

Article

« Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie »

Claude Berghmans, Cyril Tarquinio et Lionel Strub

Santé mentale au Québec, vol. 35, n° 1, 2010, p. 49-83.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/044798ar>

DOI: 10.7202/044798ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie

Claude Berghmans*

Cyril Tarquinio**

Lionel Strub***

L'objet de cette recherche est de délimiter le domaine de la méditation en tant que prise en charge thérapeutique dans le champ de la psychologie de la santé. Les auteurs portent leur intérêt sur le courant le plus prolifique de ces dernières années en termes de recherche : la méditation en pleine conscience. L'objectif est de définir le concept de méditation et de pleine conscience, pour ensuite porter l'attention sur les psychothérapies qui en découlent, et les études cliniques effectuées dans ce domaine. La méditation en pleine conscience constitue un champ de recherche très prometteur pour la psychologie de la santé dans le cadre des prises en charge thérapeutique. Au regard des nombreuses études cliniques, les auteurs constatent que les techniques MBSR, MBCT appliquées à la pleine conscience s'avèrent pertinentes et apportent un résultat en terme d'amélioration de la santé en général. Toutefois, les recherches sur la pleine conscience n'en sont encore qu'à leur début. Des approches plus rigoureuses sur le plan méthodologique et des développements conceptuels plus affinés s'avèrent nécessaires.

Le champ de la psychologie de la santé est en grande expansion depuis une vingtaine d'années. Envisagée comme l'étude des différents types de facteurs (psychologiques, sociaux et biologiques) qui interviennent dans le maintien de la bonne santé ou dans le déclenchement et l'évolution des maladies, la psychologie de la santé s'est définie comme un secteur spécifique de la psychologie dans lequel la santé est appréhendée de manière globale, au travers différentes situations de vie (Fisher, 2002). Dans cette optique, le domaine des prises en charge thérapeutiques s'avère important. C'est à ce niveau que la

* Psychologue, Doctorant, Université de Metz — UFR SHA, Laboratoire Lorrain de Psychologie, Équipe Psychologie de la santé.

** Professeur des Universités, Université de Metz — UFR SHA, Laboratoire Lorrain de Psychologie, Équipe Psychologie de la santé.

*** Psychologue, Doctorant, Université de Metz — UFR SHA, Laboratoire Lorrain de Psychologie, Équipe Psychologie de la santé.

méditation en tant que prise en charge thérapeutique nouvelle s'inscrit et a donné naissance à des courants de recherches nord-américaines fructueux (Shapiro, 2006 ; Berghmans et al., 2008). Notre intérêt porte donc sur le courant le plus prolifique qu'est la méditation de pleine conscience (*mindfulness*). D'autres courants méditatifs comme la méditation de concentration donneront lieu à des recherches ultérieures (Berghmans et al., 2008, soumis). Après avoir défini le concept de méditation de pleine conscience et les approches thérapeutiques qui en découlent, nous examinons les études cliniques effectuées dans ce domaine au regard d'une revue de littérature pour mettre en évidence des pistes futures de recherche.

Dans son usage général, le terme de méditation possède toute une série de significations distinctes : a) stratégie d'autorégulation avec une focalisation sur l'attention, b) état de concentration dans lequel la conscience réfléchie est centrée sur un seul objet, c) état de relaxation psychologiquement et médicalement bienfaisant, d) état dissocié dans lequel des phénomènes de trances peuvent se produire, et e) état mystique dans lesquels sont vécus les réalités ou les objets religieux les plus élevés. Ces différentes significations ont en commun d'être des états de conscience différents ou modifiés. Shapiro (2006) propose de définir la méditation de la façon suivante : « le terme de méditation se réfère à une famille de pratique de l'autorégulation qui se focalise sur l'attention et la conscience afin d'amener les processus mentaux sous un contrôle volontaire plus grand et de ce fait entraîner un bien-être mental et physique qui a pour objectifs de développer des états émotionnels spécifiques comme la joie, le calme. Elle se réfère donc à une famille de techniques qui ont en commun une tentative consciente de focalisation de l'attention de manière non analytique, et une tentative de ne pas demeurer sur des pensées discursives et ruminatives.

Il n'existe pas de définition opérationnelle type de ce concept (Cardozo et al., 2004), mais celui-ci varie en fonction de l'angle disciplinaire sous lequel il est étudié. En termes de recherche, deux grandes familles de méditation apparaissent au sein desquelles se distribuent des dizaines d'approches : la famille de la concentration et la famille de la vision pénétrante traditionnellement appelée « méditation en pleine conscience » ou encore « méditation d'attention vigilante ». La méditation dite de concentration, que nous n'abordons pas ici, consiste à focaliser consciemment, progressivement, de façon soutenue et de manière intense et prolongée, son activité mentale sur un point précis. Au moyen de ce processus, toutes les autres activités mentales sont temporairement éliminées comme l'activité sensorielle, la perception du

monde extérieur, la perception du corps et la pensée discursive. La pleine conscience est définie par Kabat-Zinn (1990) comme le fait de : « faire attention au chemin, au but dans le moment présent, dans un état de non jugement ». Le terme de pleine conscience est souvent utilisé pour décrire une construction théorique, une pratique pour cultiver la pleine conscience comme la méditation, et un processus psychologique (être en pleine conscience). De manière synthétique, la pleine conscience peut être définie comme :

- un état dans lequel le sujet est hautement conscient du moment présent, le reconnaissant et l'acceptant ;
- un état dans lequel l'esprit du sujet ne se laisse pas accrocher ou n'est pas parasité par des pensées, sensations ou émotions à propos d'expériences présentes, passées ou d'attentes futures qui surgissent ;
- un état dans lequel le sujet fait attention (observation) à l'expérience présente de manière vigilante ou encore au flux de stimuli continu interne et externe au fur et à mesure de son apparition dans une optique de non jugement et de non évaluation ;
- un état d'esprit qui met en valeur la conscience, l'attention et l'habileté à se dégager de schémas de pensées non adaptatifs qui rendent l'individu vulnérable à des états de stress et à d'autres états pathologiques.

Cette définition synthétique qui est sans doute amenée à évoluer en fonction des recherches futures nous permet d'identifier les différents piliers théoriques qui expliquent sa construction. Si on se réfère à l'historique des recherches sur la pleine conscience, une première interrogation des chercheurs s'est portée sur l'efficacité des interventions en pleine conscience. Les premiers travaux (Baer et al., 2003 ; Bishop et al., 2004 ; Grossman et al., 2003) d'évaluation de ces démarches abordés plus loin, ont suggéré l'efficacité de ces interventions sur des symptômes physiques et psychiques. Par la suite, une seconde interrogation a porté sur la question de savoir comment la pratique de la pleine conscience fonctionne et quel est son mécanisme d'action ?

Une théorie qui explique les mécanismes qui interviennent dans cet état de pleine conscience devient donc nécessaire afin de comprendre les changements obtenus en termes de santé. Un dialogue et une première ébauche de théorie ont été développés par Shapiro (2006) qui postule qu'il y a trois composantes principales à l'état de pleine conscience : l'intention, l'attention et l'attitude.

Le rôle de l'intention, déjà souligné par la pratique bouddhiste, est primordial et remis en lumière par les recherches de Shapiro qui explorent les intentions des pratiquants de cette forme de méditation. Elles observent qu'au fur et à mesure de la pratique, les personnes s'étant lancées dans une pratique de méditation ont tendance à continuer dans cette voie. L'intention évolue dans un continuum allant de l'autorégulation à l'auto-exploration et finalement à l'auto-libération. L'intention est vue ici comme un pré-requis et une composante centrale de la pleine conscience qui permet de comprendre le processus dans sa globalité.

En ce qui concerne la focalisation de l'attention sur un objet (le corps, la respiration) dans une optique d'autorégulation, celle-ci implique l'observation des opérations cognitives internes et externes à chaque instant. On peut parler d'une forme de suspension de tous les chemins d'interprétation de l'expérience afin de réaliser l'expérience en elle-même telle qu'elle se présente dans l'instant. Une compétence dans le maintien de l'attention est requise pour maintenir la conscience dans l'instant présent (Bishop et al., 2004). Cette compétence se réfère à l'habileté de maintenir un état de vigilance prolongé sur une période de temps donné (Parasuraman, 1998 ; Posner et Rothbart, 1992). Une autre compétence dans le passage d'un domaine à un autre ou autrement dit dans le changement, le « switch » permet au sujet de ramener la conscience sur le souffle quand cette dernière a été perturbée par des émotions, pensées ou sensations parasitaires reconnues. Cette compétence implique la flexibilité de l'attention afin que le sujet puisse changer le focus de l'attention d'un objet à un autre (Posner, 1980).

Un second élément important qui caractérise l'autorégulation de l'attention est le fait de développer une conscience non élaborative à propos des pensées, des émotions et des sensations qui sont perçues afin de ne pas être capté par ces dernières et d'entrer dans un processus de rumination, d'élaboration et d'association. Précisons que ce mécanisme a un rôle inhibiteur dans l'élaboration des pensées ruminatives. Ainsi la pratique de la pleine conscience peut être associée à l'amélioration d'un processus d'inhibition cognitif au niveau de la sélection des stimuli.

Enfin, l'attitude est le troisième élément clé intervenant dans la pleine conscience (Shapiro, 2006). Celle-ci peut s'étudier en faisant appel aux processus d'observation et d'ouverture à l'expérience et d'acceptation sans jugement. La pleine conscience met l'accent sur une orientation vers l'expérience qui commence avec le maintien d'une attitude de curiosité cognitive (Bishop, 2004) à propos de l'endroit où l'esprit se rend. Chaque stimulus doit être sujet à observation, sans que

le sujet ne les suscite ou ne les fasse disparaître. Cette observation se fait dans une attitude de non jugement que l'on retrouve dans un grand nombre de définition de la pleine conscience (Kabat-Zinn, 1990). Cette notion de non-jugement est très fortement liée à celle d'acceptation. Cette attitude d'acceptation doit être prise à propos de chaque moment d'expérience, instant après instant. Ceci implique une décision consciente d'abandon afin de permettre et d'autoriser la manifestation des sensations, émotions et pensées (Hayes et al., 1999). C'est un processus actif dans lequel le sujet choisit de prendre ce qui arrive à la conscience avec une attitude d'ouverture, de réceptivité et de non jugement.

En résumé, la pleine conscience est vue comme un processus de régulation de l'attention afin d'amener une qualité de conscience non élaborative à l'expérience présente et une qualité de relation à l'expérience avec une orientation de curiosité, d'ouverture à l'expérience et d'acceptation sans jugement (Bishop, 2004). Elle met en œuvre un processus de décentration à propos des pensées, des sensations et des émotions afin que celles-ci puissent être expérimentées dans leur subjectivité et leur nature transitoire. Les trois axiomes mis en évidence par Shapiro sont présentés comme les composantes fondamentales de la pleine conscience et entraînent un changement de perspective qui se traduit en termes de « re-perception ». Les auteurs postulent que cette re-perception est un « méta mécanisme » d'action qui est lié à des mécanismes additionnels directs qui mènent au changement et apportent des résultats positifs. Ces mécanismes sont l'autorégulation, la clarification des valeurs, la flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale et l'exposition.

Méditation de pleine conscience et psychothérapie

La méditation de pleine conscience a été la plus étudiée en psychologie au cours des vingt dernières années (Grossman, 2004). On distingue quatre types de thérapies dont les trois premières ont fait l'objet de nombreuses études.

Premièrement, la thérapie *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) développée par Kabat-Zinn (1982, 1990) et utilisée pour différentes applications dans la santé physique et psychique, et plus particulièrement dans la gestion du stress. Il s'agit d'une formation intensive de méditation durant huit semaines à raison de 2.5 heures par semaines en groupe de 15 à 30 personnes avec un instructeur et des travaux pratiques à effectuer en dehors de ces sessions. La pratique méditative à l'extérieur des séances collectives est extrêmement

importante dans la réussite du traitement. On constate également que des sessions spécifiques peuvent se faire sur des pathologies particulières comme la dépression, l'anxiété ou des problématiques cancéreuses notamment dans la gestion de la douleur et dans la relation entretenue avec la maladie (Carson et al., 2004).

Deuxièmement, on retrouve la thérapie *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) développée par Segal et al. (2002, 2006) qui se base très largement sur la pratique MBSR en utilisant presque toutes ses composantes et exercices. Sa spécificité réside dans le fait qu'elle incorpore des éléments des thérapies comportementales et cognitives. Elle a surtout été développée pour la prévention de la dépression. C'est un programme qui se déroule également en huit séances de 2 heures environ, sur une durée de huit semaines, à raison d'une séance par semaine, permettant ainsi aux participants de pratiquer entre les sessions. Les objectifs de ce programme sont les suivants :

- aider les personnes qui souffrent de troubles tels la dépression à apprendre des techniques utiles de réduction de ce trouble et d'évitement de rechute ;
- devenir plus conscient des sensations corporelles, des sentiments et des pensées, moment après moment ;
- aider les participants à développer une façon différente d'être en lien avec les sensations, les pensées et les sentiments et de manière plus précise, l'acceptation et la reconnaissance pleinement consciente des sentiments et des pensées non souhaités, de préférence aux habitudes automatiques et préprogrammées qui ont tendance à maintenir les troubles et les difficultés ;
- aider les participants à être capable de choisir la réponse la plus adéquate à toutes les pensées, les sentiments ou les situations désagréables qu'ils rencontrent dans leur vie.

Troisièmement, la thérapie *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) élaborée par Hayes et al. (1999), se base sur l'analyse des comportements. Elle peut être appliquée dans une large gamme de problématiques psychologiques. Elle incorpore des processus de changements comportementaux, d'acceptation et de pleine conscience. Bien que l'ACT ne décrive pas une méthode de traitement en termes de méditation, elle est incluse dans notre description car sa stratégie est consistante avec l'approche de la pleine conscience. Les sujets en ACT se reconnaissent et sont capables d'observer leurs sensations, pensées ou émotions. Ils doivent examiner le phénomène séparément de la personne

qui le ressent. (Exemple : ils sont vus disant «j'ai la vision que je suis une mauvaise personne, au lieu de «je suis une mauvaise personne»). C'est une observation de leurs émotions sans jugement, sans évaluation ou tentative de les changer ou de les éviter. L'ACT enseigne aux sujets d'abandonner les attentes de contrôle des pensées et des sensations en les observant sans jugement et en les acceptant telles qu'elles sont et pour ce qu'elles sont en changeant leur comportement dans un but constructif afin d'améliorer leur vie (Hayes, 2005). Un des concepts centraux de l'ACT est l'évitement de l'expérience. Elle se définit comme l'indisposition à expérimenter des expériences négatives en termes de pensées, cognitions ou émotions et prendre des actions afin de les éviter ou de les éliminer même si cela devient pénible et génère de la souffrance.

Enfin, la *Dialectical Based Therapy* (DBT) initiée par Linehan (1993) est utilisée pour les traitements des personnalités en borderline et les régulations affectives en général. Elle est basée sur un processus dialectique qui postule que la réalité est liée à la force et l'interaction des opposés. Ici, l'aspect dialectique désigne la relation entre l'acceptation et le changement. Les sujets sont encouragés à accepter leur situation, leur histoire telle qu'elle se présente, en travaillant intensément à changer leur comportement et leur environnement afin d'améliorer leur qualité de vie. La synthèse de cette contradiction apparente est l'élément central du but de la DBT. Elle inclut des traitements cognitifs et comportementaux afin de changer les émotions et les comportements. Cette approche comporte des stratégies cognitives et comportementales qui permettent aux sujets de changer leurs comportements, pensées et émotions. La compétence de pleine conscience est pensée dans cette thérapie dans un contexte de synthèse de l'acceptation et du changement. Les éléments de non jugement, d'observations des pensées et des émotions sont également présents. Linehan décrit trois compétences de « quoi » en pleine conscience qui sont l'observation, la description et la participation, et trois compétences de « comment » qui sont le non jugement, la manière attentive et l'efficacité. Cette méthode s'apprend sur une année de travail individuel avec le thérapeute sans fréquence ou durée nécessaire. La formation inclut quatre modules de compétences, la pleine conscience, l'efficacité interpersonnelle en terme notamment de communication, la régulation des émotions et la tolérance de la détresse. Les patients travaillent avec leur thérapeute pour intégrer ces différentes composantes apprises en séance collective ou individuelle dans leur problématique personnelle.

En conclusion, beaucoup de différences existent entre les multiples interventions en pleine conscience. Les approches MBSR et MBCT sont

très largement orientées sur la pleine conscience en termes de méditation alors que les approches ACT et DBT se focalisent plus sur certains exercices dits de pleine conscience. L'ACT a originairement été développée comme une pratique individuelle à la différence des approches MBSR et MBCT. La méthode DBT est un mélange d'individuel et de collectif. La durée du traitement peut varier de quelques semaines (MBCT, MBSR, indépendamment de la pratique personnelle par la suite) à une année et plus dans la démarche DBT. Les programmes MBSR et MBCT accentuent plus des stratégies basées sur l'acceptation alors que les techniques DBT et ACT se focalisent plus sur des stratégies de changements comportementaux. Les MBSR et ACT ont été développées pour traiter une gamme de problématiques assez large alors que la MBCT et la DBT ont été conçues pour des problématiques spécifiques.

Efficacité des études cliniques relatives aux thérapies de la pleine conscience

Afin d'avoir une vision globale des études cliniques touchant la pleine conscience, nous avons effectué une revue de la littérature en deux parties (Tableau 1). Les études qui ont servi de base ont été sélectionnées dans le cadre d'un groupe de recherche sur la problématique des alternatives psychothérapeutiques dans le domaine de la psychologie de la santé (Berghmans et al., 2007, soumis). Nous avons tout d'abord recensé la plupart des publications parues entre janvier 1982 (date de publication des premières recherches sur le thème) et janvier 2007 sur les bases de données Medline, PsycINFO et Psycarticles en croisant les concepts de pleine conscience, MBSR et méditation sur la base de 3 critères : 1. Les études soient publiées dans des revues à comité de lecture ; 2. La procédure expérimentale évalue les mesures effectuées avant/après intervention, et compare le programme d'intervention ciblé à un groupe contrôle et/ou à une autre procédure thérapeutique ; 3. La répartition des sujets dans les groupes soit randomisée.

L'objectif d'une telle recherche documentaire, loin d'être exhaustive, était de recueillir le maximum de résumés de recherches qui avaient eu comme préoccupation la validation des techniques de méditations dans un cadre scientifique. De plus, afin d'optimiser notre démarche, nous avons également utilisé la recherche de Berghmans et al. (2007 soumis) dont l'objet est une revue de littérature sur la méditation, les émotions et la santé dans laquelle la plupart des études contrôlées sur la pleine conscience que nous avons identifiées se retrouvent, et trois publications critiques sur ce sujet (Bishop, 2004 ; Baer, 2003 ; Grossman, 2003). Enfin, afin d'avoir une vision relative-

ment exhaustive au niveau historique et clinique, nous avons fait le choix de nous intéresser et de recenser également toutes les études, publiées dans des revues à comité de lecture, non contrôlées (c'est-à-dire sans comparaison avec un groupe contrôle, à l'exception de trois études et sans randomisation) de 1982 à 2006 répertoriées dans les bases de données (Medline, PsycINFO et Psycarticles). Trente-cinq études (sur 153) ont ainsi pu être identifiées selon ces critères, 13 études contrôlées et 22 études non contrôlées. Précisons que cette revue de littérature ne constitue pas une méta-analyse à proprement parler, en raison principale d'un souci d'identification des recherches traitant de ce sujet dans la littérature et en raison de la diversité des mesures utilisées dans toutes ces recherches.

Nous avons ensuite regroupé ces études par champs thérapeutiques sachant que dans bon nombre de recherches plusieurs indicateurs sont utilisés pour mesurer des domaines d'interventions différents. Nous avons opté pour sept catégories qui concernent les troubles affectifs et l'anxiété, les études relatives à l'immunité, les troubles dermatologiques, la gestion de la douleur, la gestion du stress et la qualité de vie, la dépression, et enfin une dernière catégorie plus globale qui regroupe la vie de couple, la fibromyalgie, les troubles alimentaires et les troubles de dépendances aux substances. Nous commentons brièvement ces études en attirant l'attention sur le fait que celles qui sont non contrôlées, souffrent par définition d'un manque de rigueur méthodologique et de ce fait sont à prendre comme éléments additionnels d'information.

Troubles affectifs et anxiété

Seule une étude contrôlée de Astin (1997) évalue les effets sur la santé et plus précisément sur la détresse psychologique et son mode de coping, d'un programme de méditation en pleine conscience auprès d'une population d'étudiants. L'auteur met en évidence une diminution significative de ces symptômes. Il conclut que cette forme de méditation peut s'avérer être une stratégie d'adaptation efficace au niveau de la transformation des modes de réponse aux événements de la vie, et présenter un potentiel de prévention contre la rechute au niveau des troubles affectifs. Il souligne également l'intérêt de cette technique de méditation par son action sur la baisse de la détresse émotionnelle et l'augmentation du sens de contrôle. Au niveau des études non contrôlées, Kabat-Zinn (1992) examine l'impact d'un programme MBSR sur le GAD (General Anxiety Disorder) et constate une baisse des symptômes dépressifs et de l'anxiété entre la pré et la post-intervention ainsi qu'un maintien de ces changements après trois mois. Il rapporte aussi

que 84 % des sujets continuent cette pratique après trois mois. Toutefois, précisons que 50 % des patients testés prenaient des anxiolytiques durant le programme. Miller et al. (1995) reconduisent la recherche et le protocole de Kabat-Zinn (1992) trois ans plus tard et indiquent que les changements observés sont maintenus après trois ans avec 38 % des sujets qui pratiquent cette forme de méditation trois fois par semaine. Il conclut que l'approche MBSR n'est pas suffisante en tant que thérapie unique de soin de l'anxiété, toutefois, elle entraîne un impact positif sur la santé et constitue un atout thérapeutique supplémentaire. Gross (2004), Roth et Creasor (1997) et Minor et al. (2006) qui ont également étudié les effets de la pratique MBSR sur des patients anxieux font état de remarques similaires et valorisent l'importance du bien-être qu'apporte cette pratique chez les patients. La recherche de Weiss et al. (2005) examine les effets de la pratique MBSR sur la détresse psychologique comme thérapie associée à d'autres psychothérapies. Les auteurs rapportent des résultats significatifs sur la diminution de la détresse psychologique et ajoutent que le fait de coupler à une psychothérapie en début de parcours une pratique MBSR, mérite d'être étudié plus finement car on constate une meilleure réalisation du but thérapeutique dans le groupe méditant. Enfin, une étude de Finucane et Mercer (2006) sur l'impact d'un programme MBCT sur des patients fortement dépressifs et anxieux fait état d'une légère diminution des indicateurs d'anxiété et de dépression chez ces patients qui ont rechuté. La pratique MBCT est vue très positivement et la moitié des patients continuent d'utiliser la méthode. Des recherches plus rigoureuses dans ce domaine sont indispensables.

Immunité et santé

Le domaine neurologique a aussi été investigué par des recherches sur la méditation MBSR. Les travaux exploratoires de Davidson et al. (2003), associés au laboratoire de neurosciences affectives de l'Université du Wisconsin, ont investigué dans le cadre d'une étude contrôlée comment la méditation en pleine conscience peut influencer sur l'état de santé de l'organisme. Des recherches précises ont été effectuées avec le concours de moines bouddhistes qui mettent en lumière pour la première fois, qu'un programme court de méditation en pleine conscience produit des changements positifs durables sur le cerveau et le fonctionnement du système immunitaire. Les résultats suggèrent que la méditation, longtemps promue comme une technique pour réduire l'anxiété et le stress, produirait des effets biologiques importants qui améliorent la résistance d'une personne. Après des mesures avant et après intervention, puis à quatre mois, les résultats indiquent que la

pratique de la MBSR contribue à augmenter l'activité cérébrale de l'hémisphère gauche associée à une baisse de l'anxiété et de l'affect négatif, et à une amélioration de l'affect positif. Les données obtenues de la réponse immunitaire montrent aussi une fabrication d'anticorps plus rapide chez le groupe des méditants. Davidson conclut que les émotions positives engendrées par la pratique méditative induisent un réel bénéfice immunitaire. L'auteur conclut à l'efficacité de la méthode sur la santé. Au niveau des recherches non contrôlées, Carlson et al. (2004) ont examiné l'impact d'un programme MBSR sur différentes mesures biologiques dont le niveau de cortisol, la mélatonine et le DHEAS chez des patients atteints du cancer du sein et de la prostate. Ils constatent une diminution des paramètres immunitaires (IL-10, gamma interféron associés à la dépression) ainsi qu'une augmentation de l'indicateur IL -4 (qui est associé au ralentissement de l'augmentation des cellules cancéreuses *in vitro*). Ces résultats soulignent l'intérêt d'un effet médical direct sur la maladie et pas seulement sur l'humeur du patient. Des études contrôlées dans ce domaine seraient indispensables. Au niveau des études non contrôlées, Robinson et Mathews (2003) font état de travaux similaires. En effet, ils étudient l'impact du programme MBSR sur entre autres, les fonctions endocrines et immunitaires chez des patients atteints du VIH et constatent que le nombre de cellules NK augmente significativement chez les patients ayant suivi le groupe MBSR. Parallèlement, dans une recherche sur l'impact du programme MBSR sur l'augmentation du niveau de mélatonine, Masson et al. (1995) ont démontré un effet du groupe méditant en comparaison au groupe contrôle en termes de variation de la mesure. Cette étude souligne l'intérêt d'utiliser la mélatonine comme indicateur de mesure et accentue le concept d'interaction psychophysiologique.

Troubles dermatologiques

Dans un domaine plus physiologique, Kabat-Zinn (1998) évalue dans le cadre d'une étude contrôlée l'influence d'une intervention MBSR par l'intermédiaire d'enregistrement audio, sur la vitesse à laquelle le psoriasis régresse chez des patients subissant des traitements de photothérapie (UVB) et de photochimiothérapie (PUVA). Les données de l'étude suggèrent que la régression des lésions de la peau peut être accélérée quand les sujets s'engagent pendant leur traitement UVA ou PUVA dans un exercice de réduction de stress guidé par des enregistrements audio. Les résultats prouvent que les patients en condition MBSR atteignent le « Point à mi-chemin » (HP) et le « Point de dégagement » (CP) significativement plus rapidement que ceux qui sont dans la condition contrôle (sans enregistrement audio) à la fois pour

les traitements UVA et PUVA. Des recherches supplémentaires dans ce domaine s'avèrent nécessaires.

Gestion de la douleur

Dans une étude contrôlée, Plens-Ogan (2005) compare l'efficacité d'un programme MBSR et une pratique de massage dans la gestion de la douleur musculo-squelettique chronique. Les deux pratiques, MBSR et massage, apparaissent comme prometteuses dans le traitement de cette pathologie. Les données observées de la pratique du massage vont dans le sens d'un impact positif sur le caractère déplaisant de la douleur même s'il diminue avec le temps. Les résultats de la MBSR montrent un effet positif sur la santé mentale qui semble persister une fois le traitement terminé. Encore une fois, la démarche MBSR suggère des perspectives encourageantes sur le plan de la santé physique et psychique. Ce constat invite à des recherches futures qui doivent améliorer le cadre méthodologique de ces investigations (représentativité des échantillons, observance thérapeutique). Au niveau des recherches non contrôlées, Kabat-Zinn (1982, 1985) a mené plusieurs études sur la gestion de la douleur et constate une amélioration de cette dernière via la pratique MBSR. De même, la recherche de Kabat-Zinn (1987) sur les douleurs musculo-squelettiques ainsi que celle de Randolph (1999) sur les douleurs chroniques montrent une diminution des symptômes dolorifiques. Sur le plan longitudinal, l'étude de Kabat-Zinn rapporte que 50 % des sujets poursuivent la pratique méditative après une année et 30 % après quatre ans.

Gestion du stress et qualité de vie

Au niveau des études contrôlées, Shapiro (1998) évalue les effets du programme MBSR chez des professionnels de la santé au niveau du stress, de la qualité de vie et du bien-être, et constate les bénéfices potentiels de cette intervention d'après les données quantitatives recueillies ainsi que des bénéfices supplémentaires d'après les réponses aux questions ouvertes posées à la fin du programme. Précisément, comparés au groupe contrôle, les effets d'une pratique MBSR montrent une réduction significative du stress perçu et une augmentation de la compassion. De plus, l'auteur rapporte dans la condition MBSR des changements positifs plus favorables sur l'ensemble des variables examinées. Les participants à ladite condition révèlent une plus grande satisfaction de la vie, une diminution du burnout et de la détresse. Dans une recherche effectuée en 2005 faisant suite à celle de 1998, Shapiro constate dans le groupe des méditants une baisse significative du stress

et une augmentation de la compassion, ainsi qu'une plus grande satisfaction de la vie, une diminution du burnout et une baisse de la détresse psychologique. La pratique MBSR rend compte d'un réel avantage en termes de management du stress, de manière significative. Speca et al. (2000) ont mesuré les effets d'un programme MBSR sur les troubles de l'humeur et les symptômes de stress chez des patients cancéreux. Les résultats démontrent qu'un programme de méditation en pleine conscience relativement court peut réduire de façon efficace la perturbation de l'humeur, la fatigue et un large spectre de symptômes liés au stress chez les cancéreux. Les auteurs observent de meilleurs résultats chez les patients qui ont pris part aux sessions et médités plus longuement. Dans des problématiques cancéreuses, l'alliance entre des thérapies médicamenteuses et psychologiques comme la méditation en pleine conscience est une piste thérapeutique très importante qu'il faut renforcer.

En termes de qualité de vie et de bien-être, Williams et al. (2001) ont évalué les effets d'un programme de méditation en pleine conscience basé sur le bien-être dans la réduction de symptômes psychologiques et médicaux. Ils constatent que cette pratique améliore la santé mentale et physique par son action sur la réduction du stress. Les résultats indiquent des diminutions significatives des effets des soucis quotidiens, de la détresse psychologique, des symptômes médicaux, avec un maintien à trois mois.

Au niveau des études non contrôlées, Tacon et al. (2004), Carson et Garland (2005) et Minor et al. (2006) étudient l'impact de la pratique MBSR sur le stress chez des femmes atteintes du cancer du sein et mettent en évidence une amélioration de cet indicateur en termes de réduction des symptômes de stress, alors que Marcus et al. (2003) et Robinson et Mathews (2003) ne constatent quant à eux pas de modification des indicateurs de stress dans des études portant respectivement sur des patients en cours de désintoxication, et des patients atteints du VIH. Des études contrôlées permettraient d'optimiser la clarification du lien exact entre MBSR et réduction de stress. Au niveau de la mesure de la qualité de vie, la recherche de Roth et al. (2004) sur l'impact de la pratique MBSR sur la santé, la qualité de vie, le sommeil et l'harmonie familiale chez des patients en centre de soins, d'origine langagière hispanique et anglaise, montrent une amélioration significative de cinq des neuf mesures de santé du SF 36 mais pas d'amélioration au niveau de la qualité du sommeil ou de l'harmonie familiale. La pratique MBSR est considérée comme pertinente et efficace comme programme de médecine comportementale. Enfin, Carlson et al. (2003) et Reibel et al.

(2001) constatent une augmentation de la qualité de vie, ainsi qu'une baisse de l'anxiété et des symptômes de dépression suite à un programme MBSR chez des patients atteints de cancer du sein et de la prostate.

La dépression

Dans le cadre d'une recherche contrôlée, Teasdale et al. (2000) ont évalué un programme MBCT sur le taux de rechute et de récurrence chez des patients guéris d'une dépression majeure. Ils ont mis en évidence que chez les sujets ayant vécu au moins trois épisodes dépressifs, le programme de la MBCT réduit le risque de rechute de manière significative par rapport aux patients assignés au traitement habituel. Les auteurs relèvent qu'il n'y a pas d'effet prophylactique de la MBCT lorsque les patients présentent seulement deux épisodes de dépression antérieurs. Les effets bénéfiques de la MBCT présentent une réduction de près de la moitié du taux de rechutes/récurrences au cours de la période de suivi en comparaison au traitement habituel.

Il convient également de mentionner en termes d'études contrôlées, les travaux de Carson et Carson (2004) qui se centrent sur l'impact d'un programme MBSR sur l'interaction et l'amélioration de la vie de couple en montrant que les résultats de cette étude fournissent des éléments empiriques solides qui valident la pertinence, et l'efficacité de la pratique MBSR, pour la mesure du bonheur et de la détresse dans un couple ainsi que sa perdurance (voir étude détaillée des différents critères). L'efficacité de la pratique MBSR se manifeste au niveau de la gestion du stress, du coping, et des interactions de vie au sein d'un couple. Cette étude est prometteuse en termes de thérapie alternative pour l'amélioration de la vie en couple lors de demande d'aide. Shapiro (2003) a également mis en évidence dans le cadre d'une recherche contrôlée sur les troubles du sommeil, une amélioration des mesures de la qualité du sommeil dans les deux conditions expérimentales effectuées (MBSR vs. Contrôle), mais pas sur l'efficacité du sommeil. Les participants du groupe MBSR engagés dans une pratique plus soutenue rapportent de meilleures sensations de repos au réveil. Enfin, deux études contrôlées (Weisbecker et al. 2002; Goldenberg et al., 1994) et deux études non contrôlées (Kaplan et al., 1993 et Kristeller et Halett 1999) qui étudient respectivement l'impact de la technique MBSR sur la fibromyalgie et les troubles alimentaires mettent en évidence une amélioration des indicateurs de mesure pour la fibromyalgie, et une diminution des troubles alimentaires et des états psychologiques dépressifs qui l'accompagnent.

Par conséquent et au regard de ces nombreuses recherches, la pratique MBSR et par extension la pratique MBCT dans le cadre des rechutes dépressives, ont été identifiées comme des prises en charge efficaces et prometteuses (Roemer et al., 2003) relativement à l'amélioration de la symptomatologie physique et psychologique (Baer, 2003, Bishop, 2004) en soulignant l'importance d'améliorer la rigueur méthodologique employée, domaine que nous développerons par la suite.

Discussion

Les études (Grossman, 2003 ; Baer, 2003 ; Bishop, 2004) menées sur la pleine conscience depuis 1980 via les pratiques MBSR, MBCT ont en commun la perception commune d'une faiblesse méthodologique qui peut s'illustrer dans plusieurs domaines dont trois principaux qui sont le design de l'étude, l'évaluation et les sujets. Le premier champ dans lequel on constate un manque de rigueur méthodologique se situe au niveau du design de l'expérimentation en lui-même. En effet, beaucoup de recherches effectuées ne sont pas randomisées et le groupe expérimental généralement constitué de méditants n'est très souvent pas comparé à un groupe contrôle. Seules 32 % des études sont randomisées et une comparaison avec un groupe contrôle n'existe que dans 40 % des cas. Les études de comparaison avec d'autres thérapies sont elles aussi plutôt rares (Baer, 2003). Notons également la taille insuffisante des échantillons de sujets, car si on se réfère aux travaux de Cohen (1977), il conviendrait d'avoir des échantillons de 30 individus pour mettre en évidence au moins 80 % des effets du traitement ce qui n'est pas toujours le cas.

Le second aspect concerne la pratique de la méditation en elle-même en lien avec ces différentes étapes et son suivi pédagogique et thérapeutique. En effet, comme mentionné précédemment, la pratique MBSR et MBCT utilisent plusieurs exercices successifs tels que la méditation assise faisant intervenir des processus de concentration de l'attention et d'acceptation, le body scan qui fait intervenir des processus de concentration et de visualisation, des exercices d'élongation de hatha yoga et des exercices de concentration proprement dit basés sur la respiration. Ces exercices ont lieu sur une durée de huit semaines avec des pratiques individuelles plusieurs fois par semaine. Il serait intéressant après avoir séquencé ces exercices et isolé leur processus clés de les comparer afin d'étudier leur impact thérapeutique et de voir si les effets sont plus liés à un exercice en particulier ou à une globalité d'exercices qui définit la pratique MBSR ou MBCT. Dans le cadre de la MBCT, on retrouve également un programme de méditation associé à

des thérapies comportementales et cognitives. L'effet thérapeutique de la MBCT, surtout utilisée dans le cadre des dépressions est-il lié au programme complet ou à un ou plusieurs de ses composantes ? Cette démarche pourrait également se faire dans les pratiques ACT et DBT. En fait, c'est la question de l'ensemble des éléments qui structurent la démarche qui est ici posée en termes d'effets thérapeutiques.

Un troisième aspect concerne le contenu, la diffusion et l'évaluation des formations dispensées en matière de pleine conscience, autrement dit à la diffusion et à l'évaluation de la thérapie. À la différence d'autres alternatives thérapeutiques comme l'EMDR qui répond à un cadre strict de formation et de diffusion faisant état de critères de sélection précis pour ses pratiquants, ainsi que de niveau de formation et de cycle de supervision réguliers, les pratiques de la pleine conscience n'entrent pas dans un cadre normé de ce type. Chaque thérapeute diffuse la méthode à ses patients de manière individuelle ou en groupe, en se référant généralement à la pratique MBSR construite par Kabat-Zinn (1990). Le thérapeute est formé par un autre thérapeute ou utilise des CD sur la méthode véhiculée. Toutefois, il n'existe pas de conditions de formation de formateur ni de validation de la compétence à diffuser cette pratique thérapeutique. Ceci s'explique par le caractère jeune de cette démarche et par l'importance de son appropriation par le thérapeute. On peut donc s'attendre à des différences dans la diffusion de la pratique en fonction de son appropriation et de sa personnalisation. Ceci nous conduit à poser la question de la différence en termes d'impact thérapeutique. Les axes d'exercices clés sont utilisés comme point de repères, mais l'explication et le transfert du cœur même de la démarche peuvent se faire différemment et par conséquent, des différences en termes d'effets thérapeutiques sont susceptibles d'apparaître. De même et à la différence d'autres thérapies, le thérapeute peut ou non être pratiquant de sa méthode. Un thérapeute qui pratique la méditation régulièrement depuis un certain nombre d'années va nécessairement avoir une perception de l'expérience de la pleine conscience qui diffère par rapport à celui qui choisira de la diffuser sans se l'approprier régulièrement. Cette divergence a peut-être des conséquences sur les résultats thérapeutiques. Des études de comparaison devraient permettre d'apporter des réponses.

Une quatrième remarque est liée à la distinction entre une pratique de groupe et une pratique individuelle dans la diffusion de la méthode. L'effet de groupe peut constituer un élément thérapeutique en soi qu'il convient de ne pas négliger, particulièrement dans la pratique MBCT où un échange plus structuré est organisé avec le thérapeute et les autres membres du groupe. Ici également, il serait pertinent de comparer des

sujets formés individuellement avec des sujets formés en groupe et voir si cet effet de groupe joue un rôle en termes d'impact thérapeutique.

Enfin, une cinquième remarque concerne la question de l'observance thérapeutique. Les sujets qui suivent ce type de thérapie sont encouragés à pratiquer plusieurs fois par semaine cette forme de méditation (30 à 45 minutes) durant la période de huit semaines. Par la suite, la pratique est primordiale. Les recherches (Bishop, 2004, Baer, 2003) mettent en évidence un lien entre la pratique et l'action thérapeutique, toutefois, il n'y a pas eu d'études rigoureuses qui explicitent ce lien. Le sujet a ici un rôle actif important dans la mesure où il s'inscrit dans une démarche personnelle de pratique qui peut l'inviter à changer ses habitudes de vie. Bien sûr, le rôle du patient est également important dans d'autres formes de thérapie, mais dans ces dernières, le thérapeute reste la personne organisatrice de la thérapie qui organise la démarche thérapeutique et la structure avec une dimension de pouvoir incontestable. Dans la méditation, une fois la pratique diffusée, c'est le sujet qui est l'acteur fondamental de son bien-être en construction et c'est par la pratique quotidienne qu'il va pouvoir se loger dans une démarche de vie différente. Il reste seul face à lui-même et le choix de ne plus pratiquer pour des raisons diverses peut être tentant et plus ou moins accentué en fonction des différentes pathologies.

Conclusion

La méditation en pleine conscience constitue selon nous un champ de recherche très prometteur pour la prise en charge des malades en psychologie de la santé. Au regard des nombreuses études cliniques, on constate que les techniques MBSR, MBCT appliquées à la pleine conscience s'avèrent pertinentes et apportent un résultat en terme d'amélioration de la santé en général. Toutefois, les recherches sur la pleine conscience n'en sont encore qu'à leur début, et vont nécessiter des approches plus rigoureuses sur le plan méthodologique et des développements conceptuels plus affinés. En termes de mécanisme d'action agissant sur l'individu, il y a encore beaucoup de possibilités et de chemins à explorer pouvant jouer un rôle dans ce processus complexe. Une des étapes suivantes sera de développer des hypothèses testables s'appuyant sur des données empiriques et de comparer ce domaine à d'autres alternatives thérapeutiques afin de mettre en lumière des éléments semblables. Enfin, il convient de ne pas négliger l'impact de la dimension spirituelle en tant qu'ouverture de l'individu à d'autres possibilités et champs d'expérience pouvant jouer un rôle dans le processus de guérison et d'épanouissement de l'individu.

Références

- ASTIN, J., 1997, Stress reduction through MBSR: effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experience, *Psychotherapy Psychosomatic*, 66, 96-106.
- BAER, R., 2003, Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review, *Clinical Psychology: Science Practice*, 10, 2, 125-142.
- BERGHMANS, C., STRUB, L., TARQUINIO, C., 2008, The meditative approach of concentration in alternative therapeutic treatments and its impact on health: a critical review — submitted to *Journal of Complementary and Alternative Medicine*.
- BERGHMANS, C., TARQUINIO, C., STRUB, L., 2007, La Méditation: une nouvelle approche en psychologie de la santé, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 19, 120-135.
- BERGHMANS, C., STRUB, L., TARQUINIO, C., 2008, Méditation de pleine conscience et psychothérapie: état des lieux théorique, mesures et pistes de recherches, *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 18, 62-71.
- BISHOP, S., LAU, M., SHAPIRO, S., CARLSON, L., ANDERSON, N., CARMODY, J., SEGAL, Z., ABBEY, S., SPECA, M., VELTING, D., DEVINS, G., 2004, Mindfulness: a proposed operational definition, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 3, 230-241.
- CARDOSO, R., SOUZA, E., 2004, Meditation in health: an operational definition, *Brain Research Protocols*, 14, 58-60.
- CARLSON, L., SPECA, M., PATEL, K., GOODEY, E., 2003, MBSR in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients, *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- CARLSON, L., SPECA, M., PATEL, K., GOODEY, E., 2004, MBSR in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, DHEAS and melatonin in breast and prostate cancer outpatients, *Psychoneuro Endocrinology*, 29, 4, 448-474.
- CARSON, L. E., GARLAND, S. L., 2005, Impact of MBSR on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients, *International Journal of Behavioural Medicine*, 12, 78-285.
- CARSON, J. W., CARSON, K.M., GIL, K. M., BAUCOM, D. H., 2004, Mindfulness based relationship enhancement, *Behavior Therapy*, 35, 471-494.

- COHEN, J., 1977, *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, Academic Press, New York.
- DAVIDSON, R. J., KABAT-ZINN, J., SCHUMACHER, J., ROSENKRANZ, M., MULLER, D., SANTORELLI, S., URBANOWSKI, F., HARRINGTON, A., BONUS, K., SHERIDAN, J., 2000, Alterations in Brain and immune function produced by mindfulness meditation, *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- FINUCANA, A., MERCER, S. W., 2006, An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patients with active depression and anxiety in primary care, *BMC Psychiatry*, 7, 6-14.
- FISHER, G. N., 2002, *Traité de psychologie de la santé*, Paris, Dunod.
- GOLDBERG E., KAPLAN K., NADEAU M., BRODEUR C., SMITH S., SCHMIDT C., 1994, A control study of stress reduction, cognitive behavioural treatment program in fibromyalgia, *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2, 53-66.
- GROSS, C., 2004, Mindfulness meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study, *Advances in Mind Body Medicine*, 20, 2, 20-29.
- GROSSMAN, P., NIEMANN, L., SCHMIDT, S., WALACH, H., 2003, Mindfulness based stress reduction and health benefits, A meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- HAYES, S., 2005, *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*, Springer, New York.
- HAYES, S., 1999, *Acceptance and Commitment Therapy: an Experimental Approach to Behavior Change*, Guilford Press, New York.
- KABAT-ZINN, J., 1982, An outpatient program in behavioural medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results, *General Hospital Psychiatry*, 4, 1, 33-47.
- KABAT-ZINN, J., 1990, *Full Catastrophe Living*, Del Publishing, New York.
- KABAT-ZINN, J., LIPSORTH, L., BURNEY, R., 1985, The clinical use of mindfulness meditation for the self regulation of chronic pain, *Journal of Behavioural Medicine*, 8, 2, 163-190.
- KABAT-ZINN, J., MASSION, A., KRISTELLER, O., PETERSON, L., FLETCHER, K. E., PBERT, L., 1992, Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders, *American Journal of Psychiatry*, 149, 7, 936-943.
- KABAT-ZINN, J., WEELER, E., LIGHT, T., SKILLINGS, A., SCHARF, M., CROPLEY, T., HOSMER, D., BERNHARD, J., 1998, Influence of MBSR intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis

- undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA), *Psychosomatic Medicine*, 60, 5, 625-632.
- KABAT-ZINN, J., LIPWORTH L., BURNEY R., SELLERS, W., 1987, Four years follow up of a meditation- based program for the self regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance, *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.
- KAPLAN, K., GOLDENBERG, D., GALVIN-NADEAU, M., 1993, The impact of MBSR on fibromyalgia, *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.
- KRISTELLER, J., HALLETT, C., 1999, An exploratory study of meditation based intervention for binge eating disorder, *Journal of Health Psychology*, 4, 3, 357-363.
- LINEHAN, M., 1993, *Cognitive Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford Press, New York.
- MARCUS, M. T., 2003, Change in stress levels following MBSR in a therapeutic community, *Addictive Disorders Treatment*, 2, 63-68.
- MASSON, A., TEAS, J., HERBERT, J., WERTHEIMER, M., KABAT-ZINN, J., 1995, Meditation, Melatonin and breast, prostate cancer: hypothesis and preliminary data, *Medical Hypothesis*.
- MILLER, J. J., FLETCHER, K., KABAT-ZINN, J., 1995, Three years follow up and clinical implications of a MBSR intervention in the treatment of anxiety disorders, *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Minor, H. G., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J., Jones, K., 2006, Evaluation of a MBSR program for caregivers of children with chronic conditions, *Social Work Health Care*, 43, 91-109.
- PARASURAMAN, R., 1998, *The Attentive Brain*, Mit Press, Cambridge, MA.
- PLEWS-OGAN, M., OWENS, J. E., 2005, A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain, *Journal of General International Medicine*, 20, 1136-1138.
- POSNER, M. I., 1980, Orienting of attention, *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32, 3-25.
- POSNER, M. I., ROTH, M. K., 1992, Attentional mechanisms and conscious experience, *The Neuropsychology of Consciousness*, Academic Press, Toronto.
- RANDOLPH, P. D., CALDERA, Y. M., TACONE, A. M., GREAK, M. L., 1999, The long term combined effects of medical treatment and mindfulness based behavioural program for the multidisciplinary management of chronic pain in west Texas, *Pain Digest*, 9, 103-112.

- REIBEL, D. K., 2001, Mindfulness based stress reduction in health-related quality of life in a heterogeneous patient population, *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- ROBINSON, F. P., MATHEWS, H. L., WITEK-JANUSEK, L., 2003, Psycho endocrine immune response to MBSR in individuals infected with HIV : a quasi experimental study, *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9, 683-694.
- ROEMER, L., ORSILLO, S., 2003, Mindfulness : a promising intervention strategy in need of further study, *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 2, 172-178.
- ROTH, B., CREASER, T., 1997, MBSR experience with a bilingual inner-city program, *Nurse Practitioner*.
- ROTH, B., ROBBINS, D., 2004, MBSR and health related quality of life : findings from a bilingual inner city patient population, *Psychosomatic Medicine*, 66, 113-123.
- SHAPIRO, S., 2006, The meeting of meditative disciplines and western psychology, *American Psychologist*, 61, 3, 227-239.
- SEGAL, Z., 2006, *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, De Boeck Édition.
- SEGAL, Z. V., 2002, *MBCT for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*, Guilford Press, New York.
- SHAPIRO, S., CARLSON, L. E., ASTIN, J. A., FREEDMAN, B., 2006, Mechanism of mindfulness, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 3, 373-386.
- SHAPIRO, S., SCHWARTZ, G., BONNER, G., 1998, Effects of mindfulness based stress reduction on medical and premedical students, *Journal of Behavioural Medicine*, 21, 6, 581-589.
- SHAPIRO, S. L., 2005, Mechanism of mindfulness, *Journal of Clinical Psychology*, 62, 3, 373-386.
- SHAPIRO, S. L., BOOTZIN, R., FIGUEREDO, A., LOPEZ, A., SCHWARTZ, G., 2003, The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer, An exploratory study, *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 85-91.
- SHAPIRO, S. L., ASTIN, J. A., BISHOP, S. R., CORDOVA, M., 2005, Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial, *International Journal of Stress Management*, 12, 2, 164-176.

- SPECA, M., CARLSON, L., GOODEY, E., ANGEN, M., 2000, A randomised wait list controlled trial : the effects of MBSR program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients, *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-22.
- TACON, A. M., CALDERA, Y. M., RONAGHAN, C., 2004, MBSR in women with breast cancer, *Families, System and Health*, 22, 193-203.
- TEASDALE, J. D., SEGAL, Z. V., WILLIAM, J. M. G., RIDGEWAY, V. A., SOULSBY, J. M., LAU, M. A., 2000, Prevention of relapse, recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy, *Journal of Consult Clinical Psychology*, 68, 4, 615-23.
- WEISS, M., NORDLIE, J. W., SIEGEL, E. P., 2005, MBSR as an adjunct to outpatient psychotherapy, *Psychotherapy Psychosomatic*, 74, 108-112.
- WEISSBECKER, I., SALMON, P., STUDTS, J., FLOYD, A., DEDERT, E., SEPHTON, S., 2002, Mindfulness-based Stress Reduction and Sense of Coherence (SOC) among women with fibromyalgia, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9, 4, 297-307.
- WILLIAMS, K.A., KOLAR, M.M., REGER, B., PEARSON, J., 2001, Evaluation of a wellness based mindfulness stress reduction intervention : a controlled trial, *American Journal of Health Promotion*, 15, 6, 422-32.

ABSTRACT

Full conscious meditation and psychotherapy in health and illness: literature review

This research aims at delimitating the realm of meditation as therapeutic care in the field of the health psychology. The authors concentrate on the most prolific current of these last years in research terms: the meditation in full consciousness. The objective is to define the concept of meditation and full consciousness, to then pay attention on the relevant psychotherapies and clinical studies in this domain. Meditation in full consciousness constitutes a very promising field of research for health psychology within the framework of care. Techniques such as MBSR, MBCT applied to the full consciousness turns out relevant and result in improvement of general health. However, studies on full consciousness are still at very early stage and more rigorous approaches on a methodological level and refined conceptual developments are necessary.

RESUMEN

Meditación plenamente consciente y psicoterapia para el cuidado de la salud y la enfermedad

El objetivo de esta investigación es delimitar el ámbito de la meditación en tanto que cuidado terapéutico en el campo de la psicología de la salud. Los autores se interesan en la corriente más prolífica de los últimos años en términos de investigación: la meditación plenamente consciente. El objetivo es definir el concepto de meditación y de plena consciencia para enseguida dirigir la atención a las psicoterapias que se derivan de ello y los estudios clínicos efectuados en este campo. La meditación plenamente consciente constituye un campo de investigación muy prometedor para la psicología de la salud en el marco de los cuidados terapéuticos. Respecto a los numerosos estudios clínicos, los autores constatan que las técnicas MBSR, MBCT aplicadas a la consciencia plena son pertinentes y aportan un resultado en términos de mejora de la salud en general. Sin embargo, las investigaciones acerca de la consciencia plena no están más que en sus inicios. Se necesitan enfoques más rigurosos en el plano metodológico y desarrollos conceptuales más precisos.

RESUMO**Meditação de consciência plena e psicoterapia na assistência à saúde e à doença**

O tema desta pesquisa é delimitar a área da meditação como assistência terapêutica no campo da psicologia da saúde. Os autores se interessam sobre a corrente mais prolífica destes últimos anos em termos de pesquisa: a meditação de consciência plena. O objetivo é definir o conceito de meditação e de consciência plena, para, em seguida, concentrar-se nas psicoterapias resultantes e nos estudos clínicos realizados nesta área. A meditação de consciência plena constitui um campo de pesquisa muito promissor para a psicologia da saúde em assistências terapêuticas. Segundo vários estudos clínicos, os autores constatam que as técnicas MBSR, MBCT aplicadas em consciência plena são pertinentes e trazem um resultado em termos de melhoria da saúde em geral. Entretanto, as pesquisas sobre a consciência plena ainda estão apenas no início. Seriam necessárias abordagens mais rigorosas no plano metodológico e desenvolvimentos conceituais mais refinados.

Tableau I
Synthèse des études

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
ÉTUDES CONTRÔLÉES	(randomisation et comparaison avant/après)					
Astin (1997)	Évaluer les effets sur la santé d'un programme de méditation en pleine-conscience chez des étudiants. Mesures avant/après intervention	Troubles affectifs Modes de coping	Méditation en PC (n = 12) Contrôle (n = 7)	8 sessions de 2 h/semaine avec exercices à la maison (45 min./jour, 5 jours/semaine)	SCL-90-R (Détresse) SCI (Sens du Contrôle) INSPIRIT (Expériences spirituelles)	Les résultats montrent des effets significatifs sur l'ensemble des mesures. La méditation en PC peut s'avérer une stratégie de coping efficace au niveau de la transformation des modes de réponse aux événements de la vie et présenter un potentiel de prévention contre la rechute au niveau de troubles affectifs.
Shapiro et al. (2003)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur le traitement des troubles du sommeil chez des femmes atteintes d'un cancer du sein. Mesures avant/pendant/après, puis à 3 et 9 mois.	Troubles sommeil	MBSR (n = 26) Contrôle (n = 28)	6 sessions de 2 h/semaine et une retraite en silence de 6h.	POMS (Humeur) BDI (Dépression) PENN (Inquiétudes) STAI (Anxiété) FACT-B (Qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein) SCI (Contrôle) SOC (Sens de cohérence) Journal de sommeil quotidien	Les résultats montrent une amélioration des mesures de la qualité du sommeil dans les deux conditions expérimentales (MBSR vs. Contrôle), mais pas sur l'efficacité du sommeil. Les participants du groupe MBSR engagés dans une pratique plus soutenue rapportent de meilleures sensations de repos au réveil.
Davidson et al. (2000)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur les mesures d'activités cérébrales et la fonction immunitaire. Mesures avant/après intervention, puis à 4 mois.	Anxiété, immunité	MBSR (n = 25) Contrôle — Liste d'attente (n = 16)	8 sessions de 2,5 à 3 h/semaine, puis retraite de silence de 7 en semaine 6, avec exercices à la maison (1 h/jour, 6 jours/semaine)	PANAS (États affectifs) STAI (Anxiété) EEG (Electro-encéphalogramme) EOG (Électro-oculogramme) Analyse de sang (Formation anticorps vaccination)	Les résultats indiquent que la pratique de la MBSR contribue à augmenter l'activité cérébrale de l'hémisphère gauche associée à une baisse de l'anxiété et de l'affect négatif et à une amélioration de l'affect positif. Les données obtenues de la réponse immunitaire montrent une fabrication d'anticorps plus rapide chez le groupe des méditants.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Kabat-Zinn et al. (1998)	Évaluer l'influence d'une intervention MBSR sur la vitesse à laquelle le psoriasis régresse chez des patients subissant des traitements de photothérapie (UVB) et de photochimiothérapie (PUVA).	Dermatologie — Psoriasis	MBSR condition UVB (n = 11) MBSR condition PUVA (n = 8) Contrôle condition UVB (n = 10) Contrôle condition PUVA (n = 8)	20 sessions de traitements. Les instructions de la pratique de la méditation étaient transmises par enregistrements audio et servaient de guide pendant les traitements.	SCL-90-R (Détresse) STAI (Anxiété) Questionnaires relatifs à la perception de l'intervention (Échelle de 1-10) 4 indicateurs séquentiels de statut de la peau ont été recueillis pendant l'étude : - FRP (Premier point de réponse) - TP (Tourmant) - HP (Point à mi-chemin) - CP (Point de dégagement)	Les données de l'étude suggèrent que la régression des lésions de la peau peut être accélérée quand les sujets s'engagent pendant leur traitement UVA ou PUVA dans un exercice de réduction de stress guidé par des enregistrements audio. Les résultats prouvent que les patients en condition MBSR atteignent le « Point à mi-chemin » (HP) et le « Point de dégagement » (CP) significativement plus rapidement que ceux dans la condition contrôle (sans enregistrement audio) à la fois pour les traitements UVA et PUVA.
Plens-Ogan et al. (2005)	Comparer l'efficacité d'un programme MBSR et une pratique de massage dans la gestion de la douleur musculosquelettique chronique. Mesures avant/après intervention.	Gestion de la douleur	MBSR (n = 5) Massage (n = 9) Contrôle (n = 8)	8 sessions de 2,5 h/semaine, avec exercices à la maison. 8 sessions de 1 h/semaine.	SF-12 (Santé) Mesure de la douleur – échelle numérique	Les deux pratiques, MBSR et massage, apparaissent comme prometteuses dans le traitement de la douleur musculosquelettique. Les données observées de la pratique du massage vont dans le sens d'un impact positif sur le caractère déplaisant de la douleur même s'il diminue avec le temps. Les résultats de la MBSR vont dans la direction d'un effet positif sur la santé mentale qui semble persister une fois le traitement terminé.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Shapiro et al. (2005)	Évaluer les effets d'un programme MBSR chez des professionnels de la santé (impliqués dans leur pratique). Cette étude fait suite à celles de Shapiro et al. (1998) et Jain et al. (2004) sur ce même objet avec des sujets en formation à la différence de ces derniers en pratique.	Stress et qualité de vie compassion	MBSR (n = 10), (n = 18 au départ) Contrôle (n = 18) (n = 20 au départ)	MBSR — 8 sessions de 2,5h/semaine, avec exercices à la maison.	BSI (détresse psychologique) MBI (burn out) PSS (stress) SWLS (qualité de vie) SCS (auto compassion)	On constate dans le groupe des méditant une baisse significative du stress et une augmentation de la compassion, ainsi qu'une plus grande satisfaction de vie, une diminution du burn out et une baisse de la détresse psychologique. La pratique MBSR rend compte d'un réel avantage en terme de management du stress, de manière significative.
Shapiro et al. (1998)	Évaluer les effets d'un programme MBSR chez des professionnels de la santé.	Qualité de vie, bien être	MBSR (n = 10) Contrôle — Liste d'attente (n = 18)	8 sessions de 2 h/semaine avec pratique quotidienne à la maison.	BSI (Détresse) MBI (Burnout) PSS (Stress perçu) SWLS (Satisfaction de la vie) Self-Compassion Scale (Compassion) Questions ouvertes en fin d'intervention : - quelle importance a eu le programme MBSR dans votre vie sur une échelle de 1 à 10 ? - que pensez-vous que ce programme vous ait apporté ?	L'étude révèle des bénéfices potentiels d'une intervention de la MBSR chez les professionnels de santé d'après les données quantitatives, et des bénéfices supplémentaires d'après les réponses aux questions ouvertes posées à la fin du programme. Précisément, comparée au groupe contrôle, les effets d'une pratique de la MBSR montre une réduction significative du stress perçu et une augmentation de la compassion. De plus, la condition MBSR montre des changements positifs plus favorables sur l'ensemble des variables examinées. Les participants à ladite condition rapportent une plus grande satisfaction de la vie, une diminution du burnout et de la détresse.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Specia et al. (2000)	Évaluer les effets d'un programme de méditation en pleine-conscience sur les troubles de l'humeur et les symptômes de stress chez des cancéreux. Mesures avant/après intervention	Stress et humeur	Méditation (n = 53) Contrôle — Liste d'attente (n = 37)	7 sessions de 90 min./semaine avec exercices quotidiens à la maison.	POMS (Humeur) SOSI (Stress)	Les résultats démontrent qu'un programme de méditation en pleine-conscience relativement court peut réduire de façon efficace la perturbation de l'humeur, la fatigue et un large spectre de symptômes liés au stress chez les cancéreux. Les auteurs observent de meilleurs résultats chez les patients qui ont pris part aux sessions et médités plus longuement.
Teasdale et al. (2000)	Évaluation d'une pratique de la MBCT sur le taux de rechute et de récurrence chez des patients guéris d'une dépression majeure.	Dépression	MBCT (n = 76) : méditation + traitement habituel Contrôle (n = 69) : traitement habituel	8 sessions de 2 h/semaine de formation en groupe avec exercices quotidiens à la maison.	HRSD (Sévérité dépression) BDI (Dépression)	Les résultats indiquent que chez les patients ayant vécu au moins trois épisodes dépressifs le programme de la MBCT réduit le risque de rechute de manière significative par rapport aux patients assignés au traitement habituel. Les auteurs relèvent qu'il n'y a pas d'effet prophylactique de la MBCT lorsque les patients présentent seulement deux épisodes de dépression antérieurs. Les effets bénéfiques de la MBCT présentent une réduction de près de la moitié du taux de rechutes/récurrences au cours de la période de suivi en comparaison au traitement habituel.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Carson et al. (2004)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur la vie et l'interaction dans un couple	Vie de couple	MBSR (n = 44, 22 couples) Contrôle (n = 44, 22 couples)	150 m par semaine de MBSR durant 8 semaines et 1 journée de retraite	QMI (Quality Marriage Index) ARI (Autonomy Relatedness Inventory) IOS (Inclusion Other in Self scale) API (Acceptance of Partner Index) GDS (Global Distress Scale) LOT-R INSPIRIT IRI BSI Fiche de suivi journalière	Les résultats de cette étude fournissent des éléments empiriques solides qui valident la pertinence et l'efficacité de la pratique MBSR pour la mesure du bonheur et de la détresse dans un couple ainsi que sa perdurabilité (cf: étude détaillée des différents critères). L'efficacité de la pratique MBSR se manifeste au niveau de la gestion du stress, du coping pour le stress et des interactions de vie au sein d'un couple. Cette étude est prometteuse en terme de thérapie alternative pour l'amélioration de la vie en couple lors de demande d'aide.
Weisbecker et al. (2002)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur la disposition à donner du sens à la vie et la capacité de la gérer (SOC) dans une prise en charge de femmes souffrant de fibromyalgie. Mesures avant intervention et à 8 semaines.	Fibromyalgie, stress	MBSR (n = 37) Contrôle — Liste d'attente (n = 25)	8 sessions de 2,5h/semaine avec exercices à la maison 6 jours/7. Prise en charge après 4 mois.	OLQ (Sens cohérence) FIQ (Évaluation physique, psychologique, sociale et bien-être associée à la fibromyalgie) PSS (Stress perçu) BDI (Dépression)	Les résultats indiquent que la condition MBSR est associée à une augmentation significative du SOC alors que les participants assignés au groupe contrôle maintiennent une stabilité dans leur SOC. L'étude montre que le SOC n'est pas un modérateur statistiquement significatif des effets de symptôme sur la détresse psychologique.
Williams et al. (2001)	Évaluer les effets d'un programme de méditation en pleine-conscience basé sur le bien-être dans la réduction de symptômes psychologiques et médicaux. Mesures initiale, après l'intervention et suivi à 3 mois.	Qualité de vie, bien être	Méditation (n = 35) Contrôle (n = 27)	8 semaines avec pratique à la maison de 1 h/jour.	Daily Stress Inventory (Stress) Revised Hopkins Symptom Checklist (Détresse) Medical Symptom Checklist (Médical) Questionnaire de suivi (Observance)	La méditation en pleine-conscience améliore la santé mentale et physique par son action sur la réduction du stress. Les résultats indiquent des diminutions significatives des effets des soucis quotidiens, de la détresse psychologique, des symptômes médicaux, avec un maintien à 3 mois.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Goldenberg et al. (1994)	Étude de l'impact de la formation MBSR sur des sujets souffrant de fibromyalgie	Fibromyalgie	Méditation (n = 79) Contrôle, liste d'attente (n = 18)	Programme de méditation MBSR de 8 semaines	SCL 90 R Fibo impact Q VAS douleur, sommeil	67 % des sujets font état d'une amélioration des symptômes via le groupe contrôle. Les changements positifs au niveau de la maladie est en amélioration de 16 % chez les sujets méditant via le groupe contrôle.
ÉTUDES NON CONTRÔLÉES	Pas de randomisation, pas de groupe contrôle pour comparaison avant/après sauf exception signalée*					
Kabat-Zinn et al. (1992)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur GAD et sur l'anxiété (panique)	Anxiété	Méditation (n = 24) Pas de groupe contrôle 50 % des patients prennent des anxiolytiques durant l'intervention	Programme MBSR de 8 semaines	Échelle de dépression Beck & Hamilton rating scale (anxiety & depression) Fear survey schedule Mobility inventory for agoraphobie	On constate une baisse de la dépression et de l'anxiété entre la pré et la post intervention avec un maintien de ces changements à 3 mois ainsi qu'une diminution de la peur et de l'agoraphobie. Après 3 mois, 84 % des sujets continuent de pratiquer cette forme de méditation.
Miller et al. (1995)	Évaluer les effets d'un programme MBSR sur GAD (General anxiety disorder) et sur l'anxiété (panique), Kabat-Zinn, 1992 – 3 ans plus tard	Anxiété	Méditation (n = 18) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR 50 % des sujets suivent une psychothérapie additionnelle pour soigner l'anxiété	Échelle de dépression Beck & Hamilton Fear survey Mobility inventory for agoraphobie	Les changements observés sont maintenus après 3 ans. 16 sujets pratiquent des techniques de pleine conscience et de focalisation sur la respiration. 38 % des sujets pratiquent cette forme de méditation 3 fois par semaine. L'approche MBSR n'est pas suffisante en tant que thérapie unique de soin de l'anxiété, toutefois, elle entraîne un impact positif sur la santé et constitue un atout thérapeutique supplémentaire.
Kabat-Zinn (1982)	Évaluer l'approche MBSR sur les douleurs chroniques	Douleur	Méditation (n = 51) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PRI BBPA Interfere rtg MSCL POMS SCL 90 R GSI	50 % des sujets font état d'une réduction de la douleur.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Kabat-Zinn (1985)	Évaluer l'approche MBSR sur les douleurs chroniques	Douleur	Méditation (n = 90) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SCL 90 R Mc Gill pain q. POMS Questionnaire d'impact fonctionnel	Une amélioration des mesures apparaît pour plus de 55 % des sujets, jusqu'à 75 % pour l'humeur.
Kabat-Zinn (1987)	Observation et suivi de la pratique MBSR après la formation jusqu'à 4 ans	Douleur (musculo-squelétique)	Méditation (n = 225) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PRI POMS SCL 90 R MSCL BPPA	On constate une diminution de la douleur entre pré et post intervention. Après 1 an, seulement 50 % des sujets continuent leur pratique méditative à raison de 3 fois par semaines et 30 % après 4 ans.
Kaplan et al. (1993)	Étude de l'impact de la technique MBSR sur la fibromyalgie	Fibromyalgie	Méditation (n = 59) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	VAS pour la douleur et le sommeil SCL 90 R, CSQ, MSCL, FIQ, FAI	50 % des sujets montrent une amélioration de 25 % sur plus de 50 % des indicateurs de mesures et 19 % des sujets font état d'une amélioration de 50 % sur plus de 50 % des indicateurs de mesure.
Kristeller et Hallett (1999)	Étude de l'impact d'une pratique MBSR sur les troubles alimentaires (anorexie)	Troubles alimentaires	Méditation (n = 18) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	Binge eating scale Inventaire de Beck Evaluatio par Telephone des binge eating episodes	On constate une diminution des troubles alimentaires et des états psychologiques dépressifs qui l'accompagnent.
Carlson, Speca et al. (2004)	Étude de l'impact d'une pratique MBSR sur la qualité de vie, l'humeur, le stress, le niveau de cortisol, la mélatonine, le DHEAS chez des patients atteints de cancer du sein et de la prostate	Qualité vie, humeur, stress (cancer)	Méditation (n = 69) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SOSI POMS EORTC QLQ C30 Health behavior form Taux cortisol, DHEAS, mélatonine	Une amélioration du stress, de la qualité de vie apparaissent chez 42 patients.. Pas d'amélioration au niveau de l'humeur. L'amélioration de la qualité de vie est associé à la baisse du taux de cortisol de l'après midi. uniquement. Pas de changements dans les autres mesures..Cette étude souligne le lien potentiel entre MBSR et des changements hormonaux (HPA), mais elle n'est que préliminaire dans ce domaine et invite à une rigueur méthodologique plus grande.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Carlson, Speca et al. (2003)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur le stress, la qualité de vie et l'immunité chez des patients atteints de cancer du sein et de la prostate	Cancer (seins, prostate) immunité	Méditation (n = 58) Pas de groupes contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SOSI Health behaviour form par entretiens EORTC QLC C 30 Pression sanguine systolique Gamma interferon Interleukin (IL) 10, IL-4	On constate une amélioration de la qualité de vie et de sommeil ainsi qu'une baisse des symptômes d'anxiété et de dépression. Egalement, une diminution de paramètres immunitaires (IL-10, gamma interferon associés à la dépression) se manifeste ainsi qu'une augmentation de l'indicateur IL -4 (qui est associé au ralentissement de l'augmentation des cellules cancéreuses in vitro). Ces résultats soulignent l'intérêt d'un effet médical direct sur la maladie et pas seulement sur l'humeur du patient.
Gross, Kreitzer et al. (2004)	Étude de l'impact de la pratique MBSR au niveau de la dépression, de l'anxiété, du sommeil et de la qualité de vie chez des patients ayant été transplantés au niveau du pancréas	Anxiété, dépression, qualité de vie	Méditation (n = ?) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	CES D STAI Y 1 PSQI	On constate une amélioration de la qualité de sommeil, des symptômes de dépression et d'anxiété (après 3 mois).
Roth et Creasor (1997)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur la douleur chronique, la dépression, l'anxiété, le diabète et l'hypertension	Douleur chronique Anxiété, dépression Diabète et hypertension	Méditation (n = 72) (anglophone, n = 21, espagnole, n = 51) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SCL 90 R Inventaire d'anxiété de Beck Inventaire d'estime de soi de Coopersmith et de Rosenberg MSCL	On constate une amélioration significative pour toutes les mesures utilisées. La méthode MBSR apporte de bien être.
Randolph et al. (1999)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur la gestion de la douleur chronique	Douleur chronique	Méditation (n = 78) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines Programme médicamenteux couplé	Pain rtgs BSI GSI POMS Pain beliefs	Les résultats de cette étude montrent l'efficacité de la pratique MBSR en terme de bien être. Toutefois, une optimisation de la rigueur méthodologique est nécessaire afin de confirmer ces résultats.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Tacon et al. (2004)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur l'anxiété et le stress chez des femmes atteintes du cancer du sein	Anxiété et stress (femme cancer seins)	Méditation (n = 27) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	Stress anxiété	Cette étude suggère une amélioration des indicateurs de stress et d'anxiété ainsi qu'un meilleur ajustement en terme de perception à la maladie.
Minor et al. (2006)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur le stress et l'humeur chez des patients prenant soins d'enfants malades	Stress, humeur, anxiété	Méditation (n = 44) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	SOSI POMS	On constate une réduction des symptômes de stress de 32 % et une amélioration significative de l'humeur chez les sujets ayant suivis la pratique MBSR
Robinson et Mathews (2003)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur le stress, l'humeur, les fonctions endocrines et immunitaires chez des patients atteints du VIH	Stress, humeur, immunité	Méditation (n = 46), 24 sujets terminent l'intervention Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PSS POMS DHEAS, Cortisol	On constate que le nombre de cellule NK augmente significativement chez les patients ayant suivi le groupe MBSR. Pas de changements significatifs dans les autres indicateurs.
Weiss et al. (2005)*	Étude de l'effet de la pratique MBSR comme thérapie associé à d'autres psychothérapies	Détresse psychologique	Méditation (n = 15 ?) Contrôle (n = 16) Groupe psychothérapeutique (N = 31)	Programme MBSR de 8 semaines	GSI SCL 90 R Échelle de but de le thérapie	Le fait de coupler à une psychothérapie en début de parcours une pratique MBSR mérite d'être étudié plus finement car on constate une meilleure réalisation du but thérapeutique dans le groupe méditant.
Roth et al. (2004)*	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur la santé, la qualité de vie, le sommeil et l'harmonie familiale chez des patients en centre de soins d'origine langagière hispanique et anglaise.	Santé, qualité de vie, sommeil	Méditation (n = 68) Contrôle (n = 18) 30 à 45m par jours, § jours semaines de pratique personnelle	Programme MBSR de 8 semaines	SF 36 health survey Questionnaire d'harmonie familiale	Les résultats montrent une amélioration significative de de 5 des 9 mesures de santé du SF 36 mais pas d'amélioration au niveau de la qualité du sommeil ou de l'harmonie familiale. La pratique MBSR est considérée comme pertinente et efficace comme programme de médecine comportementale.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Marcus, Fine et al. (2003)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur des indicateurs physique et psychologiques de stress chez des patients en traitement de désintoxication	Drogue, stress	Méditation (n = 21) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	PSS Taux de cortisol salivaire au réveil	Les résultats montrent une baisse significative du taux de cortisol salivaire chez les sujets. On ne remarque pas de changement au niveau de la mesure du stress. Cette étude accentue le fait de l'influence de la pratique MBSR sur des réponses physiologique du stress et valorise l'utilisation de la cortisol salivaire comme indicateur de mesure physiologique du stress.
Finucane et Mercer (2006)	Étude de l'impact de la pratique MBCT sur des patients fortement dépressifs et anxieux	Dépression, anxiété	Méditation (n = 13) Pas de groupe contrôle	Programme MBCT de 8 semaines	BDI II BAI	Les résultats montrent une légère diminution des indicateurs d'anxiété et de dépression chez ces patients ayant rechutés. La pratique MBT est vue très positivement et la moitié des patients continuent d'utiliser la méthode. Des recherches plus rigoureuses dans ce domaine sont indispensables.
Masson et al. (1995)*	Étude de l'influence de la pratique de la méditation MBSR sur l'augmentation du niveau de mélatonin. Hypothèse de psychosensitivité de la mélatonine.	Immunité (mélatonine)	Méditation (n = 8) Contrôle (n = 8)	Programme MBSR de 8 semaines	Analyse d'urine (6 sulphatoxymélatonine) sur une période de 12 h (20 h à 8 h)	Ces résultats montrent un effet du groupe méditant via le groupe contrôle en terme de variation de la mesure. Cette étude souligne l'intérêt d'utiliser la mélatonine comme indicateur de mesure et accentue le concept d'interaction psycho-physiologique.
Reibel et al. (2001)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur des symptômes physiques et psychologiques de santé en lien avec la qualité de vie	Qualité de vie	Méditation (n = 36) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines 20 minutes de pratiques quotidiennes	SF 36 MSCL SCL 90 R	Cette étude fait état d'une augmentation de la qualité de vie, d'une baisse significative de la détresse psychologique et de l'anxiété. La pratique MBSR entraîne une réduction de la symptomatologie liée à la détresse physique et psychique et une augmentation de la qualité de vie.

Auteurs	Objectif	Champs thérapeutique	Méthode d'intervention et conditions expérimentales	Durée du programme	Évaluation et mesures principales	Commentaires
Carson et Garland (2005)	Étude de l'impact de la pratique MBSR sur le stress, l'humeur, le sommeil et la fatigue chez des patients cancéreux	Stress, sommeil, humeur	Méditation (n = 63) Pas de groupe contrôle	Programme MBSR de 8 semaines	—	Cette étude met en évidence une réduction du stress, de la fatigue et une amélioration de l'humeur ainsi qu'une meilleure qualité de sommeil. La pratique de pleine conscience MBSR offre une aide significative dans ces problématiques.