. Cette effet est significatif en adjonction du traitement antidépresseur uniquement chez les patients ayant vécu au moins 3 épisodes antérieurs de dépression (réduction du risque relatif de 43% dans cette population). Les études contenues dans cet article retrouvent notamment une diminution des symptômes dépressifs résiduels, une augmentation de la durée précédant la rechute et une amélioration de la qualité de vie des patients. Dans l'une d'elles, 75% des patients ayant suivi MBCT ont pu discontinuer leur traitement antidépresseur sans majoration du taux de rechutes à un an.

Cette méta analyse vient renforcer les résultats de deux revues de la littérature antérieures (11,12) - dont l'une recommande MBCT en 2^{ème} ligne après la TCC – et sera ensuite appuyée par trois essais randomisés (13–15). Leurs résultats sont les suivants : diminution de l'anxiété anticipatoire et de la réactivité émotionnelle à l'anxiété, réduction des symptômes dépressifs résiduels par rapport au traitement habituel quel que soit le nombre d'épisodes antérieurs et augmentation des émotions positives.

L'étude de MBCT en phase aiguë d'épisodes dépressifs majeurs est plus récente. J'ai réuni 4 essais randomisés montrant une diminution de la symptomatologie dépressive avec quelques spécificités : diminution de la rumination et expériences plus variées qu'avec les traitements antidépresseurs (16), amélioration du bien-être psychologique (17), amélioration des symptômes d'anxiété non supérieure à celle obtenue avec la TCC classique quelque soit le nombre d'épisodes antérieurs (18), diminution du nombre de patients validant les critères d'« épisode dépressif majeur » chez des patients ayant vécu déjà au moins 3 épisodes accompagnés d'attitude suicidaire (19).

Enfin, deux études incluent des patients dépressifs quelle que soit la phase et montrent une diminution de la symptomatologie dépressive identique en aigu ou en rémission. Dans l'une (20), l'effet est associé à une diminution des angoisses et de la rumination. L'autre (21) montre en post intervention immédiate une meilleure élaboration d'objectifs de vie, une envie

de réaliser leurs objectifs importants, et une modification du récit autobiographique.

Aucune étude n'a permis d'établir la supériorité de MBCT par rapport à la TCC classique, mais ces deux thérapies semblent agir avec des mécanismes différents et pourraient être complémentaires (22).

En ce qui concerne les troubles bipolaires, deux essais randomisés portant sur des patients en rémission (23,24), montrent une diminution de l'anxiété et une diminution de la symptomatologie dépressive résiduelle. L'absence d'impact sur le taux et le délai des rechutes ne permet pas de conclure à un intérêt pour la pratique clinique.

Troubles anxieux

Concernant les troubles anxieux, une méta-analyse de 2012 (25) regroupe 19 articles portant sur des interventions de pleine conscience ou d'acceptation. 15 études concernent *mindfulness* sous forme de MBCT ou MBSR en traitement de différents types de troubles anxieux. Dans cet article, les interventions de pleine conscience permettent une diminution des symptômes d'anxiété et des symptômes dépressifs associés. L'effet est important dans les deux cas non modéré par le type d'intervention, et majoré en cas d'adjonction d'une psychothérapie et de mélange de différentes pathologies dans un même groupe. Il est maintenu à 3 mois post intervention. Est également mise en évidence une amélioration de la qualité de vie. Cependant seuls 4 essais randomisés font intervenir MBSR ou MBCT et ne montrent pas de supériorité par rapport à DBT ou à la TCC classique.

Deux études randomisées récentes traitent également de l'utilisation de MBSR pour des troubles anxieux variés. L'une (26) n'a pas pu montrer de supériorité par rapport aux TCC pour diminuer la sévérité des troubles anxieux mais diminue plus l'inquiétude, la dépression et les co-morbidités émotionnelles. L'autre (27) retrouve une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs maintenue à 6 mois post intervention. Au total, ces 3 publications n'ont pas montré de supériorité par rapport à la TCC qui reste le traitement de 1^{ère} ligne.

Il y a trop peu d'études concernant la spécificité de la méditation pour hiérarchiser son efficacité au sein des différents troubles anxieux, cependant les résultats des essais disponibles sont prometteurs. Un essai randomisé concerne les troubles anxieux généralisés (28) et montre une amélioration de l'anxiété, de l'impression clinique vis-à-vis de la sévérité de troubles et de la réactivité au stress avec MBSR comparé à un programme de gestion du stress. Dans le trouble panique, avec ou sans agoraphobie, deux essais contrôlés dont un randomisé (inclus dans la méta analyse) (29) ont montré une effet positif de MBCT pour diminuer l'anxiété, la

sévérité du trouble et les symptômes dépressifs par rapport au traitement médicamenteux seul. Les études portant sur l'anxiété sociale (30,31) n'ont pas montré de supériorité de MBSR sur l'exercice physique, même si une amélioration de l'anxiété sociale, de la dépression et du bien-être subjectif ont été montrés par rapport aux mesures de départ.

Une étude porte sur des patients souffrant d'angoisses chroniques (32) et compare la pleine conscience à la relaxation. La méditation permet une meilleure perception et compréhension des émotions, cependant les améliorations concernant le nombre et la durée des épisodes d'angoisse ne sont pas statistiquement différentes dans les deux groupes. Seules des études observationnelles ont montré des résultats encourageant dans l'hypochondrie.

Troubles liés à l'utilisation de substances

Dans la prise en charge des addictions, les TCC ont une efficacité à court terme mais le taux de rechute reste élevé (60% en 2007 selon United Nations Office of Drugs and Crime). Le programme *Mindfulness-based relapse prevention* (MBRP), programme de prévention des rechutes basé sur la pleine conscience, a été adapté de MBCT par Witkiewitz K. en 2005 afin d'être conduit dans le cadre des conduites addictives. J'ai retenu 2 revues de la littérature (33,34) dont les résultats sont globalement superposables. Je ne détaillerai ici que la plus récente qui, en janvier 2014 a comparé 21 études contrôlées dont 8 portaient sur MBSR ou MBRP, dans le cadre d'addictions à l'alcool, au tabac, au cannabis ou à des substances mélangées. Les auteurs concluent à un effet positif de MBRP sur la diminution des consommations toutes substances confondues, par rapport aux contrôles inactifs. Dans deux études, le programme était supérieur à un contrôle actif spécifique : « programme en 12 étapes » utilisé en communautés thérapeutiques pour l'alcool (35), et « freedom for smoking » pour le tabac (36).

Des effets positifs ont également été notés sur le craving, les comportements à risque, les symptômes psychiatriques, l'ajustement, les stratégies d'évitement de émotions négatives, qui sont connus comme autant de facteurs prédisposant à la rechute.

Troubles du comportement alimentaire

Les troubles du comportement alimentaire ont surtout été évalués sur le versant de la boulimie et de l'hyperphagie. Une revue de la littérature parue en 2011 (37) n'a considéré que des essais ouverts dont 4 concernent la méditation de pleine conscience. Celle-ci y est efficace pour diminuer la fréquence et l'intensité des crises de boulimie et améliorer le rapport des patientes à la nourriture. Des versions adaptées du programme classique sont employées. Elles

mettent l'accent sur la capacité à observer l'état de faim ou de satiété et à accepter les émotions désagréables plutôt que les éviter par la prise de nourriture (ou de toxiques).

Un essai randomisé contrôlé (38) a montré un bénéfice de ce programme pour diminuer les envies compulsives de nourriture et la dysmorphophobie et améliorer le schéma corporel ainsi que les émotions liées à la nourriture. Le poids n'est pas significativement modifié.

Un autre programme adapté, MB-EAT intégrant à MBSR des éléments de TCC et des méditations centrées sur la nourriture, a montré des résultats similaires dans un essai contrôlé non randomisé (Kristeller et Hallett, 2003).

Par ce mécanisme conduisant à la diminution des crises de boulimie, la pleine conscience, semble intéressante pour les patients obèses ou en surpoids mais seuls des essais observationnels ont pour l'instant été entrepris.

Troubles de la sexualité

La revue de la littérature la plus récente relate les nouveautés en sexothérapie (39). Elle ne comprend que deux études ouvertes, utilisant la méditation de pleine conscience sous une forme en 3 sessions légèrement éloignée du programme initial : *mindfulness-based psycho education* (PED). Ces études s'adressent à des femmes ayant des troubles du désir sexuel et montrent une amélioration de plusieurs aspects de la réponse sexuelle et une diminution de la souffrance liée à la sexualité. L'effet est plus important chez les femmes ayant été victime de violences sexuelles. Evidemment, le niveau de preuve de ces études est très faible.

Plus récemment, une étude randomisée (40) a comparé la TCC classique et la pleine conscience chez des femmes ayant été victimes d'abus sexuel dans l'enfance. L'amélioration du niveau de désir et de plaisir a été significativement plus importante dans le groupe mindfulness. Dans les deux groupes, la diminution de la souffrance liée à la sexualité a été significative.

Troubles psychotiques

La psychose, a longtemps été considérée comme une contre-indication à la méditation de peur de favoriser les phénomènes de dissociation. Trois essais randomisés récents viennent remettre en cause cette idée mais nécessitent encore d'être étayés. L'un (41) montre une amélioration de la capacité à répondre en conscience aux événements internes stressants. L'autre (42) n'a pas pu montrer de diminution de la souffrance mais retrouve une amélioration du fonctionnement et de la conscience des pensées/images engendrant de la souffrance. Enfin le plus récent (43), très encourageant, montre une amélioration du fonctionnement global, une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, ainsi que de la sévérité des

symptômes, avec un recul de 18 mois. Il convient de noter que, sur ce sujet, la littérature est plus consistante avec la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) qui contient aussi de la méditation.

Troubles du sommeil

L'utilisation de la méditation en pleine conscience dans les troubles du sommeil a fait l'objet d'une revue de la littérature en 2007 (44) qui met en évidence une amélioration significative de la qualité et de la durée du sommeil ainsi que des mécanismes cognitifs négatifs empêchant l'endormissement dans 4 essais ouverts sur les 7 inclus. Malgré l'absence de significativité des 3 études contrôlées, les auteurs concluent à une efficacité possible de la méditation dans cette indication.

Un seul essai randomisé a pour l'instant fait ses preuves (45), il montre une amélioration objective (polysomnographie) et subjective du sommeil chez des patients en rémission d'un syndrome dépressif sous traitement antidépresseur, présentant des troubles du sommeil résiduels, sans que l'effet ait pu être dissocié de l'effet sur les rechutes dépressives.

Un autre essai randomisé (44) a comparé MBSR avec un traitement médicamenteux hypnotique par 3mg d'*eszopiclone* au coucher chez des patients présentant une insomnie primaire sans pouvoir mettre en évidence de supériorité. Il y a cependant une amélioration du degré d'insomnie, du temps d'endormissement, de la qualité du sommeil, de sa durée totale et de l'efficacité par rapport au départ.

Autres troubles psychiatriques

D'autres pathologies ont fait l'objet d'études isolées ne permettant aucune conclusion quant à la pratique mais sont encourageantes pour les recherches à venir et nécessiteraient d'autres études.

Une revue récente de la littérature (46) a réuni 12 études observationnelles, dans lesquelles la méditation de pleine conscience était appliquée à des patients ayant un **retard mental** léger à sévère (asperger, autisme). Une diminution significative des problèmes psychologiques, de comportement et d'agressivité a été mise en évidence. Cependant l'hétérogénéité des interventions empêche les auteurs de conclure à une spécificité de la technique. Un essai randomisé (47) mené chez des adultes ayant des troubles autistiques avec haut niveau de compréhension met en évidence avec MBSR une diminution de la dépression, l'anxiété et la rumination par rapport aux témoins ainsi qu'une amélioration de la compréhension et du comportement par rapport aux pré tests.

En ce qui concerne **les troubles de la personnalité**, un essai randomisé (48) pratiqué avec des patients ayant une personnalité de type D, c'est-à-dire manifestant une détresse psychologique et une inhibition sociale, n'a pas montré de supériorité par rapport aux témoins concernant la souffrance ni l'inhibition. Les personnalités de types borderline ont fait l'objet de plusieurs études, uniquement observationnelles, dont un article (49) portant sur MBCT. Il met en évidence une amélioration de l'attention, de la conscience et de la dissociation, avec un taux d'abandon élevé. Dans l'état actuel des études, mieux vaut en rester à la DBT qui a fait ses preuves.

Alors qu'un essai ouvert (50) avait montré, chez des anciens combattants pratiquant MBSR, une amélioration des symptômes liés à **l'état de stress post traumatique** dont ils souffraient, un essai randomisé récent (51) a été mis en place qui n'a pas mis en évidence d'amélioration significative des symptômes.

Les **troubles obsessionnels compulsifs** et les **troubles de l'attention et du comportement** ont été exclus en l'absence d'essai randomisé contrôlé. Cependant je souhaite signaler l'existence d'études méritant des recherches ultérieures. Les troubles obsessionnels sont étudiés dans une étude contrôlée (52) portant sur un petit échantillon de 17 étudiants et retrouvant une amélioration des symptômes spécifiques, du lâcher prise, de la conscience et de la fusion action/pensée. Les troubles de l'attention et du comportement ont fait l'objet d'un essai ouvert chez des adolescents (53) montrant une diminution des problèmes d'attention et de comportement et une amélioration des fonctions exécutives.

11. Chez les patients présentant une PLAINTÉ DOULOUREUSE

La douleur chronique, quelque soit son étiologie, est entretenue par la souffrance qui l'accompagne et est de prise en charge délicate pour le médecin généraliste. J'ai choisi de l'étudier à part sans m'attacher vraiment à ses étiologies, qu'elle soit basée sur un substrat organique ou non, car la douleur mêle aspects physiques et psychologiques.

Une méta-analyse (54) portant sur 22 études (9 ECR dont 5 concernent MBSR, 5 nECR, 8 ouvertes) a étudié l'efficacité des différentes thérapies basées sur l'acceptation et la pleine conscience (MBSR, MBCT et ACT) dans les douleurs chroniques. Toutes thérapies confondues, l'effet est significatif bien que faible pour diminuer l'intensité de la douleur, ainsi que la dépression, l'anxiété, la qualité de vie, et le bien-être physique, en comparaison aux tests de départ. Ces résultats sont en cohérence avec deux revues de la littérature (55,56) qui soulignent que MBCT peut prendre toute sa place pour diminuer la douleur dans un contexte

de dépression récurrente, où son effet semble potentialisé. Cependant l'absence de supériorité par rapport à des groupes contrôles actifs autres que la relaxation (massage, groupe de support) ne permet pas de conclure quant à une efficacité de *mindfulness* pour diminuer l'intensité de la douleur ou les symptômes dépressifs associés. Ni MBSR ni ACT n'ont pu montrer de supériorité par rapport à la TCC classique, qui reste la thérapie de référence dans ce domaine étant donné l'abondance de littérature prouvant ses effets (57). Les résultats étaient maintenus dans le temps jusqu'à 6 mois dans le groupe MBSR alors que le suivi des groupes témoins n'était pas forcément réalisé.

Deux essais randomisés récents doivent être ajoutés. Si aucun d'entre eux n'a montré de supériorité par rapport au groupe contrôle (traitement habituel, programme d'intervention multidisciplinaire), l'un (58) met en évidence une amélioration de la santé mentale et de l'humeur avec l'impression de mieux gérer la douleur. L'autre (59) rapporte une diminution de l'intensité de la douleur et de la souffrance liée à la douleur.

Une étude observationnelle (60) de 133 patients ayant suivi le programme MBSR détaille les résultats en fonction de l'étiologie de la douleur. En cas d'arthrite, de douleur rachidienne ou de l'existence de plus d'une comorbidité douloureuse, la diminution de l'intensité de la douleur et de la limitation fonctionnelle liée à la douleur sont significatives. Les patients souffrant d'arthrite rapportent aussi une amélioration de la qualité de vie et de la souffrance psychologique plus importante. C'est pour les céphalées et la fibromyalgie que les améliorations sont les plus faibles.

Les **lombalgies chroniques** ont été étudiées spécifiquement dans une revue de la littérature (61) portant sur 3 essais randomisés. Celle-ci met en évidence une amélioration de l'acceptation de la douleur par rapport au traitement habituel ou à un groupe multidisciplinaire d'éducation à la santé. Pris individuellement, les articles identifient des bénéfices sur l'intensité de la douleur, l'incapacité, le fonctionnement psychologique, la qualité de vie, la limitation fonctionnelle, la consommation d'antalgiques, la qualité du sommeil, par rapport aux tests initiaux. La supériorité de MBSR en ce qui concerne l'intensité de la douleur et le handicap lié aux lombalgies n'a pas été établie.

Concernant **la fibromyalgie**, une méta-analyse parue en 2012 (62), analysant 4 essais randomisés, est venue bouleverser les quelques études qui avaient montré un bénéfice potentiel de MBSR dans cette indication, concluant qu'elle n'était pas recommandée en monothérapie ni pour diminuer la douleur ni pour améliorer la qualité de vie. Cependant la négativité de ces résultats est accentuée par l'exigence méthodologique des auteurs par rapport au petit nombre d'études et à leur faiblesse méthodologique. Deux revues de la

littérature (63,64), avaient annoncé des résultats plus positifs en incluant des études observationnelles.

12. Chez les patients présentant une PLAINTÉ SOMATIQUE

La méditation de pleine conscience a également fait l'objet d'études incluant des patients souffrant de pathologies organiques avérées, et ce dès l'initiation du programme de réduction du stress MBSR.

a. Cancérologie

Au sein des pathologies somatiques, c'est en cancérologie que la méditation de pleine conscience a été la plus largement étudiée. Le diagnostic de cancer représente un choc existentiel, source de souffrance profonde, dont découlent des symptômes psychologiques tout au long de la maladie accompagnés souvent d'une quête de sens à laquelle la méditation de pleine conscience peut répondre. J'ai inclus 6 méta-analyses et 9 revues de la littérature traitant de ce sujet et dont les résultats sont superposables à la 1^{ère} méta-analyse réalisée en 2009 (65). Celle-ci réunit 10 articles évaluant MBSR (4 ECR, 1 nECR et 5 ouverts) et montre une amélioration de la santé mentale avec un effet de taille moyenne portant sur l'anxiété, le stress, l'asthénie, l'humeur et le sommeil. Elle n'a pas permis de mettre en évidence d'amélioration significative de la santé physique ni de l'adaptation psychosociale à la maladie. Cependant l'effet sur les symptômes physiques a probablement été sous-évalué du fait du bon état général des patients inclus, souffrant pour la plupart d'un cancer du sein peu évolué. De plus les études évaluant l'impact sur la santé physique comptaient peu de patientes. Les auteurs précisent l'intérêt que représente MBSR en tant qu'aide clinique auto administrée, c'est-à-dire comme stratégie complémentaire pour que le patient s'aide lui-même.

Dans la même veine, la méta-analyse (66), publiée en 2011 (19 articles dont 5 randomisés) pose la pratique de MBSR en outil utile dans le cadre de la prise en charge globale des patients souffrant d'un cancer en montrant que cette technique favorise une meilleure qualité de vie et soulage les symptômes psychologiques vis-à-vis de l'humeur et de la souffrance émotionnelle. Selon certaines études incluses, la méditation aide les patients à s'ajuster aux défis associés au diagnostic de cancer.

La méta analyse de 2012 (22), montre également une amélioration des symptômes d'anxiété et de dépression, ainsi qu'une présence plus consciente. Parmi les études incluses, certaines mettent en évidence une amélioration de la qualité de vie, du bien être, des symptômes liés au stress, des symptômes physiques et des symptômes d'évitement post traumatiques ou une augmentation des idées positives.

Deux méta-analyses et une revue de la littérature ont porté uniquement sur des patientes atteintes d'un cancer du sein, et ont évalué l'effet de MBSR sur la santé mentale (67) ou globale (68,69). Leurs résultats sont superposables avec une amélioration de la dépression et de l'anxiété et des symptômes qui leur sont associés, ainsi que du stress perçu. Des bénéfices sont également mis en évidence dans ces études pour ce qui concerne les stratégies adaptatives, la souffrance, la résilience, la gestion des émotions et la peur de la rechute. Les bénéfices décrits concernent également les difficultés sexuelles (70).

Les études comparant plusieurs modalités de thérapies complémentaires afin d'améliorer la qualité de vie de ces patients (yoga, méditation, homéopathie, techniques énergétiques, qigong, acupuncture, aromathérapie, hypnose, massage, relaxation.) (71–73), ne permettent pas d'en conseiller une plutôt qu'une autre mais soulignent les effets de MBSR, notamment pour diminuer l'anxiété et la dépression de patients en soins palliatifs.

Deux essais randomisés récents concernent des femmes atteintes d'un cancer du sein en cours de traitement ou en rémission (74,75) et montrent une amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale.

Une des limites chaque fois soulevée par ces revues est le biais de sélection : les patients souffrant de cancers du sein (ou de la prostate), étaient en bon état général, ce qui rend difficile la généralisation des résultats.

Hypertension artérielle (HTA)

Une revue de littérature (76) parue en 2012 évalue, à travers 4 essais randomisés, la méditation chez des patients hypertendus ou pré-hypertendus ayant expérimenté MBSR. Une amélioration significative de la tension artérielle systolique ou diastolique est mise en évidence par rapport à des programmes contrôles d'éducation thérapeutique divers. Dans un seul essai, la significativité n'a pas été atteinte. L'effet est faible mais les auteurs concluent à un possible rôle de la technique, seule ou en complément des traitements médicamenteux en traitement et en prévention de l'HTA. L'effet est plus important lorsque la tension artérielle de base est élevée. Un essai randomisé paru en 2012 (77) vient confirmer cet effet, permettant une diminution significative de la tension artérielle diastolique de 16 mmHg et systolique de 21 mmHg, chez des personnes âgées hypertendues. Cette étude atteste également de la faisabilité du programme quelque soit le niveau socio-culturel car il a été entrepris chez des personnes âgées à faibles revenus.

Rhumatologie

Une revue de la littérature narrative (78) fait état en 2012 du potentiel de la méditation en

pleine conscience en rhumatologie de par son effet sur les douleurs chroniques, sur la santé mentale au cours de maladies chroniques et sur le système immunitaire (effet non détaillé car je n'ai étudié que des critères cliniques).

Une revue de la littérature (79) étudiant différentes thérapies psychosociales en rhumatologie a présenté deux essais randomisés contrôlés concernant la polyarthrite rhumatoïde. L'un (80) compare la méditation et la TCC sans pouvoir déterminer de supériorité. Les patients ayant des antécédents de dépression semblent plus bénéficier de l'intervention de *mindfulness*. L'autre (81) montre une diminution de la souffrance psychologique et une majoration du bien-être global maintenue à 6 mois. La douleur et les symptômes sont mieux gérés jusqu'à 1an après le traitement, et est notée une amélioration du processus d'adaptation émotionnelle, de l'asthénie, de la capacité à gérer sa maladie et de la présence. Les auteurs ne concluent pas de façon ferme quant à l'effet de *mindfulness* dans cette indication en raison de petites discordances entre les deux études concernant les délais d'efficacité. Un autre essai randomisé a été publié en 2012 (82) et retrouve des résultats similaires intéressant la souffrance psychologique et l'asthénie. Aucun essai ne met en évidence d'impact sur l'évolutivité de la maladie ni sur l'intensité de la douleur.

Séropositivité au VIH

L'effet de MBSR a été évalué chez des patients infectés par le VIH. Parmi trois essais randomisés contrôlés récents, l'un (83) observant la participation cognitive et affective des patients, montre une diminution de l'évitement des pensées liées à la maladie, processus connu pour favoriser dépression, anxiété et conduites addictives. Y étaient associés une majoration des émotions positives et de la prise de conscience de son ressenti de curiosité et de prise de distance. Un des trois autres essais (84) a étudié les effets secondaires du traitement antirétroviral et observe une réduction de la fréquence des symptômes attribuables au traitement ainsi que de la souffrance associée à ces symptômes jusqu'à 3 mois après la fin du programme. L'effet sur l'observance n'était pas significatif, tout comme l'effet sur les symptômes non attribuables au traitement et les symptômes psychologiques. Ceci serait lié à la sélection des patients se plaignant de symptômes liés aux traitements et certainement moins attentifs aux autres symptômes. Le 3^{ème} essai (85) retrouve une amélioration des symptômes physiques et psychologiques confondus par rapport à un programme d'éducation et d'accompagnement jusqu'à un an après la thérapie.

Autres pathologies organiques

D'autres pathologies organiques, parfois lourdes, ont fait l'objet d'études isolées dont les

résultats sont prometteurs et méritent d'être cités même s'ils ne suffisent pas à recommander la méditation en tant que thérapeutique spécifique.

Un essai randomisé contrôlé (86) a évalué l'efficacité de MBSR sur le **psoriasis** chez des patients sur le point de débiter un traitement par photothérapie. Les patients ont suivi le programme, sur un support audio durant les séances de photothérapie et ont atteint significativement plus rapidement les niveaux de réponse de « disparition de moitié » ou « complète » des lésions.

Des patients receveurs d'une **greffe d'organe solide** (rein, rate/pancréas, foie, cœur ou poumon) ont fait l'objet de 3 essais dont un randomisé contrôlé (87) évaluant MBSR en comparaison à un programme d'éducation à la santé. L'amélioration de l'anxiété et des troubles du sommeil est significativement plus importante avec MBSR et maintenue à 1 an. Des bénéfices sont également établis sur la dépression et la qualité de vie. La diminution du niveau de stress pourrait avoir un intérêt dans la prévention des rejets mais ceci reste une hypothèse à prouver.

150 patients souffrant de **sclérose en plaque** type rechuteur/répondeur ou secondairement progressive ont participé à un essai randomisé contrôlé (88). Six mois après la fin du programme, la qualité de vie sur le versant psychologique était significativement améliorée, ainsi que la dépression et la fatigue. Cet essai, malheureusement unique, ouvre la voie pour proposer une thérapie d'accompagnement au cours de cette pathologie lourde.

Un essai randomisé (89), proposé à des patients **insuffisants cardiaques** avec une fraction d'éjection inférieure à 40% et un traitement de la dépression basé sur la pleine conscience a montré une diminution significative de l'anxiété et de la dépression ainsi qu'une amélioration des scores cliniques et symptômes de déficience cardiaque, sans effet sur la mortalité ni sur le taux d'hospitalisation à 1 an. Cet article a été repris dans une revue de la littérature (90) traitant de la prise en charge de la dépression chez ces patients particulièrement sensibles aux interactions médicamenteuses et pouvant potentiellement bénéficier de thérapies complémentaires non médicamenteuses. Malgré quelques résultats positifs, l'absence d'études de supériorité par rapport aux antidépresseurs n'autorise pas les auteurs à conclure. Un autre essai randomisé a été mené chez des patients porteurs d'une **coronaropathie** ayant été symptomatique dans l'année (91). La participation à MBSR a permis une amélioration de l'anxiété, de la dépression, du stress perçu et de la tension artérielle avec un effet maintenu à 3 mois post intervention.

Deux essais randomisés concernant des **patients diabétiques** ont mis en évidence une amélioration de la qualité de vie relative à la santé et de la dépression. L'un, a été réalisé chez

des patients diabétiques de type 2 (92) qui en tirent des bénéfices jusqu'à un an post intervention. L'autre portant sur des patients diabétiques de type 1 ou 2 manifestant un mal être émotionnel (93), a montré en plus une diminution de la souffrance émotionnelle en rapport avec le stress perçu et l'anxiété, mais pas sur la souffrance liée au diabète.

Une étude randomisée réalisée chez des patients présentant un **asthme** persistant léger à sévère (94) a comparé MSBR et un stage d'éducation à la santé « vie saine ». MBSR a permis une amélioration significative du stress perçu et de la qualité de vie spécifiquement liée à l'asthme (limitation des activités, symptômes, fonctionnement émotionnel, exposition à l'environnement sans qu'il n'y ait d'amélioration de la maladie (fonction respiratoire, nombre de patients ayant un asthme bien contrôlé). La **prévention des infections respiratoires** hautes et basses (95) a été observée sur 1 an en comparaison à de l'exercice physique ou une liste d'attente. Le nombre et la sévérité des infections respiratoires ont été diminués de façon significative, ainsi que le nombre de jours d'arrêt de travail (mais pas le nombre de consultations). L'étude (96), réalisée chez des patients présentant une toux chronique n'a pas été concluante, tout comme celle portant sur la broncho-pneumopathie obstructive chronique (97).

Le **syndrome post commotionnel**, apparaissant dans les suites d'un traumatisme crânien peut se manifester par différents symptômes : céphalées, troubles de l'équilibre, asthénie, changement de la personnalité (irritabilité, dépression). Un essai randomisé contrôlé (98) retrouve une amélioration des tests neuropsychologiques et de la fatigabilité mentale suite à MBSR chez des patients ayant eu un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien, avec peu de séquelles.

Un essai randomisé contrôlé (99) a évalué MBSR pour l'adaptation aux **bouffées de chaleur liées à la ménopause** chez 110 patientes. La diminution de la gêne occasionnée par les bouffées de chaleur et sueurs nocturnes a été significative, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie, de la qualité du sommeil, de l'anxiété et du stress.

Une étude a été menée chez des patients souffrant d'**épilepsie** depuis plus d'un an associée à des symptômes dépressifs (100). MBCT a été dispensée par internet ou par téléphone et a permis une diminution des symptômes dépressifs par rapport aux témoins, sans supériorité entre les supports internet et téléphone.

Plaintes à expression somatique

La prise en charge des pathologies à expression somatique (fibromyalgie, troubles fonctionnels intestinaux...) sans substrat organique objectivable est souvent coûteuse, met en

jeu des investigations répétées et des traitements ciblés peu efficaces. Ceci aboutit à des frustrations pour le médecin généraliste, face à des patients rarement satisfaits. Cependant les essais menés pour étudier l'effet de la méditation de pleine conscience sur ces troubles, sont très mitigés. Un essai randomisé (101) a inclus des patients présentant des plaintes multiples, concernant au moins 3 organes depuis plus de 2 ans (principalement syndrome fibromyalgique et de fatigue chronique). La thérapie a diminué le nombre de patients percevant une pension d'invalidité. Une autre étude (102) a été réalisée avec des patients souffrant de symptômes inexplicables et rapporte un meilleur fonctionnement mental vis-à-vis de la vitalité et de l'activité sociale en post intervention. Ces deux études ne mettent en évidence aucun impact sur l'état de santé global.

Deux essais randomisés ont étudié MBSR chez des patientes souffrant de **troubles fonctionnels intestinaux** (103,104) et diminuent significativement la sévérité des symptômes jusqu'à 6 mois post intervention, par rapport à un contrôle actif (groupe de support) ou inactif. L'un retrouve également une amélioration de la qualité de vie, de la souffrance psychologique et de l'anxiété viscérale. Certaines études (105) font état du même programme dispensé sur internet. Le **syndrome de fatigue chronique** ou encéphalopathie myalgique a été étudié dans un essai (106) qui retrouve une diminution de la fatigue avec MBCT par rapport aux témoins chez des patients ayant déjà été traités par TCC. La fibromyalgie est traitée dans le chapitre sur les douleurs chroniques (page 21).

DISCUSSION : Applicabilité en médecine générale

1. Synthèse des résultats :

Intérêts de la méditation de pleine conscience

La méditation de pleine conscience a fait ses preuves pour réduire l'anxiété, la dépression et le stress et améliorer la santé mentale et le bien-être, chez des patients présentant des pathologies très diverses, psychiatriques ou somatiques.

Son effet est toujours d'autant plus marqué que les patients présentent au départ un niveau d'anxiété ou de dépression élevé.

La méditation a montré des bénéfices spécifiques en psychiatrie pour la prise en charge des troubles anxieux et en prévention des rechutes du syndrome dépressif chez les patients ayant déjà fait au moins trois épisodes antérieurs, avec une réduction possible des traitements antidépresseurs en entretien et une diminution des symptômes dépressifs résiduels. Trois

hypothèses ont été avancées pour expliquer la modulation de l'effet de MBCT par le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs : l'expérience dépressive requise dans la construction d'associations entre cognition dépressive et humeur triste, la différence entre dépression réactionnelle et endogène, et une moindre motivation chez des patients se sentant moins malades. Cette thérapie présente aussi un intérêt pour la prise en charge des addictions, des troubles du comportement alimentaire, de la sexualité, du sommeil et des troubles psychotiques.

Egalement étudiée dans un contexte somatique, l'objectif de l'intervention est alors d'accompagner les patients au cours de leur pathologie en diminuant les symptômes psychologiques associés et d'améliorer la qualité de vie, l'acceptation de la maladie, ainsi que le vécu et le positionnement du patient par rapport à sa pathologie. Une méta-analyse (107) considérant toutes les pathologies somatiques confondues révèle d'ailleurs une amélioration de la dépression, de l'anxiété et de la souffrance psychologique. La méditation de pleine conscience a toute sa place pour l'accompagnement des patients souffrant de cancer. Des études convergentes ont montré un intérêt significatif chez les patients souffrant d'hypertension artérielle (seule pathologie organique profitant spécifiquement de la méditation en curatif), d'affections rhumatologiques ou cardiologiques ou traités pour le VIH. Des études positives plus isolées ont marqué l'accompagnement de patients souffrant de sclérose en plaque, de psoriasis, d'asthme, de diabète, et de désagréments liés à la ménopause. La méditation aurait également un rôle à jouer en complément des autres thérapeutiques pour soulager les douleurs chroniques.

La spécificité de la méditation de pleine conscience sur les pathologies somatiques n'est pas prouvée, néanmoins des bénéfices apparaissent en tant qu'accompagnement dans la chronicité de ces pathologies et de leur traitement.

Afin de synthétiser l'effet de la méditation de pleine conscience et son application en médecine générale, j'ai proposé en **annexe 1** (page 37) une fiche d'information décrivant la technique et ses indications et proposant des références permettant d'approfondir ce sujet.

La méditation de pleine conscience présente donc un intérêt à être intégrée à la pratique de médecine générale étant donné la diversité des indications pour lesquelles elle a montré des bénéfices, leur prévalence en soin primaire et les difficultés de prise en charge qu'elles représentent. En effet des pathologies comme la dépression, les troubles anxieux, le cancer, les douleurs chroniques ; sont fréquentes en soin primaire. Elles posent des problèmes d'observance de traitements ou de règles hygiéno-diététiques sur le long terme, des difficultés pour maîtriser certains symptômes résiduels et parfois psycho-somatiques, des demande de

réponse à des questionnements existentiels sur le « pourquoi » de la maladie, des difficultés d'acceptation de situations diverses. Et le médecin généraliste peut trouver dans cet outil qu'est la méditation un nouvel angle d'approche pour certains de ses patients. Ceci est particulièrement bienvenu dans le contexte actuel, alors qu'à la fois les médecins et les patients sont dans une démarche de prescription ou de prise médicamenteuse minimale et que le mal être est au cœur de nombreuses consultations.

MBSR entraîne aussi une diminution significative du stress par rapport aux groupes contrôles pour des patients présentant des troubles divers. Les effets potentiellement délétères du stress chronique sur la santé et les capacités cognitives sont maintenant admis (Lupien, 2009, Epel 2004). Ceci suffit à justifier l'intérêt à porter au stress, tant pour le confort que pour la santé de nos patients.

Certes cette technique n'a pas toujours montré d'effets objectivables selon nos critères d'évaluation habituels. Mais elle apporte autre chose, en complément des traitements habituels, dont la mise en évidence est plus subtile. L'acceptation et le respect de soi touchent une part de l'être mal quantifiable et néanmoins vitale. Alors que tout médecin est parfois démuni dans certaines situations, MBS peut représenter une opportunité de mieux être proposée à ses patients.

Il convient de noter qu'aucune étude n'a signalé d'effets délétères liés au programme, bien que cet aspect soit rarement mentionné. Ceci permet de proposer cette technique complémentaire sans arrière-pensée ni contre-indication formelle.

13. Force et limites de mon travail

Ce travail offre une étude approfondie et un balayage large des différentes situations dans lesquelles la méditation de pleine conscience a été étudiée, appuyé sur un grand nombre d'articles. La finalité de ce travail est concrète, puisqu'il a mené à l'élaboration d'une fiche pratique destinée à l'information des médecins généralistes et de leurs patients (**annexe 1** page 37). Cet outil permettra de faire découvrir cette thérapie et de la proposer aux patients. L'originalité de mon travail repose sur l'étude des différents effets possibles de la méditation dans des groupes de patients homogènes, j'ai pris en considération autant les effets sur la santé physique et psychologique que sur la qualité de vie ou le bien être, puisque le médecin généraliste ne souhaite pas se limiter à traiter des symptômes.

La principale limite de mon travail est représentée par les limites des différentes études.

Celles-ci sont homogènes, raison pour laquelle je les présente ici de façon globale et ont été décrites dans un article spécifique (108). La principale limite est le petit nombre d'essais disponibles pour chaque indication et leur qualité parfois médiocre. L'échantillon de patients inclus est souvent insuffisant. L'interprétation des résultats n'est pas toujours en intention de traiter. Peu d'essais ont pour contrôle le traitement de référence, ou un traitement actif ce qui ne permet pas de déterminer les effets spécifiques de la pleine conscience. L'hétérogénéité des interventions mises en œuvre et des populations étudiées représente également une limite dans l'évaluation de la spécificité de la technique. L'évaluation des résultats est souvent faite sur des questionnaires d'auto évaluation et non sur des mesures objectives. Les populations sont rarement décrites en détail : type, stade, évolutivité de la pathologie, traitements en cours. La constatation d'un taux d'abandon parfois élevé n'est jamais explorée, ce qui ne permet pas d'en comprendre les raisons ni les freins à la pratique méditative. Les populations explorées, quasi exclusivement anglo-saxonnes, n'ont pas forcément les mêmes attentes de soulagement. Les résultats ne sont donc pas totalement extrapolables à la population française.

Les critères évalués portent souvent sur l'efficacité vis-à-vis d'un symptôme alors que cette pratique concerne aussi et surtout la prise de liberté possible par rapport à ce symptôme, certains effets sont peut être occultés. On pourrait ajouter aux critères de jugement la santé des aidants, les facteurs modérateurs d'efficacité, déterminer l'effet dose, la fréquence et durée de la pratique personnelle en post intervention. Les effets à long terme restent également à évaluer.

De plus, certaines inconnues ne sont jamais évaluées : la compliance aux exercices quotidiens à faire à la maison, leur durée, la spécificité de l'intervention, le stade de la maladie lorsqu'il s'agit de pathologies cancéreuses.

14. Comment l'intégrer à une activité de médecine générale ?

Nous l'avons vu, dispenser cette technique nécessite une formation longue n'étant que peu proposée en France et une implication personnelle profonde, hors du domaine de compétence du médecin généraliste. Cette thérapie pourrait donc s'intégrer à la pratique, en tant que prescription faite par le médecin pour adresser le patient à un thérapeute spécialisé. L'accessibilité reste un frein majeur à la diffusion de cette pratique, étant donné le peu de thérapeute la proposant et son coût (environ 400 euros pour le programme de 8 semaines). 78 thérapeutes sont référencés en France dans l'annuaire de l'*Association pour le Développement de la Mindfulness* et répartis de façon très inégale sur le territoire. Cependant cette thérapie efficace, brève et pratiquée en groupe, serait une solution intéressante en terme

démographique si elle était introduite dans des structures médico-psychologiques.

Il me semble également intéressant de noter l'existence de techniques dégradées de méditation de pleine conscience sur différents supports : livre, internet, DVD, CD. Au lieu d'être en la présence physique d'un thérapeute, le patient suit son programme quotidiennement sur un de ces supports de façon autonome. Ceci peut résoudre le problème de l'accessibilité. Le peu d'études ayant fait état de techniques dégradées sont prometteuses quant au maintien de leur efficacité malgré l'absence physique de thérapeute (86).

L'abondance d'études portant sur des patients de soin primaire atteste de la faisabilité de cette technique dans ce contexte. La compliance est variable, cependant une étude portant sur 784 patients ayant suivi MBSR montre que seulement 24% ne sont pas allés au bout du programme, ce qui est acceptable (109).

A quels patients la proposer ?

Les études qualitatives évaluant la méditation de pleine conscience attestent pour la plupart d'un haut niveau de satisfaction des patients vis-à-vis de la technique. Cependant les a priori sont nombreux envers la méditation dans notre société et la représentation qu'en a le grand public (new age, mysticisme, pratique sectaire) pose malgré tout la question de l'acceptabilité par les patients ainsi que par les médecins (110). Ces peurs peuvent être mises en miroir avec la difficulté pour certaines personnes d'afficher un suivi psychothérapeutique et qui auraient parfois moins de complexe à faire du yoga ou de la méditation. Il revient donc au médecin de sentir le mode de fonctionnement de son patient, pour l'orienter ou non vers ce type de technique.

Au premier abord, une telle thérapie semble comporter des notions difficiles à comprendre, ce qui pourrait paraître une limite à son utilisation en médecine générale où des patients de tous milieux se côtoient. L'expérience a pourtant été menée en milieu carcéral (111), chez des patients à faibles revenus ou vivant dans des quartiers défavorisés (77) et chez des patients présentant une déficience mentale (46), avec des résultats positifs. Cela remet en question l'idée qu'un niveau socio-économico-culturel soit requis pour en attendre des bénéfices. Ceci s'explique par le fait que toute la pratique est basée sur l'expérience directe de ce qu'on ressent sans passage par l'intellect.

Il ne semble pas y avoir non plus de limite d'âge. Une revue de la littérature s'est intéressée aux études portant sur les jeunes de moins de 18 ans (112) et montre une amélioration de

l'anxiété et du comportement social. Un essai randomisé réalisé chez des enfants (113) montre qu'ils adhèrent bien au programme et améliorent leur symptomatologie anxio-dépressive. Un autre concernant des adolescents (114) montre que MBSR entraîne une diminution du nombre de patients ayant un diagnostic psychiatrique ainsi qu'une amélioration du fonctionnement global. De la même façon, trois essais randomisés ont concerné des personnes âgées : deux sont détaillés dans mon travail (lombalgie p. 22 et HTA p.25), l'autre (115) atteste de la faisabilité de MBSR dans cette population en montrant une diminution du sentiment de solitude.

Le médecin sélectionnera donc plus les patients sur leur motivation car cette intervention requiert une implication importante de leur part pour pratiquer quotidiennement. De ce fait et compte tenu du caractère parfois rebutant de l'introspection, le taux d'abandon est souvent élevé. Quand bien même, le patient peut réutiliser l'outil, même après la fin du programme guidé. La sélection des patients se fait aussi sur leur capacité à accueillir des changements dans leurs schémas de pensée, sans qu'ils se positionnent forcément dans l'attente de la guérison mais plus dans une attitude d'ouverture à ce qui se passe en eux. En effet, notamment dans le contexte de pathologies somatiques, preuve n'est pas faite de l'amélioration de symptômes physiques, ou de répercussions sur l'évolutivité de la maladie. Les patients doivent en être conscients.

Dans plusieurs études on note un impact de la sévérité de la symptomatologie psychologique à l'inclusion. C'est à dire que l'effet de la méditation serait plus important chez des patients présentant une symptomatologie dépressive ou anxieuse de base plus parlante, et qui seraient donc les meilleurs candidats.

Il n'y a pas de contre-indication formelle à cette pratique, cependant les patients souffrant de pathologies psychiatriques décompensées doivent bénéficier d'un avis spécialisé autorisant la thérapie.

15. Quelle conception du soin cette approche véhicule-t-elle?

La demande actuelle de certains patients, qu'ils n'osent d'ailleurs pas toujours confier à leur médecin, est une piste pour apprendre à se comprendre plutôt que de se limiter au traitement des symptômes au coup par coup. De même, au cours de maladies graves, les patients se tournent volontiers vers des thérapies complémentaires non médicamenteuses. En cela cette approche correspond tout à fait à la version moderne et évolutive des soins primaires qui

consiste à redonner au patient les outils pour puiser dans ses ressources profondes et lui permettre de reprendre son autonomie vis-à-vis de la maladie. C'est un pas de plus vers la médecine participative : « le médecin met sur la table les ressources dont il dispose, et le patient les siennes » (Kabat-Zinn, 2000). Cette aide clinique auto administrée (« self help therapy » en anglais) représente un intérêt comme stratégie pour s'aider soi-même et reprendre sa vie en main à travers sa santé. Loin de s'opposer aux traitements habituels, elle permet d'y ajouter un moyen pour les patients de retrouver leur sécurité et leur identité intimes plutôt que de dépendre d'un thérapeute et de tout attendre du médecin qui « sait ». C'est une technique que le patient peut s'approprier pour se donner les moyens d'accepter les événements de vie qu'il subit et les traverser avec plus de sérénité tout en disposant d'un outil qu'il peut utiliser à tout moment.

Les études communément menées évaluent des critères souvent restreints portant sur l'efficacité vis-à-vis d'un symptôme alors que cette pratique concerne aussi et surtout la prise de liberté possible par rapport à ce symptôme. Prenons l'exemple des douleurs chroniques. La réduction de l'intensité de la douleur n'est certainement pas le seul indicateur de l'amélioration de ces patients et probablement pas celui sur lequel la méditation est la plus efficace. Parfois d'intensité modérée, la douleur est cause de souffrance importante dans la durée. La *mindfulness* ne modifie pas de façon spectaculaire la perception douloureuse mais apporte des bénéfices à la relation entre le patient et ses symptômes et donc au mieux-vivre du patient. Ceci est cohérent avec le principe de présence : ne pas se tourner vers la réduction d'un symptôme mais vers la façon de faire l'expérience des processus et contenus mentaux, pour aller vers une meilleure acceptation des inévitables aléas de la vie. Cette technique invite le patient à accepter ses douleurs sans élaboration mentale, pour maintenir la fonction aussi loin que possible. Cependant les études s'intéressant à l'impact de la douleur sur la vie quotidienne, ne sont pas assez nombreuses pour être évaluées alors qu'elles pourraient donner des arguments supplémentaires de prescription.

16. Perspective, ouverture

Plusieurs situations non cliniques, c'est-à-dire hors contexte de pathologie vraie, entrant dans le champ d'action du médecin généraliste ont pu bénéficier de la méditation de pleine conscience. Etant donné le nombre et la diversité des études concernées, ce sujet mériterait un travail à part entière. Deux méta-analyse (116,117) ont évalué l'effet de MBSR en population générale et concluent à une diminution significative du stress par rapport aux groupes contrôles alors qu'au cours de nombre de consultations de médecine générale, les patients

abordent leur mal-être, leur stress ou leurs soucis.

Dans le contexte de la périnatalité, une revue narrative (118) évoque aussi l'intérêt de la pleine conscience pour limiter les douleurs lors de l'accouchement et prévenir la dépression du post partum chez les parents. Pendant la grossesse, (119) cette thérapie pourrait permettre de gérer les difficultés ou inconforts psychologiques sans avoir recours aux traitements médicamenteux, et pour accueillir ce bébé le plus sereinement possible. En post-partum (120), cela pourrait aussi permettre d'améliorer les capacités liées à l'instinct maternel, les capacités d'observation, d'absence de jugement.

Chez des personnes non professionnelles accompagnant un proche souffrant de démence, deux essais randomisés (121)(122) montrent une efficacité de MBSR, notamment pour améliorer la sensation d'efficacité personnelle et améliorer la santé mentale globale des aidants.

Plusieurs articles relatent aussi le vécu de soignants pratiquant quotidiennement la méditation de pleine conscience, parfois en équipe de soin. C'est une piste à explorer pour prévenir le burn out (123). A la diminution du stress, s'ajouteraient une disponibilité accrue envers les patients associée à une diminution de la fatigue émotionnelle et une meilleure efficacité globale (124).

Un grand intérêt réside dans l'évaluation des méthodes dégradées d'application de la pleine conscience, c'est à dire le fait de suivre le programme sur un support audio ou internet. Ceci rejoint la question de la bibliothérapie à l'heure où le succès des livres de développement personnel explose. Quelle place faire à la proposition de lecture ou de programme internet par le médecin généraliste ?

Conclusion :

La méditation de pleine conscience est une technique de médiation laïque appartenant à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales et dispensée sous forme d'un programme standardisé de huit semaines.

Cette revue de la littérature, réunissant 82 articles portant sur 25 888 patients, a mis en évidence une réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression par la méditation de pleine conscience chez des patients présentant des pathologies très diverses. Son intérêt a été particulièrement étayé en prévention des rechutes du syndrome dépressif, pour les troubles anxieux, pour l'accompagnement des patients porteurs d'une pathologie chronique comme le cancer et chez des patients douloureux.

La méditation présente un intérêt à s'intégrer en médecine générale étant donné la diversité des indications pour lesquelles elle a montré des bénéfices, la prévalence de ces pathologies en soins primaires et les difficultés multiples de prise en charge qu'elles représentent. Le médecin généraliste peut proposer la méditation à tout patient en situation de souffrance physique ou psychologique sans limitation d'âge et sans restriction sociale ni culturelle, pourvu que cette personne ait une volonté de changement, qu'elle soit prête à pratiquer quotidiennement et ait une certaine capacité d'introspection. Le médecin adresse alors son patient à un thérapeute certifié.

Il ne s'agit pas d'une démarche impliquant forcément un objectif de réussite thérapeutique vis-à-vis d'un symptôme, notamment en cas de plainte somatique, mais cette pratique concerne surtout la prise de liberté possible par rapport à ce symptôme. C'est une technique que le patient peut s'approprier pour se donner lui-même les moyens d'accepter les événements de vie qu'il subit et de les traverser avec plus de sérénité. Cet outil replace le patient au cœur du soin plutôt que sa pathologie, et offre au médecin une possibilité d'accompagnement, en complément des thérapeutiques habituelles, pour améliorer le bien-être de ses patients.

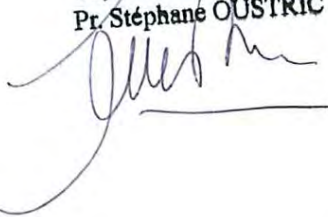
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan

J.P. VINEL



16.6.14

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



ANNEXES

1. Fiche pratique d'information sur la méditation de pleine conscience

A l'intention des médecins généralistes et de leurs patients.

La MEDITATION de PLEINE CONSCIENCE

Ce programme de méditation inspiré d'enseignements millénaires et totalement laïcisé permet de réduire le stress, l'anxiété et la dépression. Il offre la possibilité de se retrouver en paix avec soi-même dans l'acceptation de l'instant présent tel qu'il est, quelque soit la problématique médicale traversée.

Les programmes les plus courants sont le programme de réduction du stress (MBSR) et le programme de prévention des rechutes dépressives en contexte de dépression récurrent (MBCT). D'autres programmes ont été adaptés pour les patients souffrant d'addiction, de troubles du comportement alimentaire, etc.

Cette technique est dispensée par des thérapeutes certifiés,
En sessions de groupe de 2h30 hebdomadaires pendant 8 semaines
Avec nécessité de pratique personnelle quotidienne sur support audio.

Indications : c'est une thérapie d'accompagnement s'adressant à toute personne en situation de souffrance, ayant envie de changement prête à une certaine introspection.

Patients souffrant d'une pathologie psychiatrique : dépression, trouble anxieux, addictions,
Ou d'une pathologie chronique : cancer, hypertension artérielle, douleur chronique.

Ou personnes en situation de stress.

Et ce sans limitation sociale, culturelle ni d'âge.

Contre-indications nécessitant un avis spécialisé : épisode dépressif majeur en cours et intense, psychose décompensée.

Coût : environ 400 euros pour le programme de huit semaines.

Pour plus d'informations :

- <http://www.association-mindfulness.org> : Association pour le développement de la Mindfulness, regroupant l'annuaire des thérapeutes et les dates auxquelles sont dispensés les programmes dans toute la France.

- www.umassmed.edu : "Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society". Centre de certification de l'université du Massachusetts, berceau de la pleine conscience. Le site donne de nombreuses informations, en anglais.

- <http://www.epsm-lille-metropole.fr> Possibilité de tester la thérapie basée sur la pleine conscience en ligne gratuitement.

- Mind and Life Institute : conférences et rencontres entre philosophes, religieux et scientifiques sur les sciences contemplatives initiées par le Dalai Lama.

- Ouvrages de vulgarisation de Christophe André, psychiatre qui explique les mécanismes de cette thérapie et permet grâce à un CD d'en expérimenter la pratique : « Méditer pour ne plus déprimer » et « Méditer pour ne plus stresser » chez Odile Jacob.

2. Echelle d'attention et de pleine conscience

Traduction française de : **Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)**

Vous pouvez avoir une idée de votre prédisposition à la pleine conscience en répondant aux questions suivantes par : *Presque toujours*, *Très souvent*, *Assez souvent*, *Assez peu*, *Rarement*, ou *Presque jamais*.

1. Je peux vivre une émotion et ne m'en rendre compte qu'un certain temps après.
2. Je renverse ou brise des objets par négligence ou par inattention, ou parce que j'ai l'esprit ailleurs.
3. Je trouve difficile de rester concentré sur ce qui se passe au moment présent.
4. J'ai tendance à marcher rapidement pour atteindre un lieu, sans prêter attention à ce qui se passe ou ce que je ressens en chemin.
5. Je remarque peu de signes de tension physique d'inconfort, jusqu'au moment où ils deviennent criants.
6. J'oublie presque toujours le nom des gens la première fois qu'on me les dit.
7. Je fonctionne souvent sur un mode automatique, sans vraiment avoir conscience de ce que je fais.
8. Je m'acquitte de la plupart des activités sans vraiment y faire attention.
9. Je suis tellement focalisé sur mes objectifs que je perds le contact avec ce que je fais au moment présent pour y arriver.
10. Je fais mon travail automatiquement, sans en avoir une conscience approfondie.
11. Il m'arrive d'écouter quelqu'un d'une oreille, tout en faisant autre chose dans le même temps.
12. Je me retrouve parfois à certains endroits, soudain surpris et sans savoir pourquoi j'y suis allé.
13. Je suis préoccupé par le futur ou le passé.
14. Je me retrouve parfois à faire des choses sans être totalement à ce que je fais.
15. Je mange parfois machinalement, sans savoir vraiment que je suis en train de manger.

À chaque question si vous avez répondu par :

Presque toujours, comptez 1 point ;

Très souvent, comptez 2 points ;

Assez souvent, comptez 3 points ;

Assez peu, comptez 4 points ;

Rarement, comptez 5 points ;

Presque jamais, comptez 6 points.

Faites la somme de vos points et divisez par 9.

Vous obtiendrez, sur 10, votre score de prédisposition à la pleine conscience, d'autant meilleure que ce score sera élevé.

17. Tableau 1 : la méditation de pleine conscience en psychiatrie.

Population		Article Date	Méthodologie	n	Intervention/cont rôle	Recul (en mois)	Résultats effets sur :
Syndrome dépressif	En rémission, prévention des rechutes	Piet J. (10) 2011-08	Méta analyse 6 ECR	593	MBCT/divers	3 à 12	Diminution du risque relatif de récurrence/rechut e de 43% chez les patients ayant fait au moins 3 épisodes dépressifs antérieurs
	En rémission, symptômes résiduels	Britton WB (13) 2012-06	ECR	52	MBCT/témoin	0	-Diminution de la réactivité émotionnelle à l'anxiété sociale (TSST). -Diminution de l'anxiété anticipatoire (STAI)
	En rémission, symptômes résiduels	Geschwind N.(14) 2012-10	ECR	130	MBCT/TH	12	-Diminution des symptômes dépressifs résiduels (HRSD- 17, IDS) quel que soit le nombre d'épisodes antérieurs
	En rémission, symptômes résiduels	Geschwind N. (15) 2011-10	ECR	130	MBCT/témoin	1	-Augmentation des émotions positives (ESM) et de la capacité à les

						augmenter en faisant des activités agréables. - diminution des symptômes dépressifs résiduels
Phase aiguë et en rémission sous ATD	Bieling PJ. (16) 2012-06	ECR	84	MBCT/traitement antidépresseur/témoïn	18	-phase aiguë : diminution de la rumination et expériences plus variées qu'avec le traitement antidépresseur. -Phase de maintenance : augmentation de la capacité de gérer et observer les pensées et sensations (expérience questionnaire et TMS), diminution de la dépression
EDM persistant malgré 8 semaines de traitement antidépresseur	Chiesa A. (17)2012-08	ECR	18	MBCT/programme de psychoéducation	2	-diminution de la dépression (HAM-D) - augmentation du bien être psychologique et des émotions positives (PGWBI)
Phase aiguë	Manicavasgar V. (18) 2011-04	ECR	45	MBCT/TCC	12	-diminution des symptômes de dépression (BDI) et

						d'anxiété (BAI) sans différence vs TCC, et quelque soit le nombre d'épisodes antérieurs.
Phase aiguë, >=3 épisodes antérieurs, antécédent d'attitude suicidaire	Barnhofer T. (19) 2009-05	ECR	31	MBCT/TH	2	- diminution de la symptomatologie dépressive (BDI) de sévère à modérée - diminution du nombre de patients ayant les critères d'EDM (-6 vs -1)
Phase aiguë ou rémission, plus de 3 épisodes antérieurs	Van Aalderen JR. (20) 2012-05	ECR	205	MBCT/témoins	3	- amélioration de la symptomatologie dépressive (HRSD), en aiguë ou en rémission. - diminution des angoisses et de la rumination, augmentation de la présence (BDI)
Phase aiguë ou rémission, symptômes résiduels, antécédent de crise suicidaire	Crane C. (21) 2012-06	ECR	31	MBCT/témoin	0	- augmentation de l'élaboration d'objectifs de vie, de plan, et de l'envie de réaliser leurs objectifs importants, - modification du récit

							autobiographique (AMT), -diminution de la dépression (BDI)
Trouble bipolaire	En rémission sous traitement	Perich T. (23) 2013-05	ECR	95	MBCT/TH	12	Diminution de l'anxiété (STAI)
	En rémission, antécédent d'attitudes suicidaires	Williams JM (24) 2008-04	ECR	68	MBCT/TH	0	-diminution de l'anxiété en rémission. (BAI) - diminution des symptômes dépressifs résiduels (BDI)
Troubles anxieux	Variés	Vøllestad J. (25) 2012-09	Méta analyse 19 études dont 15 MBSR ou MBCT (4 ECR et 11 ouverts)	491	Interventions basées sur l'acceptation et la pleine conscience : MBSR, MBCT, ACT, DBT.	0-3	-diminution des symptômes d'anxiété (effet important 1,08) - diminution des symptômes dépressifs associés (effet important 0,85). -amélioration de la qualité de vie (effet important 0,65).
	Variés	Arch JJ. (26) 2013	ECR	105	MBSR/TCC	6	MBSR = TCC pour diminuer la sévérité des troubles anxieux. MBSR>TCC pour diminuer l'inquiétude (PSWQ), la dépression, les comorbidités

						émotionnelles
Variés	Vøllestad J. (27) 2011-04	ECR	76	MBSR/témoins	6	-diminution de l'anxiété (BAI, PSWQ, STAI) avec effet moyen à important (0,55-0,97) -diminution des symptômes dépressifs (BDI) avec effet important (Cohen 0,97).
Trouble anxieux généralisé	Hoge(28) 2013	ECR	89	MBSR/Stress Management Education (éducation à la gestion du stress)	0	-diminution de l'anxiété (BAI), -amélioration de l'impression clinique vis-à-vis de la sévérité (CGI) - diminution de la réactivité au stress (TSST) -amélioration du sommeil
Anxiété sociale	Jazaieri H. (30) 2012-05	ECR	56	MBSR/exercice physique aérobie	5	Pas de supériorité
Anxiété sociale	Koszycki(31) 2007	ECR	53	MBSR/TCC en groupe	3	Pas de supériorité
Angoisse PSWQ élevé	Delgado LC. (32) 2010-09	ECR	32	MF/relaxation	3	-amélioration de la perception et compréhension des émotions (TMMS) -amélioration de la dépression

Addictions	Substances diverses : alcool, poly-addiction, cannabis, tabac	Chiesa A. (33) 2014-01	Revue de littérature 21 études contrôlées dont 8 MBSR ou MBRP	1938	MBSR, MBRP, SSS thérapie, ACT, DBT, vipassana / témoins, groupe de soutien non spécifique ou intervention spécifique	0-24	Réduction de la consommation de différentes substances : alcool, marijuana, tabac et poly addictions
	Substances diverses	Zgierska A. (34) 2009-10	Revue de littérature 25 études dont 8 MBSR (1 ECR, 2 nECR, 5 ouverts)	992	MBSR, ACT, DBT / TH, témoins	3-12	-MBSR : Diminution des consommations par rapport au traitement habituel. -effet global sur la consommation, les comportements à risques, l'ajustement social et global. Effet positif pour stress, dépression, anxiété, dérégulation émotionnelle, stratégies d'évitement
Troubles du comportement alimentaire	Boulimie ou hyperphagie	Wanden-Berghe RG. (37) 2011-01	Revue de littérature 8 études ouvertes dont 4 MF	36	MF, ACT, DBT	0-6	-diminution de l'intensité et du nombre de crises, -diminution des préoccupations liées à la nourriture.
	Femmes aux comportements	Alberts HJ. (38) 2012-06	ECR	26	MBCT/témoins	0	-diminution des envies compulsives

	alimentaires perturbés : alimentation compulsive/émotionnelle, stress lié à l'alimentation, hyperphagie.						de nourriture et de la dysmorphophobie. -amélioration des émotions liées à la nourriture, du schéma corporel, du comportement alimentaire -plus efficace sur la boulimie
Troubles liés à la sexualité	Evaluation des nouveautés en sexologie	Althof SE.(39) 2010-01	Revue de littérature 2 études ouvertes concernent MF	37	MF	0	MF : amélioration de plusieurs aspects de la réponse sexuelle et diminution de la souffrance liée à la sexualité chez les patientes ayant des troubles du désir ou de l'excitation. Amélioration plus importante chez les femmes ayant été victime de violences sexuelles.
	femmes en couple, difficultés sexuelles, abus sexuel dans l'enfance	Brotto LA. (29) 2012	ECR	20	MF/TCC		Pour un même stimulus, excitation vécue de façon plus intense. Diminution de la souffrance liée à la sexualité MF=TCC.
Psychose		Chien WT (43)	ECR	96	MF/témoins	18	-amélioration du

		2013-04					fonctionnement, -diminution du nombre et de la durée des hospitalisations, -diminution de la sévérité des symptômes
		Langer ÁI. (41) 2012-01	ECR	18	MBCT/témoins	0	amélioration de la capacité de répondre en conscience aux événements internes stressants
		Chadwick P. (42) 2009-07	ECR	22	MF/témoins	5	Pas de différence concernant la souffrance
Troubles du sommeil		Winbush NY.(44) 2007-11	Revue de littérature 7 études	483	MBSR	3-12	4 ouvertes : amélioration des mesures de durée ou qualité du sommeil. 3 études contrôlées : différence non significative
	EDM en rémission sous ATD	Britton WB. (45) 2012	ECR	23	MBCT/témoin	0	Amélioration objective (polysomnographie) et subjective du sommeil
	Insomnie primaire chronique	Gross CR. (125) 2011-03	ECR	27	MBSR/ezopiclone	5	Pas de supériorité. Amélioration du degré d'insomnie (ISI), de la qualité du sommeil (PSQI),

							de sa durée totale, du temps d'endormissement (subjectif et mesuré par détecteur porté au poignet), de l'efficacité par rapport au pré test.
Déficience mentale/ Autisme	handicap mental léger à sévère (asperger, autisme...)	Hwang(46) 2013-01	Revue de littérature (12 études ouvertes ou case report)	62	MF	0-6	-diminution des problèmes psychologiques, de comportement, d'agressivité.
	Adultes avec trouble autistique et haut niveau de compréhension	Spek(47) 2013-01	ECR	42	MBCT adapté/témoins	8	-diminution de la dépression, de l'anxiété et de la rumination (RRQ) vs contrôle. -amélioration de la compréhension et du comportement (SCL) vs pré test
Etat de stress post traumatique	Vétérans	Kearney DJ. (51) 2013-01	ECR	48	MBSR/TH	4	pas d'effet sur l'ESPT. Amélioration de la qualité de vie psychologique (mental HRQOL)
Troubles de la personnalité	Type D	Nyklicek(48) 2013-08	ECR	146	MBSR/témoins	0	Pas de différence (affects négatifs, inhibition sociale)

Abréviations par ordre alphabétique : **ACT** = Acceptance and comitment therapy, **AMT** = Autobiographical Memory Test, **BAI** = Beck Anxiety Inventory, **BDI** = Beck

Depression Inventory, **CGI** = Clinical Global Impression, **ECR** = Essai Randomisé Contrôlé, **EDM** = Episode Dépressif Majeur, **ESM** = Experience Sampling Method, **ESPT** = Etat de stress post traumatique, **HAM-D** = Hamilton rating scale for Depression, **HRQOL** = Health Related Quality Of Life, **HRSD** = Hamilton Rating Scale for Depression, **IDS** = Inventory of Depressive Symptomatology, **ISI** = Insomnia Severity Index, **MBCT** = Mindfulness Based Cognitive Therapy, **MBRP** = mindfulness Based Relapse Prevention, **MBSR** = Mindfulness Based Stress Reduction, **MF** = mindfulness, **nECR** = Essai Contrôlé non Randomisé, **PGWBI** = Psychological General Well-Being Index, **PSQI** = Pittsburg Sleep Quality Index, **PSWQ** = Penn State Worry Questionnaire, **RRQ** = Rumination Reflexion Questionnaire, **STAI** = State-Trait Anxiety Inventory, **SCL** = Symptom CheckList, **TAG** = Trouble Anxieux Généralisé, **TCC** = Thérapies Cognitives et Comportementales, **TH** = Traitement Habituel, **TMMS** = The Emotional Empathy Scale, **TMS** = Toronto Mindfulness Scale, **TSST** = Trigger Social Stress Test.

18. Tableau 2 : la méditation de pleine conscience pour les patients douloureux chroniques

Population		Article <i>Date</i>	Méthodologie	N	Intervention/contrôle	Recul (en mois)	Résultats effets sur :
Douleur chronique	Veehof MM. (54) 2011-03	Méta analyse 22 études (MBSR : 5ECR et 3 nECR)	1235	M BS R, M BC T, AC T	0-6		Etudes contrôlées : diminution de la douleur et de la dépression, effet faible (0,37 et 0,32)
	Reiner K (56) 2013-01	Revue de littérature 16 articles : 8 ouverts, 7nECR et 1 ECR (dont 7 MBSR)	1404	M BS R, AC T, dér ivés	3		Diminution de l'intensité de la douleur : 10/16 articles. Supériorité vs contrôle : 6/8 articles. Et dans 2/3 études vs contrôle actif.
	Chiesa A. (55) 2011-01	Revue de littérature (10 études contrôlées)	951	M BS R	3-6		Diminution de l'intensité de la douleur (5/7 études) et de la symptomatologie dépressive (4/6 études) vs témoins ou relaxation, non supérieure à la TCC. Amélioration de l'acceptation et la tolérance de la douleur et du stress et de la qualité de vie possible.
Douleur	Brown CA (58).	ECR	28	M	0		-Amélioration de la santé

locomotrice	2013-03			BP M/ TH		mentale et de l'humeur -impression de mieux contrôler et gérer la douleur.
	Wong SY. (59) 2011-10	ECR	99	M BS R/t ém oin ou pr ogr am me d'é du cat ion à la sa nté	6	-Pas de supériorité par rapport au contrôle -diminution de l'intensité de la douleur et amélioration de la souffrance liée à la douleur vs prétests
Lombalgie chronique	Cramer H. (61) 2012-09	Revue de littérature (3 ECR)	117	M BS R	3-10	-amélioration de l'acceptation de la douleur -pas de conclusion sur l'intensité de la douleur ni le handicap
Fibromyalgie	Langhorst J. (62) 2012-06	Méta analyse (MBSR : 4 ECR)	NS	Th éra pie s co mp lé me nta ire		Non recommandé vs douleur, sommeil, dépression, asthénie, qualité de vie

				s		
	Kozasa EH. (63) 2012-10	Revue de littérature (11 articles ouverts)	NS	Mé dit ati on		Amélioration des symptômes dans la plupart des études. Significativité non étudiée.
	Baranowsky J. (64) 2009-11	Revue de littérature (23 ECR dont 2 concernent MF)	NS	Th é ra p i e s c o m p lé m e n t a i r e s		-MF : résultats non significatifs. -meilleure preuve pour balnéo/hydrothérapie > homéo>hyperthermie

Abréviations par ordre alphabétique : **ACT** = Acceptance and comitment therapy, **ECR** = Essai Contrôlé Randomisé, **MBCT** = Mindfulness Based Cognitive Therapy, **MBPM** = Mindfulness Based Pain Management, **MBSR** = Mindfulness Based Stress Reduction, **MF** = Mindfulness, **nECR** = Essai contrôlé non Randomisé, **TCC** = Thérapies Cognitives et Comportementales, **TH** = Traitement Habituel.

19. Tableau 3 : la méditation de pleine conscience chez les patients ayant des plaintes à expression somatique.

Patients souffrant d'un cancer	Guéri	Shneerson C. (71) 2013-08	12 28	Méta analyse 13 ECR (dont 2 MBSR)	yoga, méditation, homéopathie, soins énergétiques, qiqong, misteltoetherapie/d ivers	24	Preuves globalement insuffisantes pour conclure à un effet sur la qualité de vie. MBSR : petit effet sur la qualité de vie
	Sein	Cramer H. (68) 2012-10	32 7	Méta analyse (3 ECR)	MBSR, MBCT/témoins, programme de gestion du stress, programme de nutrition	0-24	MBSR : amélioration de la santé mentale, la dépression et l'anxiété. pas d'augmentation de la spiritualité.
	Guéri ou non	Piet J. (22) 2012-12	14 03	Méta analyse (22 études : dont 9 ECR)	MBCT, MBSR/témoins	3-12	-réduction des symptômes d'anxiété (effet important 0,60 sur ouverts et moyen 0,37 sur ECR) et de dépression (0,42 sur ouverts et 0,44 sur ECR soit effet modéré). -Amélioration de la présence
	Sein	Zainal NZ.(67) 2012-09	47 0	Méta analyse 9 études (dont 2 ECR, 1 nECR)	MBSR	-	-Diminution du stress (effet

						important 0,71 dont 0,37 pour ECR) - de la dépression (effet modéré 0,58 dont 0,42 pour ECR) -de l'anxiété (effet important 0,77 dont 0,49 ECR)
Hétérogène	Musial F. (66) 2011	1 11 8	Méta analyse 19 articles : dont 5 ECR et 4 nECR	MBSR / témoins ou art-thérapie ou programme de gestion du stress	-	Effet sur la qualité de vie (effet faible 0,29), l'humeur (effet moyen 0,42) et la souffrance émotionnelle (effet moyen 0,58).
Guéri ou non	Ledesma D. (65) 2009-06	58 3	Méta analyse 10 essais (4 ECR, 1 nECR)	MBSR	-	amélioration de la santé mentale (effet modéré 0,48) : anxiété, stress, asthénie, humeur, sommeil confondus.
En rémission	Matchim Y. (69) 2011-03	93 3	Revue de littérature 16 nECR	MBSR	12	-diminution du stress perçu et de l'état d'anxiété avec taille d'effet importante. -diminution des symptômes de stress et des troubles de l'humeur avec taille d'effet

						moyen.	
	Hétérogène	Shennan C. (70) 2011-07	51 5	Revue de littérature 13 essais (3 ECR, 2 nECR)	MBSR, MBCT, MF court, psycho- education, "one to one meditation" /témoin	0-12	amélioration de l'anxiété, de la dépression, de la souffrance psychologique, des difficultés sexuelles, du niveau de stress. > approche utile
	Hétérogène	Sood A (72) 2007-03	65 8	Revue de littérature	Thérapies complémentaires		Insuffisance de preuve pour recommander une modalité de thérapie complémentaire plutôt qu'une autre
	Sein	Würtzen H. (75) 2013-04	33 6	ECR	MBSR/TH	3	Diminution de l'anxiété (SCL-90r) Et de la dépression (CES-D). Effet moyen à élevé.
	Sein, récent non traité	Monti DA. (74) 2012-12	18	ECR	MBAT/groupe d'éducation	0	diminution de l'anxiété (SCL-90R)
HTA	Pré HTA ou HTA	Golstein M, (76) 2012	48 5	Revue de littérature 14 études (4 MBSR dont 3 ECR)	MBSR/méditation transcendantale/ relaxation	0-3	MBSR : Effet faible possible en traitement et prévention de l'HTA. Plus efficace quand la TA de base est élevée.
	HTA, > 62 ans, afro-américains, à faible revenus	Palta P. (77) 2012-04	20	ECR	MBSR/soutien social	0	diminution de la TA systolique de 21,9mmHg et diastolique de

							16,7mmHg
Rhumatologie	Polyarthrite rhumatoïde	Dissanayake(79) 2010-10	20 21	Revue de littérature MBSR : 2 ECR	Interventions diverse : MBSR, counselling, psychothérapie, TCC/divers	6	-Amélioration de l'efficacité d'adaptation non supérieure à TCC -amélioration de la souffrance psychologique et du bien être, des symptômes dépressifs et de la présence. (pas sur évolution de la maladie)
	Polyarthrite rhumatoïde	Zangi HA. (82) 2012-06	68	ECR	MF/témoins	12	-Amélioration de la souffrance psychologique (GHQ-20), de la gestion de la douleur et des symptômes, du processus d'adaptation émotionnelle, de l'asthénie, de la capacité à gérer sa maladie, du bien être global.
VIH	Homosexuels, traités ou non	Gayner B. (126) 2012-06	11 7	ECR	MBSR/témoins	6	-diminution de l'évitement des pensées liées à la maladie (IES) -augmentation des émotions positives (PANAS), -augmentation de

							la conscience de son ressenti. (TMS)
	Souffrance liée aux effets secondaires du traitement antirétroviral.	Duncan LG. (84) 2012-02	76	ECR	MBSR/témoins	3	-Diminution de la fréquence des symptômes attribuables au traitement (sur liste de 25 symptômes sur 30 jours) -Diminution de la souffrance/gêne associée à ces symptômes à M3.
	CD4>250, non traités	SeyedAlinaghi S. (85) 2012-07	17 1	ECR	MBSR/programme d'éducation et d'accompagnement	14	Amélioration des symptômes physiques (MSCL échelle spécifique VIH)
Psoriasis	Sur le point de débiter un traitement par UVA ou UVB	Kabat-Zinn J. (86) 1998-09	37	ECR	MBSR dégradé (cassette audio pendant la photothérapie) /témoins	0	niveau de réponse au traitement "à moitié" et "complète" atteint plus rapidement sous UVA et UVB
Greffe d'organe	receveur de rein, rein/pancréas, foie, cœur ou poumon	Gross CR. (87) 2010-02	13 7	ECR	MBSR/ programme d'éducation à la santé	12	-diminution de l'anxiété (SAI), -amélioration des troubles du sommeil (PSQI). - diminution de la dépression (CES-D). -amélioration des émotions positives
Sclérose en	rechuteur/	Grossman P. (88)	15	ECR	MF/témoins	6	-amélioration de la

plaque	répondeur ou secondairement progressive	2010-09	0				dimension psychologique de la qualité de vie (HRQOL spécifique et non spécifique de SEP), - de la dépression -de l'asthénie. taille d'effet élevé en fin d'intervention et modéré à M6
Cardiologie	Interventions sur la dépression chez des patients insuffisants cardiaques	Woltz(90) 2012	35 64	Revue de littérature 23 études dont 1 MBSR	Thérapies diverses /témoins	6	-amélioration de la dépression (CES-D), de l'anxiété (POMS) -amélioration des symptômes cliniques (Kansas City cardiomyopathy questionnaire) = et de la qualité de vie -Pas de comparaison au traitement de référence
	syndrome coronarien symptomatique dans l'année, hommes de 30 à 65 ans, FEVG>35%	Parswani(91) 2013	30	ECR	MBSR/TH	3	Amélioration de l'anxiété et de la dépression (HADS), du stress perçu (PSS), de la TA
Diabète	type 1 ou 2 avec mal être émotionnel	Van Son (93) 2013-04	13 9	ECR	MBCT/témoins	2	-diminution de la souffrance émotionnelle en

	(WHO-5WBI <13)						rapport avec le stress perçu (PSS), l'anxiété et la dépression (HADS, POMS) -amélioration de la qualité de vie relative à la santé mentale et physique (SF12). -Effet de taille moyenne à importante.
	type 2 avec micro albuminurie	Hartmann M. (92) 2012-05	11 0	ECR	MBSR/témoins	12	-diminution de la dépression (PHQ) -amélioration de la qualité de vie relative à la santé mentale (SF12)
Pneumologie	asthme persistant léger à sévère avec hyperréactivité bronchique avérée chez des adultes	Pbert L. (94) 2012-09	82	ECR	MBSR/stage « vie saine »	12	- amélioration de la qualité de vie spécifique de l'asthme (AQOL). -Diminution du stress perçu et de la souffrance (PSS).
	Patients de soins primaires de plus de 50 ans	Barrett B. (95) 2012-07	98	ECR	MF/exercice physique/témoins	12	- diminution du nombre et de la sévérité des épisodes d'infection respiratoire haute. -diminution du nombre de jours d'arrêt de travail lié aux infections

	Patients présentant une toux chronique. Toux induite par inhalation d'acide citrique	Young EC. (96) 2009-11	60	ECR	MF/suppression volontaire de la toux/témoins	0	chez les volontaires sains : diminution de la sensibilité du réflexe de toux. Pas de différence chez les patients.
	BPCO	Mularski(97) 2009	49	ECR	MF/groupe de support	0	Non significatif Amélioration de la santé mentale vs pré test
Traumatisme crânien	post AVC ou traumatisme crânien, rééduqué physiquement, peu de séquelles cognitives.	Johansson B. (98) 2012	19	ECR	MBSR/témoins	0	-Amélioration de la fatigue mentale (auto-évaluation) - et des tests neuro-psychologiques (digit symbol-coding et trailmaking test)
Ménopause	> 4 bouffées de chaleurs ou sueurs nocturnes par 24h, modérées à sévères	Carmody JF. (99) 2011-06	11 0	ECR	MBSR/témoins	3	-Diminution de la gêne occasionnée par les bouffées de chaleur et sueurs nocturnes. -amélioration de la qualité de vie (MENQOL), de la qualité subjective du sommeil (WHIIRS subjectif), de l'anxiété (HADS) et du stress perçu.
Epilepsie	Symptômes dépressifs modérés (13<CES-	Thompson N. (100) 2010-11	53	ECR	MBCT dégradé/TH	2	Diminution des symptômes dépressifs (BDI)

	D <38)						Pas de différence internet / téléphone
Troubles psychosomatiques	plainte concernant au moins 3 organes, depuis plus de 2 ans (fibromyalgie, asthénie chronique...)	Fjorback LO. (101) 2013-01	11 9	ECR	MF/traitement habituel avec groupe de support		Diminution du nombre de patients percevant une pension d'invalidité
	Symptômes inexpliqués	van Ravesteijn H (102) 2013	12 5	ECR	MBCT/TH	0	Amélioration du fonctionnement mental surtout vis-à-vis de la vitalité et du fonctionnement social.
Troubles fonctionnels intestinaux	Femmes	Gaylord SA. (104) 2011-09	75	ECR	MBSR/groupe de support	3	-diminution de la sévérité des symptômes et de la douleur. -amélioration de la qualité de vie, de la souffrance psychologique, de l'anxiété
		Zernicke KA.(103) 2012-05	90	ECR	MBSR/témoins	6	diminution de la sévérité des symptômes
Syndrome de fatigue chronique	toujours symptomatique malgré prise en charge par TCC	Rimes (106) 2011	35	ECR	MBCT/témoins	2	diminution de la fatigue
Acouphènes		Philippot P. (127) 2012-09	25	ECR	MBCT/relaxation	3	Pas d'effet significatif

Abréviations par ordre alphabétique: **ACT** = Acceptance and Comitment Therapy, **AQOL** = Asthma relative Quality of Life, **BAI** = Beck Anxiety Inventory, **BDI** = Beck Depression Inventory, **CES-D** = Center for Epidemiological Studies-Depression, **ECR** = Essai Randomisé Contrôlé, **GHQ-20** = General Health Questionnaire, **HADS** = Hospital Anxiety and Depression Scale, **HTA** = Hypertension Artérielle, **IES** = Impact Evitement Scale, **MBCT** = Mindfulness Based Cognitive Therapy, **MBSR** = Mindfulness Based Stress Reduction, **MENQOL** = Menopause related Quality of Life, **MF** = Mindfulness, **MSCL** = Medical Symptom Checklist, **nECR** = Essai Contrôlé non Randomisé, **HRQOL** = Health Related Quality Of Life, **PANAS** = Positive and negative Affect Schedule, **POMS** = Profile Of Mood States, **PHQ** = Patient Health Questionnaire, **PSQI** = Pittsburg Sleep Quality Index, **PSS** = Perceived Stress Scale, **SAI** = State-Trait Anxiety Inventory, **SCL90r** = Symptom CheckList révisée, **SEP** = Sclérose en Plaque, **SF12** = Short Form health survey, **TA** = Tension Artérielle, **TCC** = Thérapies Cognitives et Comportementales, **TH** = Traitement Habituel, **TMS** = Toronto Mindfulness Scale, **WHIIRS** = Women's Health Initiative Insomnia Rating Scale.

BIBLIOGRAPHIE

Livres consultés :

« Pleine conscience et acceptation, les thérapies de la 3^{ème} vague » Heeren, édition de Boeck, 2011

« Au cœur de la tourmente, la pleine conscience » Dr Jon Kabat-Zinn, édition j'ai lu, 1990

« Méditer pour ne plus déprimer » Mark Williams, édition odile Jacob, 2007

« Méditer pour ne plus stresser » Mark Williams, édition odile Jacob, 2011

« Mener une démarche de pleine conscience. Approche MBCT », Christine MIRABEL- SARRON, édition Dunod, 2012

« Mindfulness-based treatment approaches », Ruth Baer, édition academic press, 2006

“Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors” Sarah Bowen, 2011

Articles référencés

1. Brown. *Investigating the similarities and differences between practitioners of 2nd and 3rd wave cognitive behavioral therapies.* Behavior Modif, 2011 35(2):187-200.

2. Kabat Zinn. *Some reflections on the origins of MBSR.* Contemporary Buddhism, 2011, vol 11.

3. Bondolfi. *Does approach using « mindfulness » meditative exercise have a role to play?* Sante Ment Que. 2004; 29(1):137-45.

4. Baer RA. *Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and*

Empirical Review. Clinical Psychology: Science and Practice, vol 10(2):125–143, June 2003.

5. Shapiro. *Mechanisms of mindfulness.* J Clin Psychol, 2006 Mar;62(3):373-86.

6. Davidson RJ, Kabat-Zinn J et al. *Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation.* Psychosom Med. 2003;65(4):564–570.

7. Kabat-Zinn. *Training teachers to deliver MBSR.* UMASS

8. Moher D, Liberati A. *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.* Ann Intern Med. 2009;151(4):264–269.

9. Klainin-Yobas P, Cho MAA. *Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis.* Int J Nurs Stud. janv 2012.

10. Piet J, Hougaard E. *The effect of MBCT for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis.* Clin Psychol Rev. août 2011;

11. Hollon. *A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults.* Depress Anxiety 2010 Oct; 27(10): 891-932

12. Coelho HF, Canter PH. *MBCT: evaluating current evidence and informing future research.* J Consult Clin Psychol. 2007 75(6): 1000–1005.

13. Britton WB, Shahar B. *MBCT improves emotional reactivity to*

- social stress: results from a randomized controlled trial. Behav Ther. juin 2012*
14. Geschwind N, Peeters F. *Efficacy of MBCT in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry J Ment Sci. 9 août 2012;*
 15. Geschwind N, Peeters F. *Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol. oct 2011; 79(5):618–628.*
 16. Bieling PJ, Hawley L et al. *Treatment-specific changes in decentering following MBCT versus antidepressant medication or placebo for prevention of depressive relapse. J Consult Clin Psychol. juin 2012;80(3):365–372.*
 17. Chiesa A, Mandelli L. *MBCT versus psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment: a preliminary analysis. J Altern Complement Med N Y N. août 2012;18(8):756–760.*
 18. Manicavasagar V, Parker G. *MBCT vs CBT as a treatment for non-melancholic depression. J Affect Disord. avr 2011;130(1-2):138–144.*
 19. Barnhofer T, Crane C. *MBCT as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behav Res Ther. mai 2009;47(5):366–373.*
 20. Van Aalderen JR, Donders ART. *The efficacy of MBCT in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. Psychol Med. mai 2012;*
 21. Crane C, Winder R. *Effects of MBCT on Specificity of Life Goals. Cogn Ther Res. juin 2012; 36(3):182–189.*
 22. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. *The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Symptoms of Anxiety and Depression in Adult Cancer Patients and Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Consult Clin Psychol. mai 2012;*
 23. Perich T, Manicavasagar V. *A randomized controlled trial of MBCT for bipolar disorder. Acta Psychiatr Scand. mai 2013; 127(5):333–343.*
 24. Williams JMG, Alatiq Y et al. *MBCT in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. J Affect Disord. avr 2008;107(1-3):275–279.*
 25. Vøllestad J, Nielsen MB. *Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Br J Clin Psychol Soc. sept 2012.*
 26. Arch JJ, Ayers CR. *Randomized clinical trial of adapted MBSR versus group CBT for heterogeneous anxiety disorders. Behav Res Ther. mai 2013;51(4-5):185–196.*
 27. Vøllestad. *MBSR for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2011 Apr;49(4):281–8.*
 28. Hoge EA, Bui E et al. *Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety*

- disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J Clin Psychiatry*. août 2013;74(8):786-792.
29. Kim. *Effectiveness of MBCT program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder*. *Depress Anxiety*. 2009. 26(7):601-6
 30. Jazaieri H, Goldin PR, Werner K. *A Randomized Trial of MBSR Versus Aerobic Exercise for Social Anxiety Disorder*. *J Clin Psychol*. 23 mai 2012;
 31. Koszycki D, Benger M. *Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder*. *Behav Res Ther*. oct 2007;45(10):2518-2526.
 32. Delgado LC, Guerra P. *Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness*. *Behav Res Ther*. sept 2010;48(9):873-882.
 33. Chiesa. *Are Mindfulness-Based Interventions Effective for SUD? A systematic review of the evidence*. *Subst Use Misuse* 2013 Apri;49(5):492-512.
 34. Zgierska. *Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review*. *Subst Abus*. 2009 Oct-Dec; 30(4)
 35. Garland EL, Gaylord SA. *Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: results of a randomized controlled pilot trial*. *J Psychoactive Drugs*. juin 2010;42(2):177-192.
 36. Brewer JA, Mallik S, et al. *Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial*. *Drug Alcohol Depend*. 1 déc 2011;119(1-2):72-80.
 37. Wanden-Berghe RG. *The application of mindfulness to eating disorders*. *Eat Disord*. 2011 Jan;19(1):34-48.
 38. Alberts HJEM, Thewissen R. *Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern*. *Appetite*. juin 2012;58(3):847-51
 39. Althof SE. *What's new in sex therapy (CME)*. *J Sex Med*. janv 2010;7(1 Pt 1):5-13; quiz 14-15.
 40. Brotto LA, Seal BN. *Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse*. *J Sex Marital Ther*. 2012.
 41. Langer ÁI, Cangas AJ. *Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study*. *Behav Cogn Psychother*. janv 2012;
 42. Chadwick P. *Mindfulness groups for distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial*. *Behav Cogn Psychother*. 2009 Jul;37(4):403-12.
 43. Chien WT, Lee IYM. *The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia*. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 avr 2013;64(4):376-379.
 44. Winbush NY, Gross CR. *The effects of MBSR on sleep disturbance: a*

- systematic review. *Explore* N Y N. déc 2007;
45. Britton WB, Haynes PL. *MBCT improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints*. *Psychother Psychosom*. 2012;81(5):296–304.
 46. Hwang Y-S, Kearney P. *A systematic review of mindfulness intervention for individuals with developmental disabilities: Long-term practice and long lasting effects*. *Res Dev Disabil*. 15 sept 2012;34(1):314–326.
 47. Spek AA. *Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial*. *Res Dev Disabil*. 7 sept 2012;34(1):246–253.
 48. Nyklíček I, van Beugen S. *Effects of MBSR on distressed (type D) personality traits: a randomized controlled trial*. *J Behav Med*. août 2013;36(4):361–370.
 49. Sachse S. *A feasibility study of MBCT for individuals with borderline personality disorder*. *Psychol Psychother*. 2011 jun, 84(2):184.
 50. Kimbrough. E et al. *Mindfulness intervention for child abuse survivors*. *J Clin Psychol*. 2010 jan;66(1):17-33.
 51. Kearney DJ, McDermott K. *Effects of Participation in a Mindfulness Program for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Study*. *J Clin Psychol*. août 2012;
 52. Hanstede. *The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non clinical student population*. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Oct; 196(10):776
 53. Van de Weijer-Bergsma E, Formisma AR. *The Effectiveness of Mindfulness Training on Behavioral Problems and Attentional Functioning in Adolescents with ADHD*. *J Child Fam Stud*. oct 2012;
 54. Veehof MM. *Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis*. *Pain*. 2011 Mar;152(3):533.
 55. Chiesa A. *Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review*. *J Altern Complement Med* 2011 jan;17(1):83-93.
 56. Reiner K, Tibi L. *Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature*. *Pain Med Malden Mass*. févr 2013;14(2):230–242.
 57. Eccleston C, Williams AC. *Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (2):CD007407.
 58. Brown CA, Jones AKP. *Psychobiological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management program*. *Clin J Pain*. mars 2013;29(3):233–244.
 59. Wong SY-S, Chan FW-Ket al. *Comparing the effectiveness of MBSR and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial*. *Clin J Pain*. oct 2011;27(8):724–734.

60. Rosenzweig. *MBSR for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice*. 2010.
61. Cramer H. *MBSR for low back pain. A systematic review*. BMC Complement Altern Med 2012sept; 12:162.
62. Langhorst J, Häuser W et al. *Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline*. Schmerz Berl Ger. juin 2012;
63. Kozasa EH, Tanaka LH. *The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia*. Curr Pain Headache Rep. oct 2012;
64. Baranowsky J. *Qualitative systemic review of randomized controlled trials on complementary and alternative medicine treatments in fibromyalgia*. Rheumatol Int 2009 nov;30(1).
65. Ledesma D, Kumano H. *MBSR and cancer: a meta-analysis*. Psycho oncology. juin 2009;18(6):571–579.
66. Musial F, Büsing A. *MBSR for integrative cancer care: a summary of evidence*. Forsch Komplementärmedizin. 2011;18(4):192–202.
67. Zainal NZ, Booth S. *The efficacy of MBSR on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis*. Psychooncology. 7 sept 2012;
68. Cramer H. *MBSR for breast cancer. A systematic review and meta-analysis*. Cure oncol. 2012 Oct; 19(5).
69. Matchim Y. *MBSR among breast cancer survivors*. Oncol Nurs Forum 2011 Mar;38(2).
70. Shennan C. *What is the evidence for the use of mindfulness-based interventions in cancer care?* Psycho oncology 2011 Jul;20(7)
71. Shneerson C, Taskila T. *The effect of complementary and alternative medicine on the quality of life of cancer survivors: a systematic review and meta-analyses*. Complement Ther Med. août 2013;21(4):417–429.
72. Sood A. *A critical review of complementary therapies for cancer related fatigue*. Integr Cancer Ther, 2007 Mar;6(1):8-13
73. Mansky PJ, Wallerstedt DB. *Complementary medicine in palliative care and cancer symptom management*. Cancer J Sudbury Mass. oct 2006;12(5):425–431.
74. **Monti DA, Kash KM, et al.** *Changes in cerebral blood flow and anxiety associated with an 8-week mindfulness programme in women with breast cancer*. Stress Health J Int Soc Investig Stress. déc 2012;28(5):397–407.
75. Würtzen H, Dalton SO, et al. *Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer*. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. avr 2013;49(6):1365–1373.
76. Goldstein CM, Josephson R. *Current perspectives on the use of meditation to reduce blood pressure*. Int J Hypertens. 2012;2012:578397.
77. Palta P. *Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older*

- adults. *J Urban Health*. 2012 Apr; 89(2):308.
78. Young. *Mindfulness meditation: a primer for rheumatologists*. 2011.
 79. Dissanayake RK, Bertouch JV. *Psychosocial interventions as adjunct therapy for patients with rheumatoid arthritis: a systematic review*. *Int J Rheum Dis*. oct 2010;13(4):324–334.
 80. Zautra AJ. *Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression*. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Jun;76(3).
 81. Pradhan EK, Baumgarten M, et al. *Effect of MBSR in rheumatoid arthritis patients*. *Arthritis Rheum*. 15 oct 2007;57(7):1134–1142.
 82. **Zangi HA, Mowinckel P, et al.** *A mindfulness-based group intervention to reduce psychological distress and fatigue in patients with inflammatory rheumatic joint diseases: a randomised controlled trial*. *Ann Rheum Dis*. juin 2012;71(6):911–917.
 83. Gayner B. *A randomized controlled trial of MBSR to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV*. *J Behav Med*. 2012 Jun;35(3).
 84. Duncan LG, Moskowitz JT. *MBSR for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial*. *J Pain Symptom Manage*. févr 2012;43(2):161–171.
 85. SeyedAlinaghi S, Jam S, et al. *Randomized controlled trial of MBSR delivered to human immunodeficiency virus-positive patients in Iran: effects on CD4⁺ T lymphocyte count and medical and psychological symptoms*. *Psychosom Med*. août 2012;74(6):620–627.
 86. Kabat Zinn. *Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing UVB and PUVA*. *Psychosom Med*. 1998 Sept; 60(5).
 87. Gross CR. *MBSR for solid organ transplant recipients : a randomized controlled trial*. *Altern Ther Health Med*. 2010 Sep;16(5):30-8.
 88. **Grossman P, Kappos Let al.** *MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: a randomized trial*. *Neurology*. 28 sept 2010;75(13):1141–1149.
 89. Sullivan MJ. *The Support, Education, and Research in Chronic Heart failure study*. *Am Heart J*. 2009 Jan;157(1):84-90.
 90. Woltz PC, Chapa DW. *Effects of interventions on depression in heart failure: A systematic review*. *Heart Lung J Crit Care*. sept 2012;41(5):469–483.
 91. Parswani MJ, Sharma MP, Iyengar S. *MBSR program in coronary heart disease: A randomized control trial*. *Int J Yoga*. juill 2013;6(2):111–117.
 92. Hartmann M, Kopf S, et al. *Sustained effects of a MBSR intervention in type 2 diabetic patients: design and first results of a randomized controlled trial*. *Diabetes Care*. mai 2012;35(5):945–947.
 93. Van Son J, Nyklíček I et al. *The*

- effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA(1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlled trial.* Diabetes Care. avr 2013;36(4):823–830.
94. **Pbert L, Madison JM, et al.** *Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: a randomised controlled trial.* Thorax. sept 2012;67(9):769–776.
95. Barrett B, Hayney MS, et al. *Meditation or exercise for preventing acute respiratory infection: a randomized controlled trial.* Ann Fam Med. août 2012;10(4):337–346.
96. Young EC. *The effect of mindfulness meditation on cough reflex sensitivity.* Thorax. 2009 Nov;64(11)
97. Mularski RA, Munjas BA et al. *Randomized controlled trial of mindfulness-based therapy for dyspnea in chronic obstructive lung disease.* J Altern Complement Med N Y N. oct 2009;15(10):1083–1090.
98. Johansson B, Bjuhr H. *MBSR improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury.* Brain Inj BI. 2012;
99. Carmody JF, Crawford S. *Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial.* Menopause N Y N. juin 2011;18(6):611–620.
100. Thompson NJ, Walker ER, et al. *Distance delivery of MBCT for depression: project UPLIFT.* Epilepsy Behav EB. nov 2010;19(3):247–254.
101. Fjorback LO. *Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: analysis of economic consequences alongside a randomized trial.* J Psychosom Res, 2013 jan;74(1)
102. Van Ravesteijn H, Lucassen P. *MBCT for patients with medically unexplained symptoms: a RCT.* Psychother Psychosom. 2013;82(5):299–310.
103. Zernicke KA, Campbell TS, et al. *MBSR for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Randomized Wait-list Controlled Trial.* Int J Behav Med. mai 2012;
104. Gaylord SA, Palsson OSet al. *Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial.* Am J Gastroenterol. sept 2011;106(9):1678–1688.
105. Ljotsson B. *Internet-delivered exposure-based treatment vs stress management for irritable bowel syndrome: a randomized trial.* Am J Gastro enterol. 2011 Aug;106(8): 1481.
106. Rimes KA, Wingrove J. *MBCT for people with chronic fatigue syndrome still experiencing excessive fatigue after cognitive behaviour therapy: a pilot randomized study.* Clin Psychol Psychother. avr 2013;20(2):107–117.
107. Bohlmeijer E. *The effects of MBSR therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analyse.* J Psychosom Res 2010 jun;68(6):539.
108. Ospina MB. *Clinical trials of meditation practices in health care: characteristics and quality.* J Altern Complement Med. 2008

- Dec;14(10):1199.
109. Kabat-Zinn, J. and Chapman-Waldrop, A. *Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of completion.* J. Behav. Med. (1988) 11:333-352.
 110. A.L.G. *Pourquoi nos hôpitaux ne se mettent pas à la méditation.* psychologie magazine. juill 2009;
 111. Simpson TL. *PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals.* JTrauma Stress. 2007 Jun;20(3):239.
 112. Black DS, Milam J. *Sitting-meditation interventions among youth: a review of treatment efficacy.* Pediatrics. sept 2009;124(3):e532-541.
 113. Randye J. Semple. *A randomized trial of MBCT for children.* J Child Fam Stud 2010. 19:218
 114. Biegel GM, Brown KW. *MBSR for the treatment of adolescent psychiatric outpatients: A randomized clinical trial.* J Consult Clin Psychol. oct 2009;77(5):855-866.
 115. Creswell JD, Irwin MR et al. *MBSR training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial.* Brain Behav Immun. oct 2012;26(7):1095-1101.
 116. Chiesa A, Serretti A. *MBSR for stress management in healthy people: a review and meta-analysis.* J Altern Complement Med N Y N. mai 2009;
 117. Regehr C, Glancy D. *Interventions to reduce stress in university students: a review and meta-analysis.* J Affect Disord. 15 mai 2013;148(1):1-11.
 118. Hughes A, Williams M. *Mindfulness approaches to childbirth and parenting.* Br J Midwifery. 1 oct 2009;17(10):630-635.
 119. Vieten C. *Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study.* Arch Womens Ment Health. 2008;11(1).
 120. Perez-Blasco. *Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being and maternal self-efficacy in breastfeeding mothers.* Arch Womens Ment Health. 2013 Jun;16(3):227.
 121. Hou RJ, Wong SY-S, et al. *The effects of MBSR program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial.* Psychother Psychosom. 2014;83(1):45-53.
 122. Whitebird RR, Kreitzer M. *MBSR for Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial.* The Gerontologist. janv 2013;53(4):676-686.
 123. Goodman MJ, Schorling JB. *A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers.* Int J Psychiatry Med. 2012;43(2):119-128.
 124. Beckman HB, Wendland M, et al. *The impact of a program in mindful communication on primary care physicians.* Acad Med J Assoc Am Med Coll. juin 2012;87(6):815-819.
 125. Gross CR, Kreitzer MJ, et al. *MBSR versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized*

controlled clinical trial. Explore N
Y N. avr 2011;7(2):76-87.

126. Gayner B. *A randomized clinical trial of MBSR to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. J Behav Med.* 2012 jun.35(3)
127. Philippot P, Nef F. *A randomized controlled trial of MBCT for treating tinnitus. Clin Psychol Psychother.* sept 2012;19(5) : 411-419.

La méditation de pleine conscience, application clinique en médecine générale. Revue de la littérature.

Soutenue le 11 septembre 2014

Contexte : La méditation de pleine conscience est une technique de médiation laïque appartenant à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales et dispensée sous forme d'un programme standardisé de huit semaines. J'ai cherché à déterminer l'effet clinique de la méditation de pleine conscience et son applicabilité en médecine générale. **Méthode :** J'ai réalisé une revue de la littérature, réunissant 82 articles portant sur 25 888 patients comprenant les revues de la littérature avec et sans méta analyse et les essais contrôlés randomisés qui étudiaient la méditation de pleine conscience chez des patients présentant une pathologie à expression psychiatrique, somatique ou douloureuse chronique. **Résultats :** L'analyse de ces études a mis en évidence une réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression. L'intérêt de cette thérapie a particulièrement été étayé en prévention des rechutes du syndrome dépressif et pour les troubles anxieux ainsi que pour l'accompagnement des patients porteurs d'une pathologie chronique comme le cancer et chez des patients douloureux. **Discussion :** Cette thérapie a une place en soins primaires étant donné la diversité des indications pour lesquelles elle a montré des bénéfices, leur prévalence en médecine générale et les difficultés de prise en charge qu'elles représentent. Le médecin généraliste pourrait la proposer à tout patient en situation de souffrance physique ou psychologique, en l'adressant à un thérapeute certifié. Il n'y a pas de limitation d'âge ni de restriction sociale ou culturelle, pourvu que le patient ait une volonté de changement et d'implication. Cet outil offre au médecin une possibilité d'accompagnement, en complément des thérapeutiques habituelles, pour améliorer le bien être des patients et le vécu de leur pathologie.

Mindfulness meditation, clinical application in primary cares, a review.

Mindfulness meditation is a technique of mediation secular belonging to the third wave of behavioral and cognitive therapies and delivered as a standard eight-week program. The objective of this study was to determine the clinical effect of mindfulness meditation and its applicability in primary care. I reviewed 82 articles bringing together 25 888 patients including literature reviews with or without meta-analysis and randomized controlled trials that investigated mindfulness meditation as therapy for patients suffering from a psychiatric or somatic pathology or chronic pain. The analysis of these studies showed a significant reduction in stress, anxiety and depression. Evidence was especially supported with Mindfulness Based Cognitive Therapy program for preventing relapse of major depressive disorders and as Mindfulness Based Stress Reduction program for dealing with anxiety disorders. Mindfulness also showed great improvements for patients suffering from a chronic disease such as cancer or from chronic pain. It would be useful integrating this therapy into primary cares practice, given the diversity of indications for which it has shown benefits, their prevalence in primary care and the difficulties of care they represent. The general practitioner may suggest any patient experiencing physical or psychological suffering to go to a certified therapist. This can be conducted without social, cultural or age restriction, provided the patient has willingness to change and get involved in daily personal practice. This tool provides the physician with a possibility of support, in addition to usual treatment, to improve the well being of patients.

Mots-clés : méditation de pleine conscience, programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, médecine générale, thérapie d'accompagnement, thérapie cognitive et comportementale.

Key-words : mindfulness meditation, mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, primary care, support therapy, cognitive behavioral therapy

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Directeur de thèse : Dr Rémy KLEIN