

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNEE 2020

N°365

Intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale : une revue de la littérature

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le **12 novembre 2020**
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Anne-Sophie BICAT

Née le 24 novembre 1991 à Pontoise (95)

Sous la direction du Docteur Joël DANNAOUI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président

Pr Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Pr Pierre COCHAT

Directeur Général des services

M. Damien VERHAEGHE

Secteur Santé :

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

Pr Gilles RODE

Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux

Pr Carole BURILLON

Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)

Pr Christine VINCIGUERRA

Doyenne de l'UFR d'Odontologie

Pr Dominique SEUX

Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques
de Réadaptation (ISTR)

Dr Xavier PERROT

Directrice du département de Biologie Humaine

Pr Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie :

Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences

Pr Kathrin GIESELER

Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences
Et Technologies

Pr Bruno ANDRIOLETTI

Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives (STAPS)

M. Yannick VANPOULLE

Directeur de Polytech

Pr Emmanuel PERRIN

Directeur de l'IUT

Pr Christophe VITON

Directeur de l'Institut des Sciences Financières
Et Assurances (ISFA)

M. Nicolas LEBOISNE

Directrice de l'Observatoire de Lyon

Pr Isabelle DANIEL

Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur
du Professorat et de l'Education (INSPé)

M. Pierre CHAREYRON

Directrice du Département Composante Génie Electrique
et Procédés (GEP)

Pr Rosaria FERRIGNO

Directeur du Département Composante Informatique

Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN

Directeur du Département Composante Mécanique

Pr Marc BUFFAT



Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

BLAY	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
BORSON-CHAZOT	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
CHASSARD	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
CLARIS	Olivier	Pédiatrie
COCHAT	Pierre	Pédiatrie (<i>en retraite à compter du 01/03/2021</i>)
ETIENNE	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FINET	Gérard	Cardiologie
GUERIN	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
GUERIN	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
LACHAUX	Alain	Pédiatrie
MIOSSEC	Pierre	Rhumatologie
MORNEX	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
NEGRIER	Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
NIGHOGHOSSIAN	Norbert	Neurologie
NINET	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (<i>à la retraite au 01.04.2021</i>)
OBADIA	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
OVIZE	Michel	Cardiologie (<i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i>)
PONCHON	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
REVEL	Didier	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
VANDENESCH	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
ZOULIM	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

BERTRAND	Yves	Pédiatrie
BOILLOT	Olivier	Chirurgie viscérale et digestive
BRETON	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHEVALIER	Philippe	Cardiologie
COLIN	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DELAHAYE	François	Cardiologie
DENIS	Philippe	Ophtalmologie
DOUEK	Charles-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	Christian	Chirurgie viscérale et digestive
DUMONTET	Charles	Hématologie ; transfusion
DURIEU	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie

EDERY	Charles Patrick	Génétique
GAUCHERAND	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GUEYFFIER	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
HONNORAT	Jérôme	Neurologie
LERMUSIAUX	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LINA	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MERTENS	Patrick	Neurochirurgie
MORELON	Emmanuel	Néphrologie
MOULIN	Philippe	Endocrinologie
NEGRIER	Claude	Hématologie ; transfusion
RODE	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
SCHOTT-PETHELAZ	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	Eric	Oto-rhino-laryngologie
TERRA	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
TURJMAN	Francis	Radiologie et imagerie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

ADER	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
ARGAUD	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
AUBRUN	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
BADET	Lionel	Urologie
BERTHEZENE	Yves	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	Jean-Louis	Biologie cellulaire
BRAYE	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
BUZLUCA DARGAUD	Yesim	Hématologie ; transfusion
CALENDER	Alain	Génétique
CHAPURLAT	Roland	Rhumatologie
CHARBOTEL	Barbara	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	Marc	Urologie
COTTIN	Vincent	Pneumologie ; addictologie
COTTON	François	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
DI FILLIPO	Sylvie	Cardiologie
DUBERNARD		
DUBOURG	Laurence	Physiologie
	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
DUMORTIER	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
FANTON	Laurent	Médecine légale
FAUVEL	Jean-Pierre	Thérapeutique
FELLAHI	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
FERRY	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
FOURNERET	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
FROMENT (TILIKETE)	Caroline	Neurologie
GUENOT	Marc	Neurochirurgie
GUIBAUD	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
JACQUIN-COURTOIS	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
JAVOUHEY	Etienne	Pédiatrie
JUILLARD	Laurent	Néphrologie
JULLIEN	Denis	Dermato-vénéréologie
KODJIKIAN	Laurent	Ophtalmologie
KROLAK SALMON	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
LEJEUNE	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la

LESURTEL	Mickaël	reproduction ; gynécologie médicale
MABRUT	Jean-Yves	Chirurgie générale
MERLE	Philippe	Chirurgie générale
MICHEL	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MURE	Pierre-Yves	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
NICOLINO	Marc	Chirurgie infantile
PICOT	Stéphane	Pédiatrie
PONCET	Gilles	Parasitologie et mycologie
POULET	Emmanuel	Chirurgie viscérale et digestive
RAVEROT	Gérald	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
		Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
RAY-COQUARD	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
ROBERT	Maud	Chirurgie digestive
ROSSETTI	Yves	Médecine Physique de la Réadaptation
ROUVIERE	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
ROY	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
		Psychiatrie d'adultes et addictologie
SAOUD	Mohamed	Biologie cellulaire
SCHAEFFER	Laurent	
VANHEMS	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VUKUSIC	Sandra	Neurologie
WATTEL	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

BACCHETTA	Justine	Pédiatrie
BOUSSEL	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
CHENE	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	Cyrille	Rhumatologie
COUR	Martin	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	Sébastien	Urologie
CUCHERAT	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DI ROCCO	Federico	Neurochirurgie
DUCLOS	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUCRAY	François	Neurologie
EKER	Omer	Radiologie ; imagerie médicale
GILLET	Yves	Pédiatrie
GLEIZAL	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	Fitsum	Néphrologie
HENAINE	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HOT	Arnaud	Médecine interne
HUISSOUD	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
JANIER	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
JARRAUD	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LESCA	Gaëtan	Génétique
LEVRERO	Massimo	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LUKASZEWICZ	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUCORT BOULCH	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MEWTON	Nathan	Cardiologie
MEYRONET	David	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MOKHAM	Kayvan	Chirurgie viscérale et digestive

MONNEUSE	Olivier	Chirurgie générale
NATAF	Serge	Cytologie et histologie
PERETTI	Noël	Pédiatrie
PIOCHE	Mathieu	Gastroentérologie
RHEIMS	Sylvain	Neurologie
RICHARD	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
RIMMELE	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROMAN	Sabine	Gastroentérologie
SOUQUET	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
THAUNAT	Olivier	Néphrologie
THIBAUT	Hélène	Cardiologie
VENET	Fabienne	Immunologie

Professeur des Universités Classe exceptionnelle

PERRU	Olivier	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
-------	---------	--

Professeur des Universités - Médecine Générale Première classe

FLORI	Marie
LETRILLIART	Laurent

Professeur des Universités - Médecine Générale Deuxième classe

ZERBIB	Yves
--------	------

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	Thierry
LAINÉ	Xavier

Professeurs associés autres disciplines

BERARD	Annick	Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique
CHVETZOFF	Gisèle	Médecine palliative
LAMBLIN	Géry	Gynécologie ; obstétrique

Professeurs émérites

BEZIAT	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CHAYVIALLE	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
CORDIER	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
DALIGAND	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
DROZ	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
FLORET	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
LEHOT	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
MAUGUIERE	François	Neurologie
MELLIER	Georges	Gynécologie
MICHALLET	Mauricette	Hématologie ; transfusion
MOREAU	Alain	Médecine générale
NEIDHARDT	Jean-Pierre	Anatomie

PUGEAUT	Michel	Endocrinologie
RUDIGOZ	René-Charles	Gynécologie
SCHEIBER	Christian	Biophysique ; Médecine Nucléaire
SINDOU	Marc	Neurochirurgie
THIVOLET-BEJUI	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
TOURAINE	Jean-Louis	Néphrologie
TREPO	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TROUILLAS	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

BENCHAIB	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
BRINGUIER	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
CHALABREYSSE	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
HERVIEU	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP-SARDA	Marie Nathalie	Immunologie
LE BARS	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
MENOTTI	Jean	Parasitologie et mycologie
PERSAT	Florence	Parasitologie et mycologie
PIATON	Eric	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
STREICHENBERGER	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

BONTEMPS	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARRIERE	Sybil	Endocrinologie
COZON	Grégoire	Immunologie
ESCURET	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PINA-JOMIR	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
PLOTTON	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
RABILLOUD	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SCHLUTH-BOLARD	Caroline	Génétique
TRISTAN	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VASILJEVIC	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK-GUILLEM	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

BOUCHIAT SARABI	Coralie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
BUTIN	Marine	Pédiatrie
CORTET	Marion	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
COUTANT	Frédéric	Immunologie
CURIE	Aurore	Pédiatrie

DURUISSEAUX	Michaël	Pneumologie
HAESEBAERT	Julie	Médecin de santé publique
HAESEBAERT	Frédéric	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
JACQUESSON	Timothée	Neurochirurgie
JOSSET	Laurence	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LACON REYNAUD	Quitterie	Médecine interne ; gériatrie ; addictologie
LEMOINE	Sandrine	Néphrologie
NGUYEN CHU	Huu Kim An	Pédiatrie
ROUCHER BOULEZ	Florence	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	Thomas	Biologie cellulaire

Maître de Conférences Classe normale

DALIBERT	Lucie	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
GOFFETTE	Jérôme	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
LASSERRE	Evelyne	Ethnologie préhistoire anthropologie
LECHOPIER	Nicolas	Epistémologie, histoire des sciences et techniques
NAZARE	Julie-Anne	Physiologie
PANTHU	Baptiste	Biologie Cellulaire
VIALLO	Vivian	Mathématiques appliquées
VIGNERON	Arnaud	Biochimie, biologie
VINDRIEUX	David	Physiologie

Maitre de Conférence de Médecine Générale

CHANELIERE	Marc
------------	------

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

DE FREMINVILLE	Humbert
PERROTIN	Sofia
PIGACHE	Christophe
ZORZI	Frédéric

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Rémy BOUSSAGEON
Département de médecine générale
UFR Lyon Est, université Claude Bernard – Lyon 1

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Alain MOREAU
Professeur émérite
Département de médecine générale
UFR Lyon Est, université Claude Bernard – Lyon 1

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB
Département de médecine générale
UFR Lyon Est, université Claude Bernard – Lyon 1

Docteur Joël DANNAOUI
Médecin généraliste - Lyon

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À chacun des membres du Jury, pour l'honneur qu'ils m'ont fait de s'intéresser à mon travail et d'avoir accepté de l'évaluer :

À Monsieur le Professeur Rémy BOUSSAGEON,
Je vous remercie d'avoir bien voulu accepter la présidence du jury de ma soutenance de thèse. Soyez assuré de ma plus grande considération.

À Monsieur le Professeur Alain MOREAU,
Je vous suis reconnaissante d'avoir initié ce projet, d'avoir suivi de près mon travail et de m'avoir soutenue. Vos conseils m'ont été précieux.

À Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,
Je vous remercie de m'avoir encouragée tout au long de mon parcours d'interne et d'être présent aujourd'hui.

Au Docteur Joël DANNAOUI,
Merci d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Aux médecins qui m'ont formé tout au long de l'internat, pour leur enseignement et leur bienveillance.

À mes parents et à ma petite sœur : merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue durant mes dix années d'études. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

Maman, tu es la force tranquille et le courage. Merci d'être sans cesse à mes côtés.
Papa, tu m'as donné le goût des sciences. Merci de m'avoir encouragée tout au long de ce parcours universitaire.
Camille, ton enthousiasme et tes encouragements m'ont toujours accompagnée.

À Harry, mon compagnon de vie, tu es l'optimisme et la joie de vivre. Merci de ton inlassable soutien au quotidien et de tes précieux conseils dans mes moments de doute.

À mes amies de l'Université qui m'accompagnent depuis plusieurs années maintenant. Pour le bon temps passé ensemble, sur les bancs de la fac, en stage, en soirées, en week-end et en vacances !

Aux belles rencontres : celles du Club Littéraire, et d'ailleurs.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACT : Acceptance Commitment Therapy
BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive
CBASP : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
DRAM : Depression Relapse Active Monitoring
ECR : essai contrôlé randomisé
EPOC : Effective Practice and Organisation of Care
ESPT : état de stress post-traumatique
ET : éducation thérapeutique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBI : Mindfulness-Based Interventions
MBRP : Mindfulness-Based Relapse Prevention
MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction
MeSH : Medical Subject Headings
MMS : Mini Mental State
PE : psychoéducation
PES : programme d'éducation à la santé
PP : per protocol
PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis
TCC : thérapie cognitive et comportementale
TDAH : trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TH : traitement habituel
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

« Tout le malheur des hommes vient d'une seule chose, qui est de ne pas savoir demeurer en repos dans une chambre » (Pensées 1 - Pascal).

« C'est l'évidence même. Partout où l'on va, on est avec soi-même. Nulle part où se fuir. Une question se pose alors : « Et maintenant, que faire ? » » (Où tu vas, tu es - Jon Kabat-Zinn)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	16
LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE	17
I- Qu'est-ce que la méditation de pleine conscience ?.....	17
II- Que nous apprend la méditation de pleine conscience ?.....	17
III- Les mécanismes d'action de la pleine conscience.....	19
IV- Les différents programmes de méditation de pleine conscience.....	20
V- Balayer les idées reçues.....	22
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	23
I- Critères de sélection des articles.....	23
II- Stratégie de recherche.....	24
III- Stratégie de sélection des articles.....	25
IV- Extraction des données	25
V- Évaluation des risques de biais	26
RÉSULTATS.....	27
I- Sélection des études	27
II- Caractéristiques des études sélectionnées.....	28
III- Résultats sur les critères d'intérêts	29
1) Patient présentant une pathologie psychiatrique	29
2) Patients présentant une douleur chronique.....	35
3) Patients présentant une pathologie somatique	37
4) Patients présentant un stress lié à la vie quotidienne	41
IV- Effets indésirables	42
VI- Risque de biais.....	43
DISCUSSION	45
I- Synthèse des résultats : comparaison avec les méta-analyses.....	45
1) Patients présentant une pathologie psychiatrique.....	45
2) Patients présentant une douleur chronique.....	46
3) Patients présentant une pathologie somatique	46
4) Patients présentant un stress lié à la vie quotidienne	47
5) Effets sur le long terme	47
II- Limites	48
1) Propres à cette revue de la littérature	48
2) Propres aux études incluses	48
III - Intérêt et applicabilité en médecine générale	49

1) Intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale	49
2) Comment intégrer la méditation de pleine conscience en pratique courante ?	49
3) À quels patients la proposer ?	50
3) Contre-indications et effets secondaires	50
4) Facteurs limitant la pratique de la méditation de pleine conscience	51
5) Modérateurs d'efficacité.....	51
IV- Pour aller plus loin.....	51
1) Méditation de pleine conscience et médecine intégrative	51
2) Prendre soin des autres, et soin de soi.....	52
CONCLUSIONS.....	53
ANNEXES – Caractéristiques des articles	54
Tableau n°1 : Articles portant sur une pathologie psychiatrique	54
Tableau n°2 : Articles portant sur une douleur chronique	65
Tableau n°3 – Articles portant sur une pathologie somatique	68
Tableau n°4 : Articles portant sur un stress lié à la vie quotidienne	77
ANNEXES – Détails des biais par article	80
Figure n°1A – Articles portant sur une pathologie psychiatrique.....	80
Figure n°1B - Articles portant sur une pathologie psychiatrique (suite)	81
Figure n°2 - Articles portant sur une plainte douloureuse	82
Figure n°3A - Articles portant sur une pathologie somatique	83
Figure n°3B - Articles portant sur une pathologie somatique (suite)	84
Figure 4 - Articles portant sur un stress lié à la vie quotidienne	85
BIBLIOGRAPHIE.....	86

INTRODUCTION

De nombreux patients sont confrontés à la souffrance psychologique, qu'elle soit liée à un trouble psychiatrique, une pathologie somatique ou à une situation médico-sociale complexe. Depuis quelques années, les patients montrent un intérêt grandissant pour les médecines complémentaires, y cherchant un moyen de pallier les limites de la médecine conventionnelle, comme la iatrogénie ou l'insuffisance des traitements classiques (1). Afin de compléter l'offre de soins, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est montrée favorable à l'intégration des médecines complémentaires, en encadrant la pratique et la formation des praticiens (2). La méditation de pleine conscience, issue de traditions orientales millénaires, et appartenant au courant des médecines complémentaires, a fait l'objet de nombreuses études depuis les années 1990, cherchant à prouver ses bénéfices dans la prise en charge de pathologies chroniques variées, de prise en charge souvent difficile pour le médecin généraliste. Ces dix dernières années, nous avons assisté à une explosion du nombre de publications scientifiques sur le sujet de la pleine conscience, témoignant de l'intérêt croissant des scientifiques pour cette méthode. Ces études ont notamment permis de montrer l'intérêt de la méditation de pleine conscience pour soulager les symptômes d'anxiété et de dépression dans des pathologies très diverses. Elles ne sont toutefois pas toujours de bonne qualité (3).

Ce travail de thèse a consisté en une revue de la littérature cherchant à montrer l'intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale. L'objectif principal était de déterminer les pathologies pour lesquelles la méditation de pleine conscience a montré une efficacité, que ce soit pour l'amélioration du bien-être physique ou mental du patient. L'objectif secondaire était d'évaluer son applicabilité en pratique courante de médecine générale. La méditation de pleine conscience sera abordée dans une première partie, explicitant sa forme, son contenu et ses mécanismes. Le chapitre méthode présentera la méthodologie de la revue systématique de la littérature et sera suivi des résultats. Enfin, sera discutée l'applicabilité de la méditation de pleine conscience en médecine générale.

LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE

I- Qu'est-ce que la méditation de pleine conscience ?

La pleine conscience est une ancienne pratique bouddhiste qui consiste à diriger intentionnellement son attention sur le moment présent, de manière accueillante et bienveillante, sans jugement de valeur, dans l'acceptation de ce qui se passe. Le Dr Jon Kabat-Zinn, fondateur de la Clinique de réduction du stress et du Centre pour la pleine conscience aux États-Unis, décrit la pleine conscience comme étant un art de vivre. Il s'agit d'un procédé pratique pour développer le potentiel de chacun, ne rentrant en conflit avec aucun concept religieux ou scientifique. Une telle capacité peut être développée à travers la pratique de la méditation, qui est une pratique d'entraînement de l'esprit. Dans son ouvrage « Méditer jour après jour », le psychiatre Christophe André définit la méditation comme une expérience respectueuse des sensations corporelles, nous permettant de nous connecter à notre corps, de lui prêter conscience et attention. Son but n'est pas simplement de nous faire du bien et de nous conduire à la détente, mais d'être conscient de ce qui se passe en nous. Dans la méditation de pleine conscience, le méditant s'exerce à accepter les ressentis émotionnels négatifs ou douloureux. Il n'essaie pas de les modifier ou d'y échapper. Il les observe avec attention, et s'efforce de ne pas les juger.

La méditation de pleine conscience est une des deux ailes de la méditation, l'autre étant la compassion. Elle est une technique « corps-esprit » appartenant à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales.

II- Que nous apprend la méditation de pleine conscience ?

Nous avons tendance, en tant qu'être humain, à rechercher les distractions afin de fuir les émotions et les pensées négatives. La méditation de pleine conscience nous apprend à revenir à nous-mêmes, quelles que soient les circonstances extérieures qui ont entraîné ces ressentis négatifs. Cette pratique nous apprend à savoir être plutôt que toujours vouloir faire ou agir. Comme le rappelle Jon Kabat-Zinn, on s'imagine bien souvent que la méditation de pleine conscience consiste en une manipulation intérieure qui éliminera les vagues de pensées et de rumination de notre esprit, comme par magie, or le but de cette pratique n'est pas de

mettre un couvercle sur nos ressentis pour tenter de les étouffer, de les éviter, mais bien de les accepter sans les amplifier. Ainsi résume-t-il : « on ne peut arrêter les vagues, mais on peut apprendre à surfer ».

Sept attitudes constituent les piliers majeurs de la pratique de la pleine conscience et sont intriquées les unes aux autres. Le patient sera amené à les cultiver tout au long de la pratique. Elles sont détaillées dans le manuel « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience », du Dr Jon Kabat-Zinn et reprises pour certaines dans l'ouvrage « Méditer jour après jour » de Christophe André :

- le non-jugement : le participant observe simplement tout ce qui passe par son esprit et par son corps, avec l'attitude d'un témoin impartial, et en prend note sans jugement de valeur. Ainsi, les phénomènes intérieurs, qu'ils soient agréables, désagréables ou neutres, sont pris uniquement pour ce qu'ils sont : des pensées, des émotions, des sensations ;
- la patience : le participant comprend et accepte que chaque chose advienne en son temps ;
- l'esprit du débutant : un esprit ouvert, de débutant, lui permet d'être réceptif à de nouvelles possibilités, et de se libérer de ses attentes basées sur l'expérience passée ;
- la confiance en soi : en pratiquant la pleine conscience, le participant prend la responsabilité d'être lui-même et d'apprendre à s'écouter ;
- le non-effort : ne pas tendre à un but avec effort, arrêter de chercher à avoir des résultats mais plutôt se centrer sur soi pour voir et accepter les choses comme elles sont ;
- le lâcher-prise : le participant laisse son expérience être ce qu'elle est, il renonce à contrôler, à trouver une solution. Il reste là et fait confiance à ce qui va arriver, sans naïveté mais avec curiosité ;
- l'acceptation : c'est l'accueil sincère et complet du réel tel qu'il se présente à nous. L'acceptation de ce qui est et qui ne peut être changé. Cette attitude ne bloque en rien l'action, bien au contraire, elle prépare à une action juste, en conscience avec la réalité. Elle nous permet d'agir sereinement, sans lutte intérieure.

Pour résumer, il s'agit d'ouvrir son champ attentionnel à l'expérience de l'instant, se désengager des tendances à juger, contrôler ou orienter l'expérience, de ne pas chercher à analyser l'expérience ou à mettre des mots, mais plutôt à observer et à éprouver. Adopter ces stratégies permettra au patient de changer sa relation vis-à-vis de ses symptômes.

III- Les mécanismes d'action de la pleine conscience

Dans un article publié en 2011, Hölzel et al. (4) ont exploré les mécanismes de la pleine conscience, se basant sur de multiples publications scientifiques. Les différents mécanismes résumés ci-après sont évoqués de façon distincte mais interagissent en réalité étroitement les uns avec les autres. Les techniques d'imagerie fonctionnelle ont permis de mettre en évidence les modifications du cerveau engendrées par la méditation, que ce soit dans son fonctionnement ou dans sa structure. Ce phénomène est appelé neuroplasticité ou plasticité cérébrale, et peut être mis en évidence dès 8 semaines chez des méditants.

a) La régulation de l'attention améliore les performances et la flexibilité cognitive.

Il est recommandé en début de pratique de focaliser son attention sur un objet (sa respiration, des sensations corporelles, des pensées, des émotions). Chaque fois que l'esprit s'égare, il est ramené à l'objet choisi. Il s'agit donc de reconnaître les distractions (événements extérieurs, souvenirs, pensées sur des événements futurs) pour revenir alors à son sujet d'attention. On parle aussi de surveillance des conflits ou d'attention exécutive. Cette capacité peut se mesurer à l'aide de tests cognitifs, dont les résultats sont bien meilleurs chez des sujets entraînés à la méditation. La recherche en neuro-imagerie a montré le rôle déterminant du cortex cingulaire antérieur dans l'attention exécutive. Pendant la méditation, lorsque des événements ou des souvenirs extérieurs distrayants entrent en conflit avec les objectifs de la tâche, l'activation du cortex cingulaire antérieur peut contribuer au maintien de l'attention en alertant les systèmes qui permettront de résoudre ce conflit.

b) La conscience du corps peut être comprise comme la capacité à percevoir des sensations corporelles subtiles. Dans la pratique de la pleine conscience, le centre d'attention est généralement un objet d'expérience interne comme la respiration ou les sensations. Les données neuroscientifiques sur la pratique de la pleine conscience indiquent une modification de l'insula et de la jonction temporo-pariétale, régions cérébrales impliquées dans l'expérience de la conscience corporelle. L'amélioration de la conscience corporelle pourrait avoir une incidence sur la régulation des affects et les processus empathiques. Le traitement basé sur la pleine conscience pourrait donc être particulièrement pertinent chez des patients présentant de tels déficits.

c) La régulation des émotions peut être envisagée selon deux stratégies. La première stratégie, aussi appelée *exposition*, consiste à observer les sensations qui sont rattachées à un symptôme (anxiété, douleur, stress), afin de réduire les réactions émotionnelles qui accompagnent habituellement ce symptôme. La pratique de la pleine conscience améliore ainsi la capacité à tolérer des états émotionnels négatifs. La deuxième stratégie consiste à modifier l'attitude envers les pensées, sans chercher à les modifier ou à les supprimer. Le sujet prend conscience que les « pensées ne sont que des pensées », et non pas le reflet de la réalité ou la vérité. Le sujet repère l'apparition de pensées négatives, et sans éviter leur existence, évite de les laisser se transformer en cycles de rumination. Des études en neuro-imagerie ont mis en évidence le rôle du cortex préfrontal et de l'hippocampe dans la régulation des émotions.

d) Le changement de perspective ou décentration : quitter le cercle vicieux des émotions négatives et pouvoir en rester à distance en focalisant son attention sur le moment présent. En faisant face à ses émotions, même pénibles, le patient peut enrayer la cascade mentale qui suit de façon automatique sous forme de ruminations et qui finit souvent par déclencher un état dépressif ou une crise d'angoisse. Le cortex cingulaire postérieur, l'insula et la jonction temporo-pariétal permettent cette décentration.

IV- Les différents programmes de méditation de pleine conscience

Le programme initial de réduction du stress par la pleine conscience, *Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR, a été créé en 1979 par le Dr Jon Kabat-Zinn, chercheur en biologie moléculaire et professeur émérite de l'université de médecine du Massachusetts aux États-Unis. La MBSR est issue des traditions bouddhistes mais est enseignée de façon laïque. Elle a pour objectif principal la gestion du stress.

Le programme MBSR est organisé en huit séances hebdomadaires de 2h30, en groupe de 10 à 20 personnes, et comprend également une journée d'approfondissement. Chaque séance comprend un exercice de pratique formelle (scan corporel, méditation assise ou en mouvement), des apports théoriques sur le stress, les émotions, le fonctionnement cognitif, ainsi que des temps de questions-réponses et de retour sur la pratique. Les participants s'engagent à s'entraîner à domicile 45 minutes par jour, à l'aide notamment de supports

audio. Des exercices de pratique informelle leurs sont proposés, inspirés de situations de la vie quotidienne. Le groupe est guidé par un thérapeute qui aura reçu une certification garantissant la conformité de la formation par rapport au programme initial dispensé par le Centre de la Pleine Conscience, rattaché initialement à la faculté de médecine du Massachussetts puis à la faculté de Brown. L'expérience méditative personnelle du formateur dure plusieurs années. La personne doit avoir pratiqué la pleine conscience quotidiennement depuis au moins deux ans, elle doit participer à quatre retraites silencieuses d'au moins cinq jours, et suivre une formation spécifique intensive. Elle dispense ensuite au moins quatre à six sessions complètes de MBSR sous supervision avant d'obtenir la certification.

Le programme MBSR a été ensuite modifié afin de s'adapter aux différentes indications pour lesquelles il est utilisé. En 1995, Zindel Segal, professeur de psychiatrie à Toronto, J. Teasdale et M. Williams lancent le programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT, issu du programme initial MBSR et incluant des éléments de la thérapie cognitive et comportementale. De structure identique au programme MBSR, le programme MBCT est centré sur la prévention des rechutes du syndrome dépressif. Les participants sont amenés à développer des qualités d'acceptation et à prendre conscience des schémas qui déclenchent la rechute dépressive.

Depuis, de nombreux autres programmes se basant sur la pleine conscience ont été développés, notamment *Mindfulness-Based Interventions*, qui allie à la fois MBSR et MBCT ; *Mindfulness-Based Relapse Prevention*, adapté du programme MBCT pour la prévention des rechutes dans le cadre des addictions ; *Acceptance Commitment Therapy*, qui est une thérapie d'acceptation et d'engagement appartenant à la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives ; *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* pour la naissance et la parentalité ; *Mindfulness-Based Eating Awareness Training* pour les troubles du comportement alimentaire ; *Mindfulness-Based Art Therapy* qui utilise l'art comme thérapie chez des patients souffrant de cancer ; *Mindfulness-Based Dialectical Behavior Therapy*, s'adressant aux personnes souffrant d'un trouble borderline.

V- Balayer les idées reçues

Cette première partie nous a permis de balayer les idées reçues concernant la méditation de pleine conscience et de redéfinir ses caractéristiques :

- dans la méditation de pleine conscience, l'attention n'est pas portée sur la réflexion intellectuelle mais sur le ressenti non verbal, corporel et sensoriel ;
- la méditation ne consiste pas à faire le vide dans sa tête, à faire taire le bavardage de l'esprit, mais à ne pas se laisser entraîner par lui. Les pensées sont là, on les observe au lieu de s'y identifier ;
- la méditation de pleine conscience est une pratique laïque ;
- l'intention première de la méditation n'est pas d'apporter la détente et le calme, le but est d'apprendre à vivre avec des symptômes qui sont parfois désagréables. La méditation se distingue ainsi de la sophrologie et de la relaxation.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Pour répondre à l'objectif principal, une revue de la littérature a été réalisée selon le processus décrit dans les recommandations PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis), élaborées en 2009 par Moher, Liberati et al. (5). Les lignes directrices PRISMA permettent de rédiger les revues systématiques de la littérature avec ou sans méta-analyses de manière protocolisée.

I- Critères de sélection des articles

Ont été inclus les articles permettant de répondre à la question de recherche : « en quoi la méditation de pleine conscience peut-elle avoir un intérêt en médecine générale ? »

a) Critères d'inclusion :

- articles publiés entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 mai 2020 ;
- écrits en français ou en anglais ;
- études contrôlées et randomisées ;
- interventions : MBSR, MBCT, MBI, MBRP ou ACT ;
- adultes (> 18 ans) ;
- toutes les pathologies ont été prises en compte, ainsi que le stress lié à la vie quotidienne ;
- comparateurs : contrôle actif (psychoéducation, soutien social, programme d'éducation à la santé, etc) ou contrôle passif (traitement habituel, témoins).

b) Critères d'exclusion :

- articles hors sujet ou ne répondant pas à la problématique ;
- protocoles longs ou brefs (> 8 semaines ou < 8 semaines) ;
- protocoles à distance (via internet, appel téléphonique, application mobile) ;
- articles dont l'intervention mélange différentes techniques ;
- études dont l'évaluation est faite sur des critères paracliniques uniquement (biomarqueurs, neuro-imagerie, etc) ;
- études portant sur les mécanismes d'action de la pleine conscience ;

- études comparant la méditation de pleine conscience à d'autres techniques « corps-esprit » (yoga par exemple).

c) Justification de certains critères :

Le choix des protocoles de pleine conscience inclus dans l'analyse s'est fait en se focalisant sur les protocoles actuellement étudiés lors des formations « méditation de pleine conscience » dans les universités française (Diplômes Universitaires). Ont été exclues les études dont l'intervention n'était pas délivrée au format habituel (c'est-à-dire une séance hebdomadaire en groupe pendant 8 semaines avec pratique quotidienne individuelle à domicile) afin de limiter les biais. Cela exclu les protocoles brefs (< 8 semaines), les protocoles longs (> 8 semaines), ainsi que les protocoles qui ne sont pas réalisés en groupe. Le fait de n'inclure que des études contrôlées randomisées permet d'augmenter l'impact de cette étude.

II- Stratégie de recherche

a) Medline

La recherche a été réalisée le 31 mai 2020 sur internet en interrogeant la base de données Medline via le moteur de recherche Pubmed. Le mot clé « *mindfulness* » a été utilisé, ainsi que le paramètre « *MeSh* », *Medical Subject Headings*, permettant de faire une sélection plus précise des articles. Ce paramètre a permis de sélectionner seulement les articles qui avaient été associés au mot clé « *mindfulness* » par les bibliothécaires. La recherche a été limitée aux essais contrôlés randomisés en utilisant le filtre « *randomized controlled trials* ».

Le nom des pathologies n'a pas été utilisé comme mot-clé supplémentaire afin de ne pas restreindre le nombre d'articles et d'offrir ainsi un balayage large des applications possibles de la méditation de pleine conscience. Le choix a été fait de ne pas associer le mot clé « *meditation* », qui est un terme plus générique, englobant toutes les formes de pratique de la méditation. Un tel mot clé aurait éloigné du sujet principal. Seule la base de données Medline a été interrogée au vu du grand nombre d'articles obtenu.

b) Thèse

A également été faite une sélection des articles issus de la thèse réalisée par Alix Vargas de Francqueville en 2014 (6), portant sur l'applicabilité de la méditation de pleine conscience en médecine générale, afin de vérifier les résultats et de les comparer. Cette revue de la littérature a permis l'analyse de 55 essais contrôlés randomisés et 27 revues de la littérature avec ou sans méta-analyses, publiées jusqu'en février 2014. Je n'ai trouvé que peu de doublons entre les articles issus de Medline et les articles cités dans cette thèse. Cette différence s'explique principalement par le fait que la recherche par Mesh n'a été introduite qu'en mars 2014 sur Pubmed, ainsi, un certain nombre d'articles parus avant cette date n'ont pas été indexés par les bibliothécaires et n'ont pas pu être repérés lors de ma recherche avec ce paramètre.

III- Stratégie de sélection des articles

Une première sélection a été faite à la lecture du titre et du résumé des articles en respectant les critères d'éligibilité. En cas de doute, l'article était sélectionné afin de le lire en intégralité par la suite. Une deuxième sélection a été faite à la lecture complète des études restantes. Un diagramme de flux a été réalisé, détaillant chaque étape du processus (Figure n°1).

IV- Extraction des données

Les articles ont été analysés à l'aide d'une grille de lecture construite a priori et inspirée des critères « PICO », décrits dans PRISMA. Les données suivantes ont été recherchées : pathologie, intervention, comparateur, taille de l'échantillon, durée de suivi des patients en post-intervention et effets de l'intervention. Des tableaux ont été réalisés sur le logiciel Word permettant de faire la synthèse des données extraites pour chaque article inclus (Annexes : tableaux n°1 à 4).

V- Évaluation des risques de biais

L'évaluation des biais a été faite pour chaque étude, en s'inspirant des suggestions des risques de biais des essais contrôlés randomisés proposés par le groupe EPOC (*Effective Practice and Organisation of Care*), de la collaboration Cochrane (7). L'outil *Risk Of Bias* (8) de la Cochrane Library a également été utilisé. Différents biais ont été évalués : le biais de sélection (qualité de la randomisation, dissimulation de l'affectation du patient), le biais de performance (étude en aveugle pour le patient et le personnel), le biais d'évaluation (évaluation en aveugle des critères de jugement), le biais d'attrition (données manquantes liées aux perdus de vue, sorties d'étude), et le biais de notification (omission de rapporter les résultats négatifs). Une évaluation de la comparabilité des groupes avant l'intervention a également été faite. L'outil *Risk Of Bias VISualization (ROBVIS)* (9) a permis de représenter ces résultats à l'aide de graphiques (Figure n°2 et Annexes : figure n°1 à 4).

RÉSULTATS

I- Sélection des études

La recherche sur la base de données Medline et sur la littérature grise a permis d'obtenir un total de 802 articles. Une première sélection a été faite à la lecture du titre des articles et de leur résumé, pour retenir 189 articles. Ce premier tri a permis d'éliminer les doublons et une partie des articles hors sujet, mettant en lumière 4 domaines d'étude de la méditation de pleine conscience. La deuxième sélection a été faite à la lecture de l'article en intégralité, permettant d'inclure 122 articles dans l'analyse. Le diagramme de flux ci-dessous illustre le processus de sélection des articles (Figure n°1). Un tableau résumant la répartition des articles en fonction du domaine d'étude a été réalisé (Tableau n°1).

Figure n°1 : Diagramme de flux

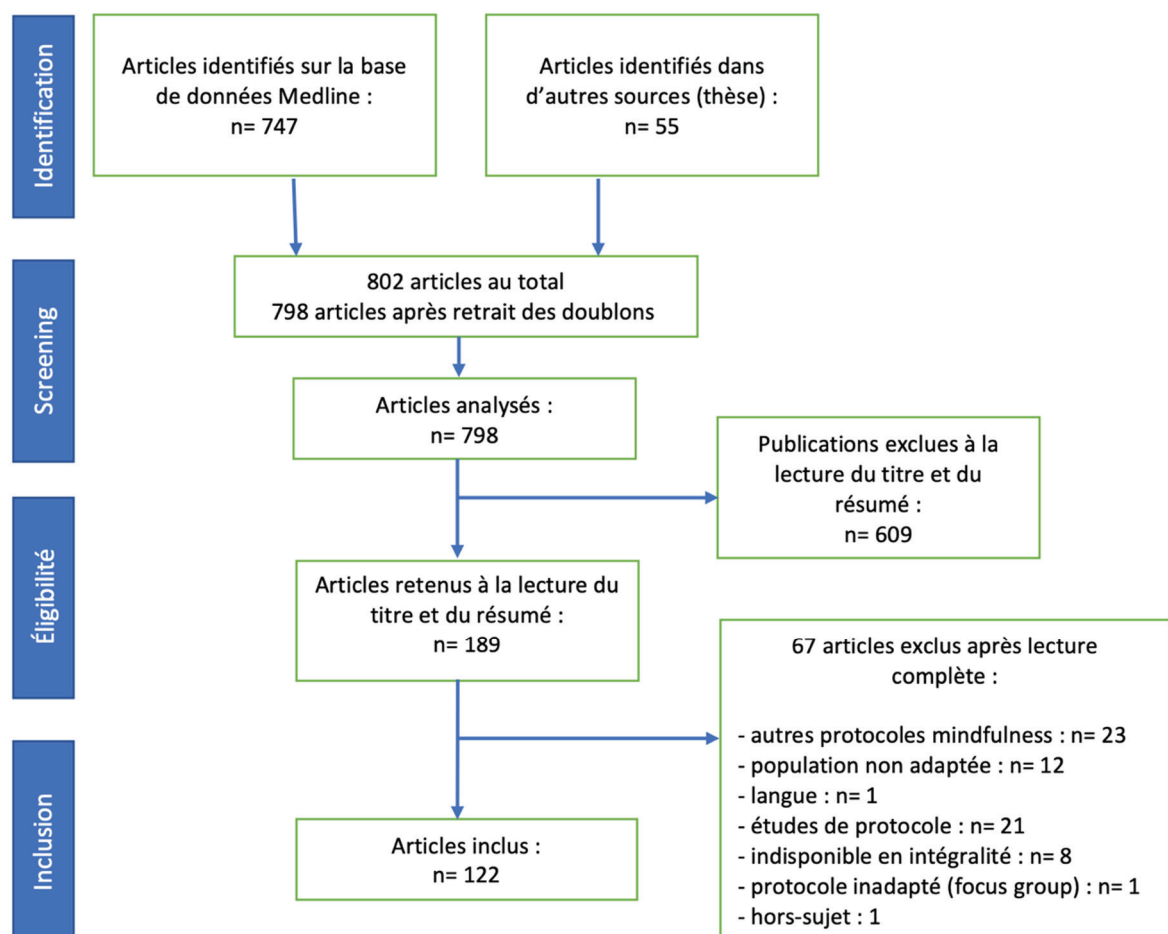


Tableau n°1 : Répartition des articles en fonction du domaine d'étude

Domaine d'étude	Nombre d'articles inclus
Pathologie psychiatrique	54
Plainte douloureuse	13
Pathologie somatique	45
Stress lié à la vie quotidienne	10
Total	122

II- Caractéristiques des études sélectionnées

Pour rappel, les études sélectionnées sont toutes des essais contrôlés randomisés. Les 122 études incluses dans l'analyse totalisent un nombre de 12569 patients. Les études ont été réalisées dans diverses régions du monde : 49 études en Amérique du Nord, 48 en Europe, 21 en Asie, et 4 en Océanie. Aucune des études incluses n'a été réalisée en Afrique ou en Amérique du Sud. Par ailleurs, aucune étude n'a été réalisée en France. Aucune étude n'a porté sur la méditation de pleine conscience sous forme ACT, qui était un des critères d'inclusion.

Ces 122 études figurent sous la forme de tableaux disponibles en annexe résumant leurs principales caractéristiques. Les effets observés ont été répertoriés. La taille de l'effet (d de Cohen) a pu être rapportée pour 49 études. Les effets signalés en gras correspondent aux critères de jugement principaux. Certains auteurs n'ont pas précisé si le traitement habituel était poursuivi ou non. Un astérisque permet de signaler cette absence de donnée.

Différents comparateurs ont été utilisés, sous forme de contrôle passif (témoin, traitement habituel), ou actif. Les auteurs ne précisent pas toujours en quoi consiste le traitement habituel, qui est donc sous-entendu (traitement habituel standard propre à chaque pathologie). Certains contrôles actifs ont été détaillés ci-après afin de mieux les comprendre. Leur format est équivalent à celui des programmes de méditation de pleine conscience afin d'assurer une meilleure comparabilité des groupes. La psychoéducation (PE)

est décrite dans les articles comme étant une des composantes de la MBCT, l'autre étant la méditation, et pourrait donc s'apparenter à une thérapie cognitive et comportementale. Le programme d'éducation à la santé (PES) est basé sur le manuel *Health Enhancement Program*, conçu spécialement comme contrôle actif de la MBSR(10). Les activités proposées dans le PES ont été choisies afin de correspondre le plus étroitement possible aux activités de MBSR, sans la méditation. L'éducation thérapeutique, propre à chaque pathologie, est également dispensée en groupe hebdomadaire, et permet au patient d'apprendre à mieux gérer sa maladie chronique au quotidien.

III- Résultats sur les critères d'intérêts

Les résultats ont été présentés par domaine d'étude, selon que le patient présentait une pathologie psychiatrique, une plainte douloureuse, une pathologie somatique ou un stress lié à la vie quotidienne.

1) Patient présentant une pathologie psychiatrique

Syndrome dépressif

Plusieurs études ont évalué l'efficacité de la méditation de pleine conscience dans la prise en charge du syndrome dépressif, sous la forme MBCT. Par souci de clarté, les résultats ont été présentés en fonction du critère de jugement considéré. Les effets suivants ont été observés.

- Symptômes de dépression / sévérité des symptômes :

La MBCT a permis d'améliorer les symptômes de dépression, en comparaison avec le traitement habituel (TH) seul, chez des patients en rémission présentant des symptômes résiduels (11)(12), qu'ils aient présentés des antécédents de crise suicidaire (13) ou des antécédents de plus de 3 épisodes antérieurs (14). La MBCT a également été efficace chez des patients dont la symptomatologie dépressive persistait depuis plus d'un an malgré une thérapie cognitive et comportementale (15). Dans cette dernière étude, l'amélioration de la symptomatologie dépressive est significative uniquement en analyse *per protocol*. Des résultats similaires ont été observés dans d'autres études, évaluant l'efficacité de la MBCT

chez des femmes enceintes au cours du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre de grossesse (16), chez des patientes en rémission d'un épisode dépressif majeur pendant la grossesse et le post-partum (17), ainsi que chez des patients atteints de la maladie de Parkinson (18). Dans ces études, le suivi des patients était relativement court, allant de 0 à 3 mois pour la plupart. Deux études viennent nuancer ces résultats. L'étude de Huijbers et al. (19), évaluant l'intérêt de la MBCT chez 68 patients en rémission partielle ou complète d'un syndrome dépressif, n'a pu démontrer aucun effet significatif de la MBCT sur la sévérité des symptômes en comparaison avec le traitement habituel seul. Les auteurs expliquent ce résultat par un probable biais de sélection. Chez des patients en rémission d'un état dépressif majeur, ayant présentés au moins 3 épisodes antérieurs, la diminution ou l'arrêt du traitement habituel n'était pas supérieure au maintien du traitement à 24 mois (MBCT + diminution ou arrêt TH / TH) (20). L'amélioration des symptômes dépressifs résiduels était identique dans les deux groupes.

La supériorité de la MBCT a également été démontrée par rapport à une psychoéducation, chez des patients en rémission, ayant présentés plus de 3 épisodes dépressifs antérieurs (14) , ainsi que chez des patients toujours symptomatiques après 8 semaines d'antidépresseurs (21).

La supériorité de la MBCT par rapport à un programme d'éducation à la santé est plus discutée. Une amélioration significative des symptômes dépressifs a été observée chez des patients présentant un épisode dépressif majeur résistant au traitement antidépresseur (22). Les études de Shallcross et al, publiées en 2015 et 2018 (23)(24), n'ont quant à elles montré aucune différence significative entre les deux groupes, que ce soit à 12 ou à 26 mois.

La supériorité de la MBCT a également été démontrée dans une étude réalisée en 2014 (25), par rapport à l'absence de traitement, chez des patients présentant un syndrome dépressif léger à modéré.

Les études incluses dans cette revue de la littérature n'ont pas démontré de supériorité de la MBCT par rapport à la thérapie cognitive et comportementale, avec des effets similaires dans les 2 groupes, à savoir diminution des symptômes d'anxiété et de dépression (26)(27).

- Taux de rechute ou de récurrence / délai avant la rechute ou la récurrence :

Une dépression dure en moyenne 4 à 6 mois. Lors du traitement on assiste à une rémission c'est-à-dire à la disparition progressive des symptômes, jusqu'à la guérison (disparition complète des symptômes pendant plus de 6 mois). Si la maladie s'aggrave pendant la rémission, on parlera de rechute. Si la maladie réapparaît après la guérison, on parlera de récurrence. Cette distinction n'est pas toujours très claire dans les études où les deux termes sont souvent confondus.

Une étude publiée en 2014 (28) a montré une diminution du taux de rechute ou de récurrence à 1 an et à 2 ans avec la MBCT, chez des patients guéris, ayant présentés au moins 3 épisodes dépressifs, en comparaison avec un programme de prévention des rechutes (*dépression relapse active monitoring*). Une diminution du taux de rechute ou de récurrence à 6 mois a également été observée chez des patientes en rémission d'un épisode dépressif majeur, pendant la grossesse et le post-partum, situations particulièrement à risque pour la (future) maman (17).

A contrario, cinq études n'ont retrouvé aucune différence significative de l'effet de la MBCT sur la prévention des rechutes et des récurrences, que ce soit en comparaison avec le traitement habituel (19)(29), avec une psychoéducation (29) ou un programme d'éducation à la santé (23)(24). Une autre étude a également montré que les patients arrêtant leur traitement antidépresseur étaient plus à risque de faire une rechute ou une récurrence, malgré un soutien par la MBCT (MBCT + arrêt TH / MBCT + TH) (30). Peu d'études ont évalué le délai avant la rechute ou la récurrence (19)(23)(28). D'après ses études, la MBCT n'a pas permis de rallonger de façon significative ce délai.

- Autres critères de jugement :

D'autres effets ont été observés. Bien qu'isolés, ils sont plutôt encourageants et méritent d'être évoqués. Il a en effet été observé chez certains patients une plus grande capacité à élaborer des objectifs de vie et une plus grande motivation à réaliser ces objectifs (13), une augmentation des émotions positives (11), une plus grande capacité à réguler les émotions (16), une diminution de l'idéation suicidaire (14)(31), ainsi qu'une diminution des ruminations (15).

Troubles anxieux

Différentes études ont permis de montrer l'efficacité de la MBSR dans la prise en charge des troubles anxieux. La MBSR a permis de diminuer les symptômes d'anxiété de patients atteints de troubles anxieux variés (32) ou de trouble anxieux généralisé (33).

La MBSR n'a pas montré de supériorité par rapport à la thérapie cognitive et comportementale (34). La diminution des symptômes d'anxiété était identique dans les deux groupes.

Une autre étude (35) évaluant l'intérêt de la MBCT a montré une supériorité du programme de méditation par rapport au traitement habituel seul, que ce soit pour diminuer les symptômes d'anxiété ou diminuer l'inquiétude.

Une dernière étude, comparant la MBI au traitement habituel seul chez des patients présentant des troubles anxieux variés, n'a pas montré de différence significative entre les deux groupes (36). L'analyse était faite en *per protocol*, et les perdus de vue étaient principalement des hommes prenant un traitement anxiolytique lourd.

État de stress post-traumatique

4 essais contrôlés randomisés portent sur l'état de stress post-traumatique (ESPT) et ont été publiés entre 2013 et 2018. La méditation de pleine conscience, qu'elle soit sous la forme MBSR ou MBCT, a permis d'améliorer les symptômes chez des anciens combattants militaires (37)(38), et chez des femmes victimes de violences interpersonnelles (39). L'effet n'était pas significatif dans une étude pilote (40).

Troubles du sommeil

Les troubles du sommeil ont été évalués dans plusieurs essais contrôlés randomisés, qu'ils soient primaires, ou secondaires à une pathologie sous-jacente. Parmi les 9 essais inclus, 5 études ont montré une amélioration du sommeil, selon des critères le plus souvent subjectifs. MBSR a permis d'améliorer la qualité de sommeil de patients souffrant d'insomnie chronique, en comparaison avec le traitement habituel (41)(42)(43), et en comparaison à un

agenda du sommeil (44). La MBSR a également permis d'améliorer le sommeil de patients âgés d'au moins 65 ans présentant une insomnie primaire chronique (45). Une étude (46) a montré une amélioration de la sévérité de l'insomnie à 2 mois en comparaison à une psychoéducation, l'effet n'était toutefois pas maintenu à 5 et 8 mois. Une étude (47) avait pour objectif de démontrer la non infériorité de la MBSR par rapport à la TCC pour la prise en charge des troubles du sommeil chez des patients atteints de cancer non métastatique. La non infériorité n'a pu être démontrée qu'à partir du 5^{ème} mois, la TCC ayant une action plus rapide et plus durable que la MBSR. Ainsi, à 5 mois, les effets étaient identiques dans les deux groupes, la MBSR et la TCC ayant permis de façon équivalente de diminuer la sévérité de l'insomnie et d'améliorer la qualité subjective du sommeil.

Une étude (48) a comparé la MBSR à un traitement médicamenteux hypnotique par 3 mg d'eszopiclone au coucher chez des patients présentant une insomnie sans pouvoir mettre en évidence de supériorité. Les effets étaient identiques dans les 2 groupes, avec amélioration de la qualité de sommeil, et amélioration du degré d'insomnie. Un autre ECR (49) a montré la supériorité d'une forme de TCC (Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP), spécialement conçue pour prendre en charge des patients dépressifs chroniques, en comparaison avec la MBCT. Les patients du groupe CBASP ont présenté une meilleure qualité de sommeil, et de moins nombreux réveils par rapport aux patients du groupe MBCT. A noter qu'il s'agit d'une étude pilote avec par conséquent un échantillon de petite taille.

Mésusage de substances

Les addictions, toutes substances confondues, ont été évaluées dans 4 études, comparant la MBRP à un programme classique de prévention des rechutes ou au traitement habituel, avec des résultats encourageants. La MBRP a permis notamment de diminuer la sévérité de l'addiction (50), d'augmenter le nombre de jours d'abstinence (50)(51)(52) et de diminuer l'envie de consommer des substances (53).

Autres troubles psychiatriques

D'autres pathologies psychiatriques ont fait l'objet d'études isolées, ne permettant pas de conclure quant à l'intérêt de la méditation de pleine conscience dans leur prise en charge, mais sont encourageantes.

Une étude publiée en 2012 (54), évaluant l'intérêt de la MBCT pour la prise en charge des **troubles du comportement alimentaires**, a montré une diminution des envies compulsives, une amélioration des émotions liées à l'alimentation, et une diminution de la dysmorphophobie par rapport aux témoins. Une autre étude, comparant la MBCT au traitement habituel seul, a montré une diminution des symptômes d'anxiété chez des **patients bipolaires**, en rémission sous traitement (55). Le **syndrome de fatigue chronique** a été évalué dans un ECR (56) chez des patients pour qui la TCC avait été insuffisante. Dans cette étude, les patients du groupe MBCT ont présenté une diminution de l'asthénie. La MBCT a également été bénéfique chez des patients présentant un **trouble du spectre autistique** avec un haut niveau de compréhension, permettant d'améliorer les symptômes de dépression et d'anxiété, de diminuer les ruminations, et d'augmenter les affects positifs (57). Plus récemment, d'autres ECR ont montré l'intérêt de la MBCT pour améliorer les symptômes de patients présentant des **troubles obsessionnels et compulsifs** (58), une **névrose** (59), un **trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)** (60), ou encore chez des patientes épileptiques présentant des **troubles de la sexualité** (61).

Pour certaines pathologies, les résultats sont moins prometteurs. Deux ECR comparant la MBI au traitement habituel seul ont montré des effets peu ou pas significatifs. La première étude (62) a montré une amélioration des symptômes négatifs en post traitement chez des **patients schizophrènes**, mais les effets n'étaient pas maintenus à 3 mois. La deuxième étude (63), évaluant des patients présentant des **troubles psychiatriques variés**, n'a montré aucune différence significative, la diminution des symptômes étant égale dans les deux groupes. En ce qui concerne **les troubles de la personnalité de type D** (trouble associant une détresse psychologique et une inhibition sociale), un essai randomisé (64) n'a pas montré de supériorité de la MBSR par rapport aux témoins concernant la souffrance ou l'inhibition.

2) Patients présentant une douleur chronique

La douleur chronique fait l'objet de consultations fréquentes en médecine générale. Phénomène complexe, intriquant à la fois des aspects physiques et psychologiques, elle est de prise en charge souvent délicate pour le médecin généraliste. 13 essais contrôlés randomisés inclus portent sur la douleur, évaluant notamment son intensité et son retentissement dans la vie quotidienne, à travers différentes pathologies.

Une étude pilote publiée en 2014 (65), évaluant l'intérêt de la MBSR dans la **migraine** avec ou sans aura, a montré une diminution significative de la gêne occasionnée en comparaison avec le traitement habituel seul. Il n'y avait toutefois pas de différence significative entre les deux groupes concernant la fréquence des céphalées, l'intensité de la douleur et la durée des symptômes. D'après les auteurs, l'étude n'était pas assez puissante pour montrer une différence significative sur ces critères de jugement (petite taille de l'échantillon), et le recul n'était pas assez important.

Les **céphalées primaires**, à savoir les migraines et les céphalées de tension, ont été évaluées dans trois études. La première étude (66), compare la MBCT avec le traitement habituel. Elle montre une meilleure acceptabilité de la douleur dans le groupe interventionnel en post-intervention. Les patients du groupe MBCT n'ont pas présenté de différence significative par rapport au groupe contrôle en termes de fréquence, de durée et d'intensité des céphalées. Cette étude a été complétée un peu plus tard (67) afin d'évaluer l'impact de l'intervention à 6 mois, sans groupe contrôle. A 6 mois, les céphalées étaient jugées moins intenses, et les patients rapportaient moins de pensées dramatiques en lien avec les douleurs. La troisième étude (68), évaluant la MBSR, a montré une diminution de la sévérité des douleurs et une amélioration de la qualité de vie en post-intervention. Ces paramètres n'ont pas été réévalués sur le long terme.

Deux études ont évalué l'intérêt de la MBSR chez des patientes atteintes de **fibromyalgie**, avec un recul de 2 à 12 mois en post-intervention (69)(70). Ces études ont montré une amélioration du stress perçu dans le groupe interventionnel. Par ailleurs, la MBSR a permis d'améliorer les symptômes d'anxiété et de dépression, les troubles du sommeil, la sévérité des symptômes, ainsi que l'impact de la maladie dans la vie quotidienne chez ces patientes.

Deux essais contrôlés randomisés traitent de la **douleur chronique non spécifique**, comparant la méditation de pleine conscience avec le traitement habituel. Dans la première étude (71), les patients inclus dans le groupe MBSR présentaient à 6 mois une diminution des symptômes d'anxiété, une meilleure capacité à contrôler la douleur et à s'engager dans les activités malgré la douleur, ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie. Dans la deuxième étude (72), les patients, qui présentaient un syndrome dépressif sous-jacent, ont rapporté une meilleure vitalité ainsi qu'une amélioration de la santé mentale dans le groupe MBCT par rapport au groupe contrôle. L'intervention n'a pas eu d'effet significatif sur la douleur, ou sur les symptômes dépressifs ou anxieux. A noter que les mesures ont été faites sans aucun recul (analyses en pré et post-intervention uniquement).

L'efficacité de la méditation de pleine conscience a également été étudiée chez des patients atteints de **VIH**, sous antirétroviraux, présentant des douleurs variées, qu'elles soient musculo-squelettiques ou neuropathiques (73). Cette étude pilote comparait la MBSR à un programme d'éducation à la santé. A 3 mois, l'intensité de la douleur était significativement améliorée dans le groupe MBSR.

Chez des patientes souffrant d'un **cancer du sein**, tout stade confondu, et présentant des douleurs plus de 3 mois après la chirurgie, et à distance de tout traitement adjuvant, la MBCT a permis d'améliorer l'intensité des douleurs et la qualité de vie, et de diminuer l'usage des antalgiques (74). Le fardeau associé à la douleur était plus important dans le groupe contrôle, les analyses ont donc été ajustées sur cette variable.

Une étude isolée a montré l'intérêt de la MBCT chez des patients atteints de **polyarthrite rhumatoïde**, leur permettant de mieux percevoir leur maladie, et de diminuer les symptômes de dépression et d'anxiété en lien avec la maladie (75).

Un essai randomisé publié en 2011 (76), évaluant l'efficacité de MBSR chez des patients présentant des **douleurs locomotrices**, n'a pas montré de différence significative en post-interventionnel ou à 6 mois sur les critères de jugements primaires (intensité de la douleur, souffrance liée à la douleur) et secondaires (anxiété et dépression).

Une dernière étude peut être évoquée, comparant la MBSR, la TCC et le traitement habituel pour la prise en charge des **douleurs lombaires chroniques** (77). Les résultats sont prometteurs, même si la supériorité de la MBSR sur la TCC n'a pas été démontrée. Ces deux interventions ont en effet permis d'améliorer l'intensité des douleurs et de réduire les limitations fonctionnelles, et ce de façon significative par rapport au traitement habituel seul, à 26 et 52 semaines en post-intervention.

3) Patients présentant une pathologie somatique

Séropositivité au VIH

L'effet de la MBSR a été évalué chez des patients infectés par le VIH. Parmi les 4 essais contrôlés randomisés réunis, un essai a étudié les effets secondaires du traitement antirétroviral et a mis en évidence une diminution de la fréquence des effets indésirables liés aux antirétroviraux, ainsi qu'une diminution de la souffrance et de la gêne associées à ces symptômes (78). Dans une autre étude (79), la MBSR a permis aux patients de mieux prendre conscience de leur ressenti et de diminuer l'évitement des pensées liées à la maladie. Un troisième essai (80) a montré une amélioration des symptômes physiques et psychologiques par rapport à un programme d'éducation et d'acceptation, jusqu'à un an après la thérapie. Une étude plus récente (81), publiée en 2018, a montré une amélioration des affects négatifs et une diminution des symptômes dépressifs à 3 mois, avec maintien de l'effet à 12 mois. Concernant les affects positifs, une différence significative était observée à 3 mois, mais l'effet n'était pas maintenu à 12 mois.

Cancérologie

La méditation de pleine conscience a été très largement étudiée en cancérologie. Le diagnostic de cancer représente un véritable choc existentiel, venant scinder en deux la vie des patients, avec un avant, et un après. Les patients pourront faire face, tout au long de la maladie, à la souffrance physique ou morale, à la solitude, et à la quête de sens, à laquelle la méditation de pleine conscience peut répondre. Parmi les pathologies cancéreuses, le cancer du sein est celui qui a été le plus souvent étudié. Les résultats sont concordants dans les six études incluses. La MBSR a permis de diminuer le stress, l'anxiété, la dépression, ou la détresse

psychologique (82)(83)(84)(85)(86)(87). Parmi ces études, certaines ont également mis en évidence une meilleure capacité d'adaptation (81), une plus grande capacité à tirer profit de cet événement traumatisant et à en sortir grandi (82), et une amélioration des troubles du sommeil (84). Une étude a également montré une amélioration du bien-être et de la qualité de vie au 4^{ème} mois (83). L'effet n'était pas maintenu à 12 et à 24 mois par manque de pratique régulière selon les auteurs. La MBSR a également fait l'objet d'une étude chez des patients souffrant d'un cancer pulmonaire, en curatif ou en palliatif. En adjonction au traitement habituel, la MBSR a permis notamment de diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression et d'améliorer la qualité de vie des patients (88). Une étude pilote réalisée en 2017 (89) a montré des résultats encourageants chez des patients souffrant de cancer de la prostate en surveillance active, leur permettant d'être moins anxieux, d'avoir une plus grande tolérance face à l'incertitude, et d'avoir une plus grande capacité à sortir grandi des épreuves traumatisantes. Une étude publiée en 2012 (90) a évalué l'impact de la MBSR sur l'asthénie chronique de patient atteint de cancer du sein ou de cancer colorectal, à distance du traitement. Il a été observé une amélioration de l'asthénie et de la vitalité en post intervention. L'effet n'était plus significatif à 6 mois. Une dernière étude (91) évaluant l'effet de la MBSR chez des patients atteints de cancers variés n'a montré aucune différence significative en post intervention et à 6 mois. Les auteurs expliquent ce résultat par une diminution de la pratique de la méditation de pleine conscience au cours du temps.

Diabète

4 essais contrôlés randomisés traitent du diabète. Deux études évaluent l'effet de la MBSR chez des patients atteints de diabète de type 2. La première étude (92) a montré une diminution des symptômes dépressifs ainsi qu'une amélioration de la qualité de vie à 12 mois. La deuxième étude (93) n'a montré aucune différence significative en comparaison avec une éducation thérapeutique. Les analyses avaient été faites en post intervention uniquement. Une étude (94) a évalué l'intérêt de la MBCT en complément du traitement habituel chez des patients atteints de diabète de type 1 ou de type 2 présentant un mal être émotionnel. La MBCT a permis de diminuer le stress, les symptômes d'anxiété et de dépression, et d'améliorer la qualité de vie. Cette étude a été complétée un peu plus tard (95), montrant un maintien de l'effet à 6 mois. Aucune étude n'a montré de différence significative sur le taux d'hémoglobine glyquée.

Autres pathologies :

D'autres pathologies organiques ont fait l'objet d'études isolées dont les résultats sont prometteurs mais ne suffisent pas à recommander la méditation en tant que thérapeutique complémentaire.

Une étude randomisée (96) réalisée chez des patients présentant un **asthme** persistant léger à sévère a comparé la MBSR à une éducation thérapeutique. La MBSR a permis une amélioration significative du stress perçu et de la qualité de vie, sans qu'il n'y ait d'amélioration de la maladie. La prévention des **infections respiratoires aiguës d'origine virale**, qu'elles soient hautes ou basses, a fait l'objet d'une étude comparant la MBSR à des témoins pendant 1 an (97). La MBSR a permis de diminuer la sévérité des épisodes respiratoires infectieux et de diminuer le nombre de jours d'arrêt de travail en lien avec ses infections, sans diminuer de façon significative le nombre d'épisodes infectieux. Deux études ont évalué l'intérêt de la méditation de pleine conscience dans la **broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)**. Dans la première étude (98), la MBSR a montré une amélioration des fonctions respiratoires mesurées par pléthysmographie. Dans la deuxième étude (99), la MBCT a permis de diminuer les symptômes de stress et d'anxiété en comparaison avec un programme de réhabilitation respiratoire.

En gastro-entérologie, la MBCT a permis de diminuer le stress et les symptômes dépressifs de patients atteints de **rectocolite hémorragique**, sans modifier l'activité ou la sévérité de la maladie (100). Chez des patients présentant un **syndrome de l'intestin irritable**, la MBCT a permis de diminuer le stress perçu et d'améliorer la qualité de vie (101), et la MBSR a permis d'améliorer la sévérité des symptômes à 6 mois (102).

Trois études ont évalué la méditation de pleine conscience dans la prise en charge de l'**hypertension artérielle**, que ce soit sous la forme MBI (103), MBCT (104) ou MBSR (105). Seule MBI a permis de diminuer de manière significative la pression artérielle systolique et diastolique, tout stade confondu, en comparaison avec un soutien social. Chez des patients ayant présenté un **syndrome coronarien** symptomatique dans l'année, MBSR a permis de diminuer les symptômes anxio-dépressifs et de diminuer la tension artérielle (106). En cardiologie également, une étude (107) a été réalisée chez des patients présentant une

insuffisance cardiaque stable mais symptomatique malgré un traitement optimal. La MBI a permis, en complément du traitement habituel, de diminuer l'asthénie et d'améliorer la dyspnée.

Le **syndrome climatérique** en péri-ménopause et pendant la ménopause a été évalué dans 2 études (108)(109). La MBSR a permis de diminuer les symptômes anxieux et dépressifs, et d'améliorer la qualité de vie. D'autre part, la MBSR a été aussi efficace qu'une éducation thérapeutique pour diminuer les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes. Chez des patientes porteuses de la mutation BRCA1/2, ménopausées après salpingo-ovariectomie prophylactique, la MBSR a permis d'améliorer la qualité de vie à 3 mois et un an (110).

Des patients receveurs d'une **greffe d'organe solide** (rein, pancréas, foie ou cœur) ont fait l'objet d'un essai contrôlé randomisé comparant la MBSR à une éducation thérapeutique (111). L'amélioration de l'anxiété et des symptômes dépressifs était significativement plus importante avec la MBSR et maintenue à un an. Des bénéfices ont également été rapportés sur les troubles du sommeil. 62 patients **greffés de cellules hématopoïétiques** depuis plus de 6 mois et en rémission complète ont participé à une étude pilote comparant la MBI à un soutien psychologique régulier par téléphone (112). Les patients du groupe MBI ont présenté moins de symptômes dépressifs à 3 mois et une meilleure qualité de vie.

150 patients souffrant de **sclérose en plaque**, en rechute ou secondairement progressive, ont participé à un essai contrôlé randomisé en 2010 (113). La MBI, en complément du traitement habituel, a permis d'améliorer la qualité de vie, de diminuer les symptômes dépressifs et l'asthénie. Neuf ans plus tard, l'étude de Senders et al. (114) n'a pas montré de supériorité de la MBSR par rapport à une éducation thérapeutique, chez des patients atteints de sclérose en plaque, tout stade confondu. Les patients ont présenté, dans les deux groupes, une diminution du stress, de l'asthénie, et une plus grande capacité de résilience.

La déficience cognitive légère (Mini Mental State $\geq 25/30$) a été explorée dans 3 études. La MBSR a permis une amélioration des fonctions exécutives en post-intervention, en comparaison avec des témoins (115). L'effet n'était toutefois pas maintenu à 3 mois. En post-intervention, MBSR a également permis de diminuer le temps de réaction, de diminuer la

plainte cognitive et d'améliorer la mémoire (116). Les patients n'étaient toutefois pas suivis à plus long terme. Dans une autre étude (117), la MBI a été aussi efficace qu'une éducation thérapeutique, permettant de diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression et d'améliorer la qualité de vie. Aucun effet n'a été observé sur la mémoire.

Une étude a évalué la MBSR en comparaison au traitement habituel chez 19 patients atteints de **psoriasis**, sans atteinte articulaire (118). Dans cette étude, la MBSR a permis d'améliorer la qualité de vie des patients et d'améliorer la sévérité de la maladie. S'agissant d'une étude pilote, l'analyse a été faite en post-intervention uniquement.

Un essai contrôlé randomisé (119) a retrouvé une amélioration des tests neuropsychologiques et de la fatigabilité mentale suite à la MBSR chez des patients ayant eu un **accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien** avec peu de séquelles.

Une étude publiée en 2017 (120) a montré que la MBCT était plus efficace que la relaxation pour diminuer la sévérité des **acouphènes**.

Une autre étude (121) a été réalisée avec des patients souffrant de **symptômes inexpliqués** malgré un bilan complet et a montré une amélioration de la santé mentale de ces patients, sans effet sur la santé globale.

Le **surpoids et l'obésité** ont fait l'objet d'une étude (122) incluant des femmes avec un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 , à l'exclusion de certaines pathologies hormonales (diabète de type 1, syndrome de Cushing, hyper ou hypothyroïdies non traitées, tumeurs sécrétrices d'androgènes). La MBSR a permis notamment de diminuer le stress. En ce qui concerne le poids, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes.

4) Patients présentant un stress lié à la vie quotidienne

L'intérêt de la méditation de pleine conscience a également été évalué chez des patients indemnes de toute pathologie, présentant un stress lié à leur vie quotidienne.

Trois essais contrôlés randomisés ont été réalisés chez des **aidants familiaux**. La MBSR a permis de diminuer le stress de parents d'enfant présentant un retard mental (123). La MBSR

a par ailleurs eu un impact sur les enfants des participants puisqu'ils ont présenté moins de troubles du comportement. La MBSR a également permis une amélioration du stress et des troubles de l'humeur chez des aidants familiaux de patients atteints de la maladie d'Alzheimer (124), en comparaison avec un soutien social. Dans une autre étude (125), la MBSR n'a pas été plus efficace qu'une éducation thérapeutique quant à la perception du stress chez des aidants familiaux de patients atteints de maladies chroniques. La MBSR a toutefois permis aux participants de diminuer les symptômes dépressifs et anxieux.

Une étude réalisée en 2015 (126) a évalué l'intérêt d'un programme MBSR assorti d'une phase d'entretien de 10 mois chez des **médecins** travaillant dans le public ou le privé. MBSR a permis aux participants d'accéder à un plus grand état de relaxation en post intervention, avec un effet de taille plus importante après la phase de maintenance. Chez des **professionnels de santé** en soins primaires, la MBSR a permis de diminuer les troubles de l'humeur et d'améliorer l'empathie (127). Deux études ont montré une diminution du stress chez des infirmières travaillant à l'hôpital (128)(129). Des effets bénéfiques ont également été observés chez des **étudiants** qu'ils soient en médecine, ou en première année de licence, avec notamment une diminution de l'inquiétude (130), du stress (131), une amélioration des pensées positives et une diminution des pensées irrationnelles (132).

IV- Effets indésirables

Seulement 26 études précisent s'il y a eu des effets indésirables. Parmi elles, 16 études signalent l'absence d'effet indésirable. Les effets indésirables déclarés dans les 8 autres études ont été répertoriés ci-après (Tableau n°2).

Tableau n°2 : Effets indésirables déclarés

Article	Groupe	Effet indésirable	Imputable à l'intervention ?
Cherkin et al, 2016 (77)	MBSR	29% des patients ont déclaré un effet indésirable : douleurs temporaires liées aux postures de yoga pour la plupart	Oui
Blom et al, 2014 (104)	Groupe contrôle	1 participant est décédé d'une hémorragie cérébrale	Non
Senders et al, 2019 (114)	MBSR	1 participant a présenté une spasticité musculaire modérée après un exercice de relaxation	Oui
		1 autre participant a présenté une majoration de l'anxiété et une migraine	Possible
Mac Kenna et al, 2017 (120)	MBCT	1 participant a présenté une majoration de la dépression à 6 mois	Non, d'après le patient
Vøllestad et al, 2011 (32)	MBSR	1 participant a présenté une majoration des symptômes après la première semaine et a quitté le programme	Possible
Hoge et al, 2013 (33)	MBSR	1 participant a présenté des douleurs musculaires	Oui
Polusny et al, 2015 (37)	Groupe contrôle	1 participant a fait une tentative de suicide	Incertain
Hou et al, 2014 (125)	MBSR	1 participant s'est tordu le cou suite à un exercice de yoga	Oui

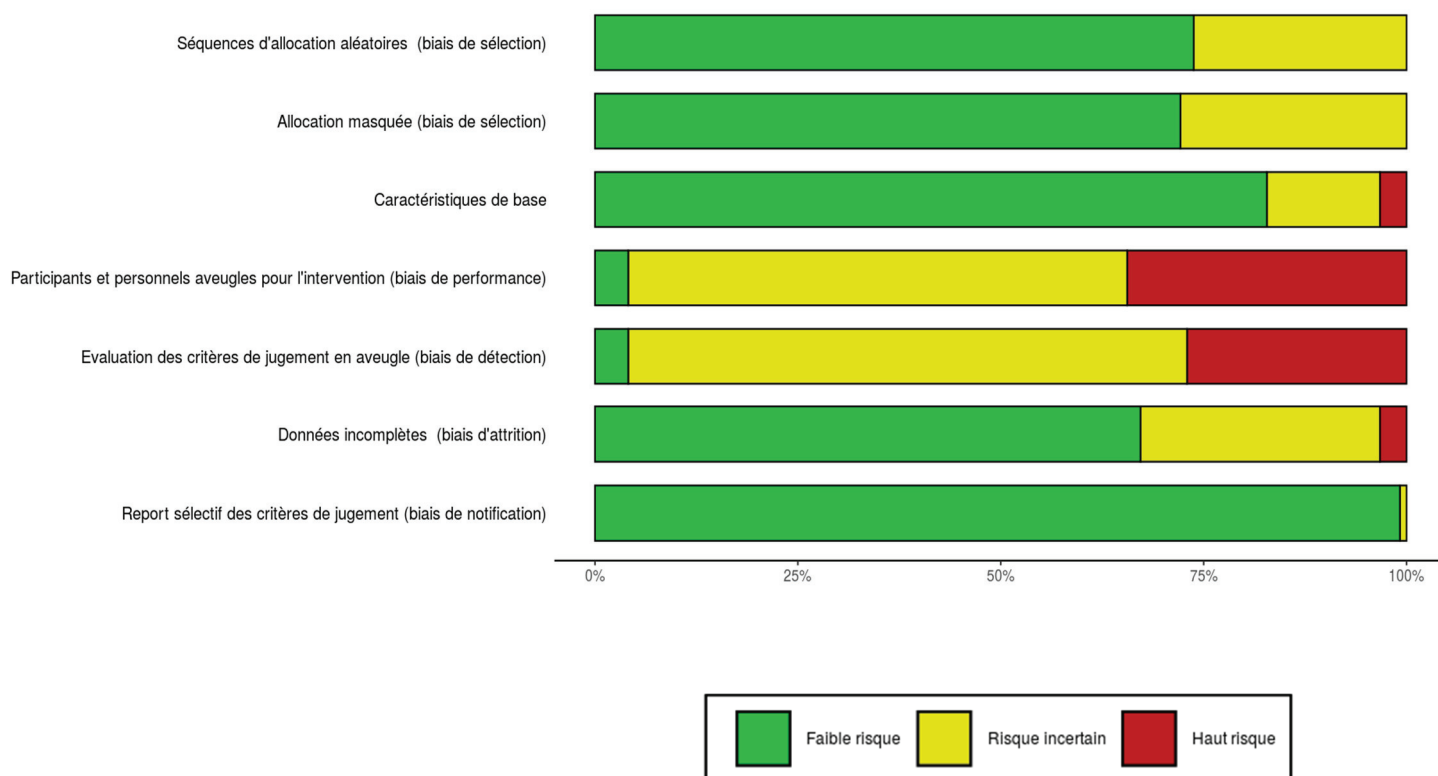
VI- Risque de biais

Les études incluses dans cette revue de la littérature présentent un certain nombre de biais résumés ci-dessous sous la forme d'un graphique (Figure n°2). Le détail des biais par article est disponible en annexe (Annexes, figure n°1 à 4). Les deux principaux biais mis en évidence sont le **biais de performance** et le **biais de détection** liés au manque d'aveugle des patients, du personnel encadrant et de l'évaluation. Dans la plupart des études le patient connaissait son groupe d'allocation et l'évaluation était souvent faite sur des mesures subjectives, ce qui a pu influencer les résultats. Il existe probablement un biais d'attrition, difficile à évaluer du fait d'un grand nombre d'études ne précisant pas la méthode d'analyse

statistique utilisée (36 études, soit 29,5%). 4 études (3,3 %) ont été réalisées en *per protocol* et 82 études (67,2%) en intention de traiter.

Dans la plupart des études, le processus de randomisation était bien décrit et l'allocation était masquée jusqu'au début de l'étude. Les auteurs se sont assurés de la comparabilité des groupes par la réalisation d'analyses faites avant l'intervention. Les groupes étaient souvent comparables en pré-interventionnel pour les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, témoignant d'une randomisation efficace. Afin de tenir compte des éventuelles différences entre les groupes, des analyses multivariées étaient réalisées. D'autre part, les critères de jugement étaient bien exposés avant le début de l'étude, et bien reportés dans les résultats.

Figure n°2 : Évaluation des biais



DISCUSSION

A notre connaissance, il s'agit de la seule revue de la littérature réalisée depuis 2014 faisant la synthèse des pathologies pour lesquelles la méditation de pleine conscience a montré une efficacité cliniquement pertinente.

I- Synthèse des résultats : comparaison avec les méta-analyses

Une synthèse des résultats de cette revue de la littérature a été réalisée pour chaque domaine d'étude de la méditation de pleine conscience. Une comparaison a été faite avec les méta-analyses récentes.

1) Patients présentant une pathologie psychiatrique

La méditation de pleine conscience a montré des bénéfices en psychiatrie, notamment pour la prise en charge du **syndrome dépressif**. Sous forme MBCT, et en association au traitement habituel, la méditation a permis de réduire les symptômes dépressifs résiduels, peu importe le nombre d'épisode dépressif antérieur, en comparaison au traitement habituel seul. Les études incluses n'ont pas montré d'efficacité de la MBCT pour réduire le risque de rechute ou de récurrence d'un syndrome dépressif, ou le délai avant la rechute ou la récurrence. Ces derniers résultats ne sont pas concordants avec ceux de publications plus anciennes (133)(134), toutefois, les études incluses dans ces méta-analyses avaient été critiquées pour leur manque de rigueur (19). Le programme MBCT n'a pas montré de supériorité par rapport à la thérapie cognitive et comportementale qui reste le traitement de référence, que ce soit pour la réduction des symptômes résiduels ou la prévention du risque de rechute et de récurrence du syndrome dépressif.

La méditation de pleine conscience a également permis de diminuer les symptômes d'anxiété chez des patients atteints de **troubles anxieux variés** et d'améliorer les symptômes de **l'état de stress post-traumatique**, sous forme MBSR essentiellement.

De plus, la MBSR a montré un intérêt pour la prise en charge des **insomnies chroniques**, qu'elles soient primaires ou secondaires à une pathologie sous-jacente. Les

patients ayant participé au programme ont montré une amélioration de la qualité du sommeil, en comparaison au traitement habituel seul (traitement hypnotique) ou à la réalisation d'un agenda du sommeil.

Le programme MBRP a prouvé son efficacité dans la prise en charge **d'addictions variées**, permettant de réduire la sévérité de l'addiction et le nombre de jours avec consommation de substance.

2) Patients présentant une douleur chronique

La méditation de pleine conscience a également été évaluée dans l'accompagnement des patients présentant des **douleurs chroniques**, en complément des thérapies habituelles. Les études sont encourageantes, et montrent que les programmes MBSR et MBCT peuvent aider le patient à mieux gérer la douleur, voire diminuer son intensité, notamment chez des patients souffrant de céphalées chroniques. Toutefois des études de meilleure qualité et à plus grande échelle sont requises comme l'atteste une méta-analyse récente (135).

3) Patients présentant une pathologie somatique

Dans le cadre des pathologies somatiques, la méditation de pleine conscience a montré un intérêt pour l'accompagnement des patients en diminuant les symptômes psychologiques associés et en améliorant leur qualité de vie, notamment par l'acceptation de la maladie. L'objectif n'est pas de guérir la maladie mais d'améliorer son vécu. Plusieurs études ont montré l'intérêt de la méditation de pleine conscience dans l'accompagnement de patients traités pour un **cancer**, un **diabète de type 1 ou 2**, ou un **VIH**. Les résultats de notre étude concordent avec ceux des méta-analyses les plus récentes portant sur ses pathologies (136)(137)(138).

Concernant l'**hypertension artérielle**, l'effet de la MBSR pour améliorer les chiffres tensionnels est toujours discuté, les résultats étant contradictoires d'une étude à l'autre. Quant aux rares études qui ont montré une diminution de la pression artérielle systolique et/ou diastolique, il semblerait que cette diminution n'ait été observée que dans les cabinets médicaux et non pas en ambulatoire comme le souligne une méta-analyse publiée en 2018

(139) ceci étant probablement lié au fait que de nombreux patients n'ont pas rendu les mesures faites en ambulatoire.

Certaines pathologies ont fait l'objet d'études isolées, qui, bien que positives, ne permettent pas à ce jour de proposer la méditation de pleine conscience dans leur prise en charge. Il s'agit notamment de l'**asthme**, de la **BPCO**, de la **polyarthrite rhumatoïde**, du **syndrome climatérique**, du **syndrome de l'intestin irritable** et du **psoriasis**. D'autres études sont nécessaires afin de prouver l'efficacité de la méditation de pleine conscience dans l'accompagnement des patients atteints de ses pathologies.

Plus récemment, des études se sont intéressées à l'intérêt de la méditation de pleine conscience dans la prise en charge des **troubles cognitifs légers**. Ces études sont également trop peu nombreuses pour apporter une conclusion définitive, toutefois les premiers résultats tendent à montrer une amélioration des fonctions exécutives et une diminution de la plainte cognitive en post-intervention.

4) Patients présentant un stress lié à la vie quotidienne

La méditation de pleine conscience a montré un intérêt pour l'accompagnement de patients indemnes de pathologies psychiatriques mais soumis à un **stress** important, que ce soit dans le cadre du travail ou dans le cadre familial. La MBSR a permis d'améliorer le stress et la qualité de vie des aidants familiaux de patients atteints de troubles cognitifs. Les études publiées à ce jour sont toutefois de qualité médiocre comme le montre une méta-analyse de 2018 (140). Également évaluée chez des **professionnels de santé** (étudiants en médecine, médecins, infirmières), la MBSR a permis d'améliorer le stress, les troubles de l'humeur et l'empathie.

5) Effets sur le long terme

Les effets sont peu souvent maintenus sur le long terme (plus de 6 mois- 1 an), ce qui pose la question de la nécessité d'une pratique régulière, au-delà de la formation initiale. Certaines études, non incluses dans cette revue de la littérature, soulignent l'intérêt de mettre

en place des stratégies d'intervention supplémentaires afin d'encourager et de faciliter la pratique quotidienne de la méditation de pleine conscience (141)(142).

II- Limites

1) Propres à cette revue de la littérature

La sélection des articles, l'extraction des données ainsi que l'évaluation des biais ont été réalisées par un seul chercheur, ce qui a pu entraîner un défaut d'objectivité et qui pose la question de la reproductibilité des résultats. Par ailleurs, le protocole de cette étude n'a pas été enregistré sur PROSPERO (registre international prospectif des revues systématiques). Pour de nombreuses pathologies, les études incluses dans l'analyse sont en nombre insuffisant pour pouvoir conclure à l'efficacité de la méditation de pleine conscience pour leur prise en charge. Une recherche sur les autres bases de données aurait permis de limiter ce biais.

2) Propres aux études incluses

Plusieurs limites ont été mises en évidence. Certaines études comparent la méditation de pleine conscience au traitement habituel. Ce traitement est toutefois rarement détaillé mais sous-entendu (traitement pharmacologique propre à chaque pathologie), ce qui empêche une comparaison fine. D'autre part, l'utilisation d'un contrôle inactif (traitement habituel ou simple témoin) ne permet pas de faire la discrimination entre les changements liés à l'effet de groupe et les changements liés à l'intervention. En effet, les différences observées dans le groupe interventionnel peuvent être liées à des facteurs non spécifiques, comme l'attention d'un professionnel de santé, les interactions sociales ou les attentes du patient concernant le traitement. Certaines études comparent la MBCT à un programme d'éducation à la santé, basé sur le manuel *Health Enhancement Program*, conçu et validé comme contrôle actif de la MBSR uniquement. Cela pose donc la question de la fiabilité des résultats de ces études (22,23,24,). Comme cela a été montré précédemment, les études incluses présentent des biais de performance et de détection, qui ont pu induire une surestimation des résultats. Ces biais sont toutefois propres aux études dont l'intervention est du domaine des techniques « corps-esprit », et il est très difficile, voire impossible, de les

éviter. La petite taille des échantillons est également une limite, qui a pu induire un manque de puissance des études. D'autre part, certains paramètres sont peu souvent évalués, notamment la compétence du clinicien à enseigner la pleine conscience et l'observance des exercices quotidiens à réaliser à domicile. Il existe également un manque de recul dans de nombreuses études. Une durée d'évaluation relativement courte peut empêcher de mettre en évidence un effet significatif qui serait apparu plus tardivement. Une dernière limite correspond à la rémunération des patients, qui était une façon d'encourager les patients à participer aux études.

III - Intérêt et applicabilité en médecine générale

1) Intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale

La méditation de pleine conscience a montré des bénéfices dans la prise en charge de pathologies chroniques fréquemment rencontrées en médecine générale et présente donc un intérêt à être intégrée dans la pratique du médecin généraliste. Ces pathologies peuvent poser des difficultés de prise en charge, notamment des problèmes d'observance, des difficultés à gérer les symptômes de la maladie ou les effets secondaires des traitements ou encore des difficultés d'acceptation de la maladie. La méditation de pleine conscience peut être considérée comme un outil par le médecin généraliste, lui permettant de proposer au patient une nouvelle approche thérapeutique, qui sera un complément des thérapeutiques conventionnelles.

2) Comment intégrer la méditation de pleine conscience en pratique courante ?

Dispenser la méditation de pleine conscience nécessite une formation longue et demande une grande implication personnelle. Elle ne fait pas parti des compétences requises du médecin généraliste en tant que thérapeute. Pour l'intégrer dans une pratique courante, la méditation de pleine conscience peut faire l'objet d'un conseil, voire d'une prescription permettant d'adresser le patient à un instructeur certifié lorsque la situation s'y prête. A ce jour, plus de 240 instructeurs, dont 5 médecins généralistes, sont référencés en France dans

l'annuaire de l'Association pour le Développement de la Mindfulness et sont répartis sur l'ensemble des départements, principalement dans les grandes villes. A Lyon, le Diplôme Universitaire « Méditation, pleine conscience et compassion : approche intégrative en santé » permet aux étudiants et aux médecins qui le souhaitent de découvrir la méditation et éventuellement de mettre en place les techniques de méditation dans leur pratique professionnelle.

3) À quels patients la proposer ?

La méditation de pleine conscience peut être proposée à tout patient en situation de souffrance et désireux de changement, en tant que thérapie d'accompagnement, en respectant les indications validées. Elle ne peut se substituer à la médecine conventionnelle, mais la complète efficacement dans certaines pathologies étudiées par l'Evidence Based Medicine :

- la dépression en phase de consolidation (MBCT), les troubles anxieux (MBSR), les addictions (MBRP) ;
- le cancer, le diabète de type 1 ou 2 (MBSR essentiellement) ;
- la douleur chronique, notamment les céphalées (MBSR essentiellement) ;
- toute situation de stress notamment dans le cadre familial (aidants familiaux) ou professionnel, notamment chez les professionnels de santé (MBSR).

3) Contre-indications et effets secondaires

Les programmes de méditation de pleine conscience sous forme MBSR ou MBCT sont contre-indiqués dans certaines situations comme la **dépression en phase aigüe**, les **attaques de panique fréquentes**, les **troubles psychotiques avec délires et/ou hallucinations**, ainsi que **tout contexte actif d'abus sexuels, physiques ou psychologiques**. En effet, dans ses périodes difficiles, l'observation des émotions négatives peut être mal vécu par le participant et réveiller des tendances suicidaires (142). Willoughby Britton, chercheuse en neurosciences, rappelle dans un article publié en 2019 que « de trop hauts niveaux de concentration sur soi ont été associés, de façon répétée, à une aggravation de la santé mentale des personnes atteintes de ces pathologies » (143).

4) Facteurs limitant la pratique de la méditation de pleine conscience

Participer à un programme de méditation de pleine conscience nécessite une véritable motivation et une implication personnelle importante. Cela demande du temps et de l'énergie, ce qui n'est pas toujours compatible avec les impératifs professionnels et familiaux. Peut également se poser le problème de l'accessibilité puisque la méditation de pleine conscience est essentiellement dispensée dans les grandes villes. Des études s'intéressent à d'autre moyen de dispensation de la méditation de pleine conscience, comme l'utilisation d'application mobile (144), des formations en lignes (145), ou la dispensation de la pleine conscience sous forme de programmes brefs (146), ce qui pourrait résoudre le problème de l'accessibilité. De plus, ce programme à un coût non négligeable, environ 400 euros la formation sur 8 semaines et n'est actuellement pas remboursé par la sécurité sociale.

5) Modérateurs d'efficacité

Certains facteurs sont susceptibles de moduler l'efficacité de la méditation de pleine conscience. Ainsi, le programme de méditation de pleine conscience était plus efficace chez les participants qui présentaient de plus grandes attentes et une plus grande motivation avant de débiter le programme et chez les participants qui présentaient une plus grande adhésion au programme (147). Cela pourrait suggérer un effet thérapeutique placebo. Il semblerait aussi que l'efficacité de la méditation de pleine conscience soit plus efficace chez des participants présentant une symptomatologie initiale plus marquée (147)(148). L'efficacité des programmes de méditation de pleine conscience dépendrait également de la capacité de pleine conscience du participant (149)(150).

IV- Pour aller plus loin

1) Méditation de pleine conscience et médecine intégrative

La prévalence des pathologies chroniques augmente à travers le monde, du fait notamment du vieillissement de la population. Aujourd'hui, elles sont la première cause médicale de mortalité en France (151). La médecine conventionnelle, qui s'est développée principalement autour des pathologies aiguës, est mal adaptée pour soigner les affections

chroniques (152). La demande des thérapies complémentaires a d'ailleurs augmenté ces dernières années à travers le monde, témoignant de l'insuffisance de la médecine conventionnelle dans la prise en charge de certains patients (1). La médecine intégrative est une approche centrée sur le patient, alliant à la fois médecine conventionnelle et médecines complémentaires étudiées par l'Evidence Based Medicine (médecine fondée sur des preuves). La médecine intégrative est un concept qui se développe depuis les années 1990 aux États-Unis et plus récemment en Europe. Elle permet une prise en charge du patient dans sa globalité, se préoccupant du soulagement et du soutien autant que de la guérison. Elle s'intéresse à la maladie mais aussi à la santé dans sa globalité, se souciant du bien-être du patient (153). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit d'ailleurs la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (154). L'OMS s'est montrée favorable à l'intégration des médecines complémentaires dans le système de santé afin de mieux répondre aux attentes des patients en termes de qualité de vie et de bien-être (1). La méditation de pleine conscience, considérée comme appartenant aux médecines complémentaires, s'implante progressivement en France dans les milieux universitaires et dans les hôpitaux. Il est toutefois important de souligner la nécessité d'encadrer strictement l'exercice et la formation des médecines complémentaires afin de garantir la sécurité des patients(1). Les instructeurs des interventions basées sur la pleine conscience doivent notamment se former auprès d'organismes reconnus afin d'éviter les dérives sectaires.

2) Prendre soin des autres, et soin de soi

« La souffrance des médecins a aujourd'hui atteint un point de non-retour », souligne Patrick Bouet, président du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans un rapport de 2018 (155). La souffrance au travail des professionnels de santé est plus que jamais d'actualité. La médecine intégrative rappelle au médecin que pour pouvoir prendre soins des autres, il faut aussi prendre soin de soi. Elle invite les soignants à explorer leur propre équilibre de santé afin de mieux intervenir auprès des patients (154). Cela peut se faire notamment au travers de la méditation de pleine conscience, qui a fait ses preuves auprès des professionnels de santé pour diminuer le stress, l'anxiété et pourrait réduire le risque de burnout.

CONCLUSIONS

La méditation de pleine conscience est une technique corps-esprit appartenant à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales. Elle est dispensée sous la forme de programmes standardisés de 8 semaines. Ces dix dernières années, de nombreuses études se sont intéressées à la méditation afin de prouver son efficacité dans la prise en charge de pathologies chroniques variées.

Cette revue de la littérature, réunissant 122 articles, a permis de montrer l'intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale, qu'elle soit sous la forme MBSR, MBCT, MBI ou MBRP. La méditation de pleine conscience, en tant que thérapie d'accompagnement, a permis d'améliorer les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress, et d'améliorer la qualité de vie de patients présentant des pathologies diverses, psychiatriques ou somatiques. Dans le cadre de la médecine générale, la méditation de pleine conscience présente un intérêt particulier pour l'accompagnement de patients présentant un trouble dépressif, un trouble anxieux, des insomnies, des douleurs chroniques ou un cancer. Elle peut également être utilisée au quotidien comme un outil de gestion du stress chez des patients indemnes de toute pathologie mais fortement exposés au stress dans leur vie quotidienne. La méditation de pleine conscience peut être intégrée à la pratique du médecin généraliste sous forme d'un conseil ou d'une prescription permettant d'orienter le patient vers un thérapeute certifié. Elle peut être proposée à toute personne en situation de souffrance physique ou psychologique, désireuse de changement et prête à une certaine introspection, dans le respect de ses contre-indications. Elle nécessite une motivation certaine et une grande implication personnelle, il semble en effet qu'une pratique quotidienne soit nécessaire pour que les effets soient maintenus à long terme. Il s'agit d'une technique ouverte à toute personne, même débutante, permettant au patient de mieux vivre avec ses symptômes, et de traverser les événements de la vie avec plus de sérénité.

La qualité des études publiées sur le sujet de la pleine conscience a été largement critiquée. Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence un biais globalement modéré des études incluses. Des études supplémentaires de bonne qualité sont nécessaires pour confirmer l'intérêt de la méditation de pleine conscience dans certaines pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale, comme l'hypertension artérielle, le psoriasis, le syndrome climatérique, le syndrome de l'intestin irritable et la fibromyalgie.

ANNEXES – Caractéristiques des articles

Tableau n°1 : Articles portant sur une pathologie psychiatrique

Pathologie		Article	Intervention / contrôle	Nombre de patients inclus dans l'analyse	Durée d'évaluation (post-intervention)	Résultats sur les mesures d'intérêt : significatifs	Résultats sur les mesures d'intérêt : non significatifs
Syndrome dépressif	Phase aiguë ou rémission, symptômes résiduels, ATCD de crise suicidaire	Crane et al, 2011 (13)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	27	0	- Augmentation de l'élaboration d'objectifs de vie - Augmentation de l'envie de réaliser leurs objectifs - Diminution des symptômes dépressifs résiduels (BDI)	
	En rémission, symptômes résiduels	Geschwind et al, 2011 (11)	MBCT + TH/ TH (TH = non détaillé)	130	1 mois	- Augmentation des émotions positives - Diminution des symptômes dépressifs résiduels (HDRS, IDS)	
Syndrome dépressif		Geschwind et al, 2012 (12)	MBCT + TH/ TH (pas de groupe contrôle entre 2 et 12 mois) (TH = non détaillé)	64	12 mois	- Diminution des symptômes dépressifs résiduels quel que soit le nombre d'épisode dépressif antérieur en post-intervention, effet maintenu à 6 et 12 mois (HRSD, IDS) - Taille de l'effet : * 1 à 2 épisodes antérieurs : moyenne (HRSD) à importante (IDS) * ≥ 3 épisodes antérieurs : moyenne (HRSD et IDS)	

Syndrome dépressif	En rémission, symptômes résiduels	Forkmann et al, 2014 (31)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	130	0	- Diminution de l' idéation suicidaire (IDS) (taille de l'effet : moyenne)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes dépressifs (HDRS) - les ruminations (RSS) - l'inquiétude (PSWQ)
Syndrome dépressif	Non mélancolique, phase aiguë	Manicavasgar et al, 2011 (26)	MBCT / TCC	45	12 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes en post-intervention, à 6 mois et à 12 mois pour : - les symptômes dépressifs (BDI) - les symptômes anxieux (BAI)
Syndrome dépressif	EDM, sous AD, résistant au traitement AD	Eisendrath et al, 2016 (22)	MBCT / PES	173	0	- Amélioration de la sévérité des symptômes dépressifs (HAM-D) - Taux plus élevé de patients répondeurs au traitement	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le taux de rémission
Syndrome dépressif	Patients ayant présentés au moins 3 épisodes de SD, en rémission partielle ou complète	Huijbers et al, 2015 (19)	MBCT + TH / TH (TH = antidépresseur)	68	15 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le taux de rechute et de récidive (SCID-I) - le délai avant rechute / récidive - la sévérité des symptômes (IDS-C) - la qualité de vie (WHOQOL)
Syndrome dépressif		Huijbers et al, 2016 (30)	MBCT + arrêt du TH / MBCT + TH (TH = antidépresseur)	249	15 mois	- Taux de rechute et de récidive plus important dans le groupe ayant arrêté le traitement antidépresseur	

Syndrome dépressif	EDM en rémission partielle ou complète et ATCD d'au moins 3 épisodes dépressifs majeurs	Kuyken et al, 2015 (20)	MBCT-TS (diminution ou arrêt du TH) / TH (TH = antidépresseur)	424	24 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes dépressifs résiduels (BDI) - la qualité de vie (WHOQOL) - le délai avant rechute / récidive (SCID)
Syndrome dépressif	Grossesse (1 à 6 mois), 26-30 ans	Zemestani et al, 2020 (16)	MBCT* / témoins*	38	1 mois	-Diminution des symptômes dépressifs (BDI) - Diminution des symptômes anxieux (BAI) - Plus grande capacité à réguler les émotions (ERQ) - Amélioration du bien-être (SPWB)	
Syndrome dépressif	Diabète type 1 et 2	Tovote et al, 2014 (27)	MBCT* / TCC* / témoins*	94	0	Supériorité de MBCT et TCC par rapport aux témoins : - amélioration des symptômes dépressifs (BDI et HAMD7) - amélioration du bien-être (WHO5) - amélioration de l'anxiété (GAD7) - amélioration de la souffrance (PAID) - Taille des effets : importante	Pas de différence significative entre MBCT et TCC pour : - les symptômes dépressifs (BDI et HAMD7) - le bien-être (WHO5) - l'anxiété (GAD7) - la souffrance (PAID) - l'hémoglobine glyquée
Syndrome dépressif	En rémission, plus de 3 épisodes antérieurs	Barnhofer et al, 2015 (14)	MBCT + TH / PE + TH / TH (PE = apparenté TCC TH = non détaillé)	194	0	- Amélioration des symptômes de dépression (BDI) - Diminution de l' idéation suicidaire (SCS) pour les patients présentant un niveau de dépression minime à modéré	

Syndrome dépressif	Évaluant depuis plus de 12 mois, sous AD, échec TCC	Cladder Micus et al, 2018 (15)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	96	0	- Diminution des symptômes dépressifs en analyse PP (IDS-SR) - Diminution des ruminations (RRS) - Amélioration de la qualité de vie (WHOQOL) - Taille des effets : moyenne	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes dépressifs en ITT
Syndrome dépressif	Patients en rémission, ATCD d'au moins 3 épisodes dépressifs majeurs	Williams et al, 2014 (29)	MBCT + TH /PE + TH /TH (PE = apparentée TCC TH = antidépresseur)	300	12 mois		Pas de différence significative entre les 3 groupes pour : - le risque de rechute
Syndrome dépressif	Patient guéri, ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs	Meadows et al, 2014 (28)	MBCT + DRAM / DRAM (depression relapse active monitoring = protocole d'auto surveillance)	203	24 mois	- Diminution du taux de rechute ou de récidive à 1 et 2 ans - En cas de rechute ou récidive, diminution du nombre de jours avec dépression majeure	Pas de différence significative entre les 3 groupes pour : - le délai avant rechute ou récidive
Syndrome dépressif	Patients toujours symptomatiques après 8 semaines d'AD	Chiesa et al, 2015 (21)	MBCT / PE	53	26 mois	- Diminution des symptômes dépressifs (HAM-D et BDI) (taille de l'effet : moyenne à importante) - Amélioration de la qualité de vie (PGWBI) (taille de l'effet : petite à moyenne)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes d'anxiété (BAI)
Syndrome dépressif	Maladie de Parkinson	Rodgers et al, 2019 (18)	MBCT modifiée* / témoins*	27	0	- Diminution des symptômes dépressifs (GDS) (taille de l'effet : importante)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l'anxiété (GAI) - la qualité de vie (PDQ-39)

Syndrome dépressif	En rémission, ATCD d'au moins un épisode dépressif majeur	Shallcross et al, 2015 (23)	MBCT / PES	92	12 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le risque de rechute - le délai avant rechute - les symptômes dépressifs (BDI)
Syndrome dépressif	En rémission, ATCD d'au moins un épisode dépressif majeur	Shallcross et al, 2018 (24)	MBCT / PES	92	26 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le risque de rechute - le délai avant rechute - les symptômes dépressifs
Syndrome dépressif	Épisode dépressif majeur en rémission, grossesse et post-partum	Dimidjian et al, 2016 (17)	MBCT* / TH (TH = non détaillé)	86	6 mois	- Diminution du taux de rechute et de récidence (LIFE) - Diminution de la sévérité des symptômes de dépression (EPDS)	
Syndrome dépressif	Symptomatologie légère à modérée, patients non traités	Pots et al, 2014 (25)	MBCT / témoins	151	3 mois	- Amélioration des symptômes dépressifs (CES-D) (taille de l'effet : moyenne) - Amélioration des symptômes anxieux (HADS) (taille de l'effet : importante)	
Troubles anxieux	Variés, patients non traités par anxiolytiques	Vøllestad et al, 2011 (32)	MBSR / témoins	76	6 mois	- Diminution des symptômes d'anxiété (BAI, PSWQ, STAI) - Diminution des symptômes dépressifs (BDI) - Taille des effets : moyenne à importante en post-intervention, petite à 6 mois	
Troubles anxieux	Anciens combattants (militaires)	Arch et al, 2013 (34)	MBSR / TCC	105	3 mois	- Diminution de l' inquiétude (PSWQ)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la sévérité des troubles anxieux (CSR)

Troubles anxieux	Trouble anxieux généralisé	Hoge et al, 2013 (33)	MBSR / éducation à la gestion du stress	89	0	- Diminution des symptômes d'anxiété (HAM-A , CGI, BAI) - Diminution de la réactivité au stress (TSST)	
Troubles anxieux	Variés, 20-64 ans	Sundquist et al, 2018 (36)	MBI + TH / TH (TH = non détaillé)	169 (analyse post intervention) 118 (analyse à 12 mois)	12 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes d'anxiété (HADS) - les symptômes dépressifs (MADRS, HADS, PHQ-9)
Troubles anxieux	Trouble anxieux généralisé	Wong et al, 2016 (35)	MBCT / PE / TH	178	3 mois (jusqu'à 12 mois pour MBCT et PE)	MBCT = PE > TH : - diminution des symptômes d'anxiété (BAI) PE > MBCT > TH : - diminution de l' inquiétude (PSWQ)	
État de stress post traumatique	Anciens combattants (militaires)	Kearny et al, 2013 (40)	MBSR + TH / TH (TH = non détaillé)	48	4 mois	- Amélioration de la qualité de vie psychologique (mental HRQOL) (taille de l'effet : moyenne à importante)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes de l'ESPT
État de stress post traumatique	Anciens combattants (militaires)	Polusny et al, 2015 (37)	MBSR / PCGT (Present centered group therapy)	116	2 mois	- Amélioration de la sévérité des symptômes d'ESPT en post intervention et à 2 mois (PTSD-check-list) (taille de l'effet : moyenne)	
État de stress post traumatique	Anciens combattants guerre Irak-Iran, 50-55 ans	Jasbi et al, 2018 (38)	MBCT + citalopram / citalopram	48	0	- Diminution des symptômes d'ESPT (PCL-5) - Diminution des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression (DASS-21) - Taille des effets : importante	

État de stress post traumatique	Femmes victimes de violences interpersonnelles	Kelly et al, 2016 (39)	MBSR* / témoins*	45	0	- Diminution des symptômes d'ESPT (PCL-C) - Diminution de l'attachement anxieux - Diminution des symptômes dépressifs (CESD) - Taille des effets : importante	- Diminution des symptômes d'ESPT (PCL-C) - Diminution de l'attachement anxieux - Diminution des symptômes dépressifs (CESD) - Taille des effets : importante	
Troubles du sommeil	Insomnie primaire chronique	Gross et al, 2011 (48)	MBSR / eszopiclone	27	5 mois		- Amélioration du sommeil (+49 min / nuit à 6 mois) (TWT) - Amélioration des symptômes somatiques et cognitifs survenant à l'endormissement (PSAS, ISI) - Taille des effets : importante	- le degré d'insomnie (ISI) - la qualité de sommeil (PSQI)
Troubles du sommeil	Insomnie primaire chronique	Ong et al, 2014 (44)	MBSR / agenda du sommeil	35	6 mois			
Troubles du sommeil	Patientes atteintes de cancer du col de l'utérus (insomnie provoquée ou aggravée)	Zhang et al, 2019 (43)	MBSR* / TH TH = hypnotique	70	12 mois		- Amélioration des paramètres subjectifs (agenda du sommeil : durée totale de réveil, durée totale de sommeil, sommeil réparateur) - Taille de l'effet : petite à importante à 6 mois et importante à 12 mois	- Amélioration des paramètres subjectifs (agenda du sommeil : durée totale de réveil, durée totale de sommeil, sommeil réparateur) - Taille de l'effet : petite à importante à 6 mois et importante à 12 mois
Troubles du sommeil	Insomnie primaire chronique, ≥ 65 ans	Gallegos et al, 2018 (45)	MBSR* / témoins*	200	6 mois		- Amélioration significative de la qualité de sommeil (PSQI) - Taille de l'effet : petite pour PSQI > 5 et moyenne pour PSQI ≥ 10	
Troubles du sommeil	Insomnie primaire chronique	Wong et al, 2017 (46)	MBCT / PE	196	8 mois		- Diminution de la sévérité de l'insomnie à 2 mois, effet non maintenu à 5 et 8 mois (ISI) - Taille de l'effet : petite	

Troubles du sommeil	Patients atteints de cancer non métastatique	Garland et al, 2014 (47)	MBSR / TCC	100	5 mois	Non infériorité de MBSR établie à M5 seulement : * diminution sévérité de l'insomnie (ISI) * amélioration qualité subjective du sommeil (agenda du sommeil)	
Troubles du sommeil	Insomnie chronique, ≥ 75 ans	Zhang et al, 2015 (42)	MBSR* / TH (TH = non détaillé)	60	0	- Amélioration qualité de sommeil (PSQI) (effet de taille importante) - Amélioration des symptômes dépressifs (GDS) (effet de taille importante)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l' anxiété (SAS)
Troubles du sommeil	EDM en rémission sous AD, troubles du sommeil résiduels	Britton et al, 2012 (41)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	24	0	Amélioration objective (polysomnographie) et subjective du sommeil	
Troubles du sommeil	Épisode dépressif majeur sous AD, sans rémission depuis plus de 2 ans	Schramm et al, 2016 (49)	MBCT + TH / CBASP + TH / TH (TH = non détaillé)	15	0	CBASP plus efficace que MBCT (meilleure qualité de sommeil, moins de réveils)	
Mésusage de substances	Substances diverses, femmes issues de minorités ethniques	Witkiewitz et al, 2013 (50)	MBRP / RP (Relapse Prevention)	105	15 semaines	- Diminution de la sévérité de l'addiction (ASI) (taille de l'effet : moyenne) - Diminution du nombre de jours avec consommation de substances (TLFB) (taille de l'effet : petite)	
Mésusage de substances	Substances diverses, femmes	Witkiewitz et al, 2014 (51)	MBRP / RP	105	15 semaines	- Diminution du nombre de jours avec consommation de substances (TLFB) - Diminution des conséquences médicales et légales (SIP)	ITT

Mésusages de substances	Substances diverses, prévention des rechutes	Bowen et al, 2014 (52)	MBRP* / RP*	286	12 mois	A 12 mois, MBRP > RP : - diminution du nombre de jours avec consommation de substances	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le taux de rechute - la diminution de la consommation d'alcool parmi les rechuteurs
Mésusages de substances	Substances diverses, jeunes adultes	Davis et al, 2018 (53)	MBRP + TH / TH (TH = mélange thérapie cognitive + participation aux réunions « Alcooliques et Narcotiques Anonymes »)	79	6 mois	- Diminution de la consommation de substances (SFS) (taille de l'effet : moyenne en post-intervention et importante à 3 et 6 mois) - Diminution de l' envie de consommer des substances (GAIN) (taille de l'effet : moyenne en post-intervention, large à 3 mois et petite à 6 mois) - Diminution du stress (PSS) (effet de taille moyenne en post-intervention et large à 3 et 6 mois)	
Trouble bipolaire	En rémission sous traitement	Perich et al, 2013 (55)	MBCT + TH / TH (TH = neuroleptique)	95	12 mois	- Diminution de l'anxiété (STAI)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - délai avant rechute (MADRS, YMRS)
Troubles du comportement alimentaire	Femmes au comportement alimentaire perturbé (alimentation compulsive, émotionnelle, stress lié à l'alimentation)	Alberts et al, 2012 (54)	MBCT / témoins	26	0	- Diminution des envies compulsives (G-FCQ-T) - Amélioration des émotions liées à la nourriture (DEB-Q) - Diminution de la dysmorphophobie (BSQ)	
Trouble de la personnalité	Type D	Nyklicek et al, 2013 (64)	MBSR / témoins	146	0		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - affects négatifs (PANAS) - inhibition sociale (Type D-scale 14)

Syndrome de fatigue chronique	Rimes et al, 2013 (56)	MBCT / témoins	35	6 mois	- Diminution de la fatigue (CFS)	
Trouble du spectre autistique	Spek et al, 2013 (57)	MBCT / témoins	41	0	- Amélioration des symptômes de dépression et d'anxiété (SCL-90-R) - Diminution des ruminations (RRQ) - Augmentation des affects positifs (GMS) - Taille des effets : importante	
Schizophrénie	Lee et al, 2019 (62)	MBI + TH / TH (TH = neuroleptiques)	50	3 mois	- Amélioration des symptômes négatifs en post traitement, effet non maintenu à 3 mois (SANS)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes positifs (PANSS) - les symptômes dépressifs (BDI)
Trouble obsessionnel et compulsif	Külz et al, 2019 (58)	MBCT / éducation thérapeutique	125	6 mois	- Amélioration des symptômes en auto-évaluation (OCI) en post intervention et amélioration de la qualité de vie (taille de l'effet : moyenne)	Pas de différence significative entre les 2 groupes à 6 mois
Névrose	Armstrong et al, 2016 (59)	MBCT / auto-formation sur internet	34	1 mois	- Diminution sévérité névrose (EPQR-S) - Diminution des ruminations (RRQ)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la dépression - l'anxiété
Troubles de la sexualité	Lin et al, 2019 (61)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	660	6 mois	- Amélioration des fonctions sexuelles (FSFI) - amélioration de l'intimité	
Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité	Janssen et al, 2018 (60)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	120	6 mois	- Diminution des symptômes de TDAH selon les cliniciens, effet maintenu à 6 mois (CAARS) (taille de l'effet : moyenne) - diminution des symptômes de TDAH selon les patients, effet	

Tableau n°2 : Articles portant sur une douleur chronique

Pathologie	Article	Intervention / contrôle	Nombre de patients inclus dans l'analyse	Durée d'évaluation (post-intervention)	Résultats sur les mesures d'intérêt : significatifs	Résultats sur les mesures d'intérêt : d'intérêt : non significatifs
Migraine	Avec ou sans aura Wells et al, 2014 (65)	MBSR + TH / TH (TH : non détaillé)	19	1 mois	- Diminution de la gêne occasionnée (HIT et MIDAS)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la fréquence , la durée et l'intensité des céphalées
Céphalée primaire	Migraines, céphalées de tension Day et al, 2014 (66)	MBCT + TH / TH (TH : non détaillé)	36	0	- Meilleure acceptabilité de la douleur (CPAQ)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la fréquence, la durée et l' intensité de la douleur (BPI)
Céphalée primaire	Migraines, céphalées de tension Day et al, 2017 (67)	MBCT + TH (pas de groupe contrôle, étude complémentaire) (TH : non détaillé)	19	6 mois	- Diminution de l' intensité de la douleur (BPI) (taille de l'effet : importante en post-intervention et moyenne à 6 mois) - Diminution des pensées dramatiques associées à la douleur (PCS) (taille de l'effet : importante)	
Céphalée primaire	Migraines, céphalées de tension Bakhshani et al, 2015 (68)	MBSR + TH / TH (TH : non détaillé)	37	0	- Diminution de l' intensité des douleurs (SF-36) - Amélioration de la qualité de vie (SF-36)	
Fibromyalgie	Femmes Cash et al, 2014 (69)	MBSR* / témoins*	90	2 mois	- Diminution de la sévérité des symptômes (FIQ) - Diminution du stress perçu (PSS) - Diminution des troubles du sommeil (SSQ) - Taille des effets : moyenne	

Fibromyalgie	Femmes âgées de 18 à 65 ans	Andrés-Rodriguez et al, 2019 (70)	MBSR +TH / TH (TH : non détaillé)	66	12 mois	- Diminution de l'impact de la maladie dans la vie quotidienne (FIQR) (taille de l'effet : importante) - Diminution des symptômes d'anxiété et de dépression (HADS) (taille de l'effet : importante) - Diminution du stress perçu (PSS) (taille de l'effet : importante) - Diminution des pensées dramatiques en lien avec la douleur (PCS) (taille de l'effet : moyenne)	
Douleur chronique non spécifique		La Cour et al, 2015 (71)	MBSR +TH / TH (TH : non détaillé)	90	6 mois	- Diminution des symptômes d'anxiété (HADS) - Meilleure capacité à contrôler la douleur - Meilleure capacité à s'engager dans les activités malgré la douleur - Amélioration de la qualité de vie - Taille des effets : moyenne à importante	
Douleur chronique non spécifique	Épisode dépressif majeur	De Jong et al, 2018 (72)	MBCT +TH / TH (TH : non détaillé)	66	0	- Amélioration de la vitalité et de la santé mentale (SF 36)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : * le syndrome dépressif (QIDS, HRSD) * la douleur (BPI) * l'anxiété (BAI)
Douleur neuropathique ou musculo-squelettique	VIH, patient traité	George et al, 2017 (73)	MBSR / PES	32	3 mois	- Amélioration de l'intensité des douleurs (BPI)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le stress perçu (PSS)

Douleur post traitement cancer du sein	Persistante plus de trois après la chirurgie, traitement adjuvant terminé	Johannsen et al, 2016 (74)	MBCT / témoins	129	6 mois	- Amélioration de l' intensité des douleurs (SF-MPQ-2, PPI) - Amélioration significative de la qualité de vie (WHO-5-WBI) - Taille des effets : petite	
Polyarthrite rhumatoïde		Dalili et al, 2019 (75)	MBCT* / témoins*	28	0	- Amélioration de la perception de la maladie (IPQ) - Diminution des symptômes d'anxiété et de dépression (DASS-21)	
Douleur chronique locomotrice		Wong et al, 2011 (76)	MBSR / PES (PES = Manuel : "Managing Pain Before It Manages You.")	26	6 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l' intensité des douleurs et la souffrance associée (NRS) - les symptômes d'anxiété (STAI) - les symptômes de dépression (CES-D)
Douleur lombaire chronique	20-70 ans	Cherkin et al, 2016 (77)	MBSR +TH / TCC +TH / TH (TH : non détaillé)	342	12 mois	- Amélioration des douleurs et des limitations fonctionnelles (RDQ) associées par rapport au TH (taille de l'effet moyenne)	Pas de différence significative entre MBSR et TCC

Abréviations : **BAI** : Beck Anxiety Inventory ; **BPI** : Brief Pain Inventory ; **CES-D** : Center for Epidemiologic Studies- Depression ; **CPAQ** : Chronic Pain Acceptance Questionnaire ;

DASS-21 : Depression Anxiety and Stress Scale-21 ; **FIQ** : Fibromyalgia Impact Questionnaire ; **FIQR** : Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire ; **HADS** : Hospital Anxiety and

Depression Scale ; **HIT** : Headache Impact Test ; **IPQ** : Illness Perception Questionnaire ; **MIDAS** : Migraine Disability Assessment ; **NRS** : Numerical Rating Scale ; **PCS** : Pain

Catastrophizing Scale ; **SF-36** : 36-item short-form health survey ; **SF-MPQ-2** : Short Form McGill Pain Questionnaire 2 ; **STAI** : State-Trait Anxiety Inventory ; **PPI** : Present Pain

Intensity ; **PSS** : Perceived Stress Scale ; **RDQ** : Roland Disability Questionnaire ; **SSQ** : Stanford Sleep Questionnaire ; **QIDS** : Quick Inventory of Depression scale ; **WHO-5-WBI** : World

Health Organization-5-Well-Being Index.

Tableau n°3 – Articles portant sur une pathologie somatique

Pathologie	Article	Intervention / contrôle	Nombre de patients inclus dans l'analyse	Durée d'évaluation (post-intervention)	Résultats sur les mesures d'intérêt : significatifs	Résultats sur les mesures d'intérêt : non significatifs
VIH	Duncan et al, 2012 (78)	MBSR / témoins	76	6 mois	- Diminution de la fréquence des effets indésirables liés aux antirétroviraux - Diminution de la souffrance, de la gêne liée à ces symptômes à M3	
VIH	Gayner et al, 2012 (79)	MBSR + TH / TH (TH = antirétroviral)	99	6 mois	- Diminution de l'évitement des pensées liées à la maladie (IES) - Augmentation des émotions positives (PANAS) - Plus grande conscience de son ressenti (TMS)	
VIH	Seyedalinaghi et al, 2012 (80)	MBSR / programme d'éducation et d'acceptation	173	12 mois	- Amélioration des symptômes physiques (MSCL) (taille de l'effet : importante) - Augmentation du taux de CD4 les 9 premiers mois, puis retour au taux de base à 12 mois	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la détresse psychologique (SCL-90R)
VIH	Hecht et al, 2018 (81)	MBSR / éducation thérapeutique	177	12 mois	- Amélioration des affects positifs à M3, effet non maintenu à M12 - Diminution des symptômes dépressifs (BDI) - Diminution des affects négatifs (DES)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l'évolution du taux de CD4, qui a tendance à diminuer dans les 2 groupes

Cancer du sein	Femmes, stade 1 à 3	Würtzen et al, 2013 (82)	MBSR + TH / TH (TH = chirurgie, traitement adjuvant)	336	12 mois	- Diminution de l' anxiété (SCL-90R) - Diminution des symptômes dépressifs (CES-D)	
Cancer du sein	Femmes, stade 1 à 3	Würtzen et al, 2015 (83)	MBSR + TH / TH (TH = chirurgie, traitement adjuvant)	336	12 mois	- Diminution du fardeau des symptômes somatiques à 6 mois, effet non maintenu à 12 mois (BCPT) (taille de l'effet : petite) - Diminution de la détresse psychologique à 6 et 12 mois (SCL-90R) (taille de l'effet : moyenne)	
Cancer du sein	Femmes, après traitement adjuvant (radiothérapie / chimiothérapie)	Kenne Sarenmalm et al, 2017 (84)	MBSR / témoins	114	3 mois	- Diminution des symptômes dépressifs (HADS) - Diminution de la détresse psychologique (MSAS) - Meilleure capacité d'adaptation (SOC)	
Cancer du sein	Femmes, stades 1 à 3, en post-chirurgie	Zhang et al, 2017 (85)	MBSR* / TH (TH = non détaillé)	58	3 mois	- Plus grande capacité à tirer profit des événements traumatisants (PTGI) - Diminution des symptômes de stress (PSS) et d'anxiété (STAI)	
Cancer du sein	Patientes à un stade précoce (1 ou 2), sous radiothérapie, âgées de 20-65 ans	Henderson et al, 2019 (86)	MBSR + TH / TH	180	24 mois	- Amélioration à 4 mois des symptômes anxieux (BAI), dépressifs (BDI), amélioration du bien-être et de la qualité de vie (FACT)	Effets non maintenus à 12 et 24 mois

Cancer du sein	Patientes à un stade précoce (pas d'atteinte au-delà du sein ou des ganglions axillaires)	Witek Janusek et al, 2019 (87)	MBSR / éducation thérapeutique	124	1 mois	- Diminution du stress (PSS) - Diminution de l'asthénie (MFSI) - Amélioration des troubles du sommeil (PSQI) - Diminution des symptômes dépressifs (CES-D)	
Cancer pulmonaire	Curatif ou palliatif	Schellekens et al, 2017 (88)	MBSR + TH / TH (TH : chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie)	63	3 mois	- Diminution des symptômes anxieux et dépressifs (HADS) - Diminution des ruminations - amélioration de la qualité de vie (QLQ-C30-GHS)	
Cancer de la prostate	Localisé, faible risque métastatique, en surveillance active > 5 ans	Victorson et al, 2017 (89)	MBSR / témoins	43	12 mois	- Diminution des symptômes anxieux (MAX-PC) - Meilleure tolérance face à l'incertitude (IUS) - Plus grande capacité à tirer profit des événements traumatisants (PTGI)	
Cancer variés	Sein et colorectal, non métastatiques	Johns et al, 2016 (90)	MBSR / éducation thérapeutique	66	6 mois	En post-intervention : - diminution de l'asthénie (FSI) - amélioration de la vitalité (ASCPRO, SF-36) - effets non maintenus à 6 mois	
Cancers variés	Patients n'étant pas sous chimio ou radiothérapie	Bränström et al, 2012 (91)	MBSR / témoins	71	6 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le stress perçu (PSS) - l'anxiété (HADS) - la dépression (HADS)

Diabète	Type 2 avec albuminurie	Hartmann et al, 2012 (92)	MBSR + TH/ TH (TH = traitement antidiabétique)	110	12 mois	- Diminution des symptômes dépressifs (PHQ) (taille de l'effet : importante) - Amélioration de la qualité de vie relative à la santé mentale (SF-12) (taille de l'effet : moyenne) - Diminution de la tension artérielle diastolique	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l'albuminurie - la tension artérielle systolique - l'hémoglobine glyquée
Diabète	Type 2, stable, sans complication	Jung et al, 2015 (93)	MBSR + éducation thérapeutique / éducation thérapeutique	38	0		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le stress (DDS, PSRI) - la glycémie capillaire
Diabète	Type 1 ou 2 avec mal être émotionnel	Van Son et al, 2012 (94)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	139	0	- Diminution du stress (PSS) (taille de l'effet : importante) - Diminution des symptômes anxieux et dépressifs (HADS) (taille de l'effet : moyenne) - Amélioration de la qualité de vie (SF-12) (taille de l'effet : moyenne)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l'hémoglobine glyquée
Diabète	Type 1 ou 2 avec mal être émotionnel	Van Son et al, 2014 (95)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	139	6 mois	- Diminution du stress (PSS) - Diminution des symptômes anxieux et dépressifs (HADS) - Taille des effets : moyenne à importante	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l'hémoglobine glyquée
Asthme	Persistant léger à sévère	Pbert et al, 2012 (96)	MBSR / éducation thérapeutique	83	12 mois	- Amélioration de la qualité de vie (AQLQ) - Diminution du stress et de la souffrance psychique (PSS)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour les fonctions respiratoires (PEF)

Infections respiratoires aiguës virales	Patients > 50 ans, en soins primaires	Barrett et al, 2012 (97)	MBSR / témoins	98	3 mois	- Diminution de la sévérité des épisodes respiratoires infectieux - Diminution du nombre de jours d'arrêt de travail en lien avec ses infections	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - nombre d'épisode
BPCO		Chan et al, 2015 (98)	MBSR + TH / TH (TH = non détaillé)	38	0	- Amélioration des fonctions respiratoires (pléthysmographie)	
BPCO	VEMS ≤ 50 %	Farver-Vestergaard et al, 2018 (99)	MBCT + RP / RP (réhabilitation pulmonaire)	84	6 mois	- Diminution de la détresse psychologique (HADS) (taille de l'effet importante)	
Rectocolite hémorragique	En rémission d'une RCH modérément sévère, sans traitement	Jedel et al, 2014 (100)	MBSR / témoins	53	12 mois	- Diminution du stress (PSQ) - Diminution des symptômes dépressifs (BDI)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l' activité de la maladie - la sévérité de la maladie
Syndrome de l'intestin irritable		Mohamadi et al, 2019 (101)	MBCT / témoins	40	0	- Diminution du stress (PSS) - Amélioration de la qualité de vie (IBS-QOL) - Taille de l'effet : petite	
Syndrome de l'intestin irritable		Zernicke et al, 2013 (102)	MBSR + TH / TH (TH = non détaillé)	90	6 mois	- Amélioration de la sévérité des symptômes (IBS-SSS) - Taille de l'effet : moyenne en post-intervention et petite à 6 mois	
HTA	> 62 ans, afro-américains, faibles revenus	Palta et al, 2012 (103)	MBI / soutien social	20	0	- Baisse de la tension artérielle systolique (-21.9 mmHg) - Baisse de la tension artérielle diastolique (-16,7 mmHg) - Taille de l'effet : petite	

HTA	Stade 1, non traité, 20-75 ans	Blom et al, 2014 (104)	MBCT / témoins	87	3 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la tension artérielle systolique et diastolique (mesures ambulatoires)
HTA	Cardiopathies stables, HTA traitée	Momeni et al, 2016 (105)	MBSR + TH / TH (TH = antihypertenseur)	60	0	- Baisse de la tension artérielle systolique (au cabinet et en ambulatoire) - Diminution du stress (PSS)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la tension artérielle diastolique (au cabinet et en ambulatoire)
Coronaropathie	Syndrome coronarien symptomatique dans l'année, hommes âgés de 30 à 65 ans	Parswani et al, 2013 (106)	MBSR + TH / TH (TH = non détaillé)	30	3 mois	- Diminution de la tension artérielle systolique - Diminution du stress (PSS) - Diminution des symptômes anxieux et dépressifs (HADS)	
Insuffisance cardiaque	Tout stade confondu, stable mais symptomatique malgré traitement optimal	Norman et al, 2017 (107)	MBI + TH / TH (TH = non détaillé)	40	10 semaines	- Diminution de l' asthénie (FSS) - Diminution de la dyspnée (NYHA) - Diminution de la sensation d'instabilité, d'étourdissement	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la qualité du sommeil
Syndrome climatérique	Péri-ménopause et ménopause, > 4 bouffées de chaleur ou sueurs nocturnes / 24h, modérées à sévères	Carmody et al, 2011 (108)	MBSR / témoins	92	3 mois	- Diminution de la gêne occasionnée par les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes - Diminution de l'anxiété (HADS) et du stress - Amélioration de la qualité de vie (MENQOL)	
Syndrome climatérique	Péri-ménopause et ménopause	Wong et al, 2018 (109)	MBSR / éducation thérapeutique	197	8 mois	- Diminution des symptômes anxieux et dépressifs (GCS)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes climatériques (GCS)

Syndrome climatique	Après salpingo-ovariectomie prophylactique, mutation BRCA1/2	Vandriel et al, 2018 (110)	MBSR + TH / TH (TH = conseils par une IDE)	65	12 mois	- Amélioration de la qualité de vie (MENQOL) à 3 et 12 mois - les signes fonctionnels sexuels (FSFI)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les signes fonctionnels sexuels (FSFI)
Greffe d'organe	Receveurs rein, pancréas, foie ou cœur	Gross et al, 2010 (111)	MBSR / éducation thérapeutique	138	12 mois	- Diminution de l'anxiété (STAI) - Amélioration des troubles du sommeil (PSQI) - Diminution de la dépression (CES-D) - Taille des effets : moyenne	
Greffe de cellules hématopoïétiques	En rémission complète, greffe > 6 mois	Grossman et al, 2015 (112)	MBI + TH / TH + soutien psychologique par téléphone 2 fois par mois pendant 8 semaines (TH = non détaillé)	62	3 mois	- Amélioration de la qualité de vie (FACT) - Amélioration des symptômes dépressifs (CES-D) - Taille de l'effet : moyenne en post-intervention, et petite à 3 mois	
Sclérose en plaque	Rechute ou secondairement progressive	Grossman et al, 2010 (113)	MBI + TH / TH (TH = non détaillé)	150	6 mois	- Amélioration de la qualité de vie (HAQUAM) - Amélioration des symptômes dépressifs (CES-D) - Diminution de l'anxiété (STAI) - Taille des effets : moyenne en post-intervention et petite à 6 mois - Diminution de l' asthénie (MFIS) (taille de l'effet : moyenne)	

Sclérose en plaque	Tout stade confondu	Senders et al, 2019 (114)	MBSR / éducation thérapeutique	62	12 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la résilience (CD-RISC) - le stress (PSS) - l'asthénie
Déficience cognitive	Légère (MMS $\geq 25/30$), ≥ 65 ans	Moynihan et al, 2013 (115)	MBSR / témoins	201	3 mois	- Amélioration des fonctions exécutives en post intervention (TMT) (taille de l'effet : petite)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la dépression - l'anxiété - les fonctions exécutives à 3 mois
Déficience cognitive	Légère (MMS $\geq 25/30$), 65-80 ans	Smart et al, 2016 (116)	MBSR / éducation thérapeutique	14	0	- Diminution du temps de réaction - Diminution de la plainte cognitive - Amélioration de la mémoire	
Déficience cognitive	Légère, amnésique, patients âgés de 56 à 87 ans	Larouche et al, 2019 (117)	MBI / éducation thérapeutique	45	3 mois		Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - les symptômes anxieux (GAI) et dépressifs (GDS) - la qualité de vie (WHOQOL) - la mémoire
Psoriasis	Sans rhumatisme psoriasique	Fordham et al, 2015 (118)	MBSR + TH / TH (TH = non détaillé)	19	0	- Amélioration de la qualité de vie (DLQI) - Amélioration de la sévérité de la maladie (SAPASI)	
Accident vasculaire cérébral ou traumatisme crânien	Fatigue mentale persistante, peu de séquelles cognitives	Johansson et al, 2012 (119)	MBSR / témoins	26	0	- Amélioration de l'asthénie mentale - Amélioration des tests neuropsychologiques (DSC et TMT)	

Acouphènes	≥ 6 mois	Mackenna et al, 2017 (120)	MBCT / relaxation	75	6 mois	MBCT > relaxation : - diminution de la sévérité (TQ) (effet de taille moyenne)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - la détresse psychologique (CORE)
Symptômes médicaux inexpliqués	≥ 6 mois, après un bilan complet	Van Ravesteijn et al, 2013 (121)	MBCT + TH / TH (TH = non détaillé)	107	9 mois	- Amélioration de la santé mentale (SF-36) (effet de petite taille)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - l' état de santé global (EQ-5D)
Obésité	Femmes avec IMC ≥ 25 (exclusion de certaines pathologies hormonales)	Raja-Khan et al, 2017 (122)	MBSR / éducation thérapeutique	86	16 semaines	- Diminution du stress (PSS)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le poids - la pression artérielle systolique ou diastolique

Abréviations : **AQLQ** : Asthma Quality of Life Questionnaire ; **ASCPRO** : Assessing the Symptoms of Cancer using Patient-Reported Outcomes ; **BAI** : Beck Anxiety Inventory ; **BCPT** :

Breast Cancer Prevention Trial ; **BDI** : Beck Depression Inventory ; **CD-RISC** : Connor–Davidson Resilience Scale ; **CES-D** : Center for Epidemiologic Studies- Depression ; **CORE** : Clinical

Outcomes in Routine Evaluation ; **DES** : Differential Emotions Scale ; **DDS** : Diabetes Distress Scale ; **DLQI** : Dermatology Life Quality Index ; **DSC** : Digit Symbol Coding ; **EQ-5D** :

EuroQOL-5D ; **FACT** : Functional Assessment of Cancer Therapy ; **FSFI** : Female Sexual Function Index ; **FSL** : Fatigue Symptom Inventory ; **FSS** : Fatigue Severity Scale ; **GAI** : Geriatric

Anxiety Inventory ; **GCS** : Greene Climacteric Scale ; **GDS** : Geriatric Depression Scale ; **HADS** : Hospital Anxiety and Depression Scale ; **HAQUAM** : Hamburg Quality of Life

Questionnaire in Multiple Sclerosis ; **IBS-QOL** : Irritable Bowel Syndrome Quality Of Life ; **IBS-SSS** : Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System ; **IES** : Impact of Event Scale ;

IUS : Intolerance of Uncertainty Short Form ; **MAX-PC** : Memorial Anxiety Scale for Prostate Cancer ; **MENQOL** : Menopause-Related Quality of Life ; **MFSI** : Multidimensional Fatigue

Scale Inventory ; **MFIS** : Modified Impact Fatigue Scale ; **MSAS** : Memorial Symptom Assessment Scale ; **MSCL** : Medical Symptom Checklist ; **NYHA** : New-York Heart Association ;

PANAS : Positive And Negative Affect Schedule ; **PEF** : peak expiratory flow ; **PHQ** : Patient Health Questionnaire ; **PSRI** : Perceived Stress Response Inventory ; **PSQ** : Perceived Stress

Questionnaire ; **PSQI** : Pittsburgh Sleep Quality Index ; **PSS** : Perceived Stress Scale ; **PTGI** : Posttraumatic Growth Inventory ; **QLQ-C30-GHS** : Quality of Life Questionnaire-Global

Quality of Life subscale ; **SAPASI** : Self Assessed Psori- asis Area Severity Index ; **SCL-90-R** : Symptom Checklist-90-Revised ; **SF-12** : 12-item short-form health survey ; **SF-36** : 36-item

short-form health survey ; **SOC** : Sense of Coherence scale ; **STAI** : State-Trait Anxiety Inventory ; **TMS** : Toronto Mindfulness Scale ; **TMT** : trail making test ; **TQ** : Tinnitus

Questionnaire ; **WHOQOL** : World Health Organization Quality Of Life

Tableau n°4 : Articles portant sur un stress lié à la vie quotidienne

Pathologie	Article	Intervention / contrôle	Nombre de patients inclus dans l'analyse	Durée d'évaluation (post-intervention)	Résultats sur les mesures d'intérêt : significatifs	Résultats sur les mesures d'intérêt : non significatifs
Stress lié à la vie quotidienne	Neece et al, 2014 (123)	MBSR / témoins	46	0	- Diminution du stress (PSI) (effet de taille importante) - Meilleure satisfaction dans la vie (SWLS) (effet de taille importante) - Moins de trouble du comportement des enfants	
Stress lié à vie quotidienne	Brown et al, 2016 (124)	MBSR / support social	38	3 mois	- Amélioration du stress (PSS) - Amélioration des troubles de l'humeur (POMS) - Taille des effets : moyenne à importante en post-intervention, et petite à 3 mois	
Stress lié à la vie quotidienne	Hou et al, 2014 (125)	MBSR / éducation thérapeutique (auto-formation avec un livre)	141	3 mois	- Diminution des symptômes dépressifs (CES-D) - Amélioration des symptômes d'anxiété en post-intervention, effet non maintenu à 3 mois	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : - le stress perçu et la qualité de vie
Stress lié à la vie quotidienne	Amutio et al, 2015 (126)	MBSR / témoins	42	10 mois	- Amélioration de l'état de relaxation	
Stress lié à la vie quotidienne	Asuero et al, 2014 (127)	MBSR / témoins	68	0	- Diminution des troubles de l'humeur (POMS) - Amélioration de l'empathie (JQ) - Diminution du burnout (MBI)	

								- taille de l'effet : moyenne à importante	
Stress lié à la vie quotidienne	Infirmières travaillant dans un hôpital psychiatrique depuis plus d'un an	Yang et al, 2018 (128)	MBSR / témoins	95	0			- Diminution du stress (NSS) - Diminution des symptômes anxieux (SAS) et dépressifs (SDS) - Amélioration des pensées, des émotions et des relations interpersonnelles (SCL-90)	
Stress lié à la vie quotidienne	IDE à l'hôpital à plein temps	Lin et al, 2018 (129)	MBSR / témoins	90	3 mois			- Diminution des affects négatifs et augmentation des affects positifs (PANAS) - Diminution du stress (PSS) - Augmentation de la résilience (CD-RISC)	
Stress lié à la vie quotidienne	Étudiants en médecine (internes)	Verweij et al, 2017 (130)	MBSR / témoins	138	0			- Amélioration de l'accomplissement personnel (taille de l'effet : petite) - Moins d'inquiétude (PSWQ) (taille de l'effet : petite)	Pas de différence significative entre les 2 groupes pour : l' épuisement émotionnel (MBI-HSS)
Stress lié à la vie quotidienne	Étudiants, 1 ^{ère} année de licence en éducation	Gallego et al, 2013 (131)	MBCT / témoins	83	0			- Amélioration du stress (taille de l'effet : importante) - Amélioration des symptômes dépressifs (taille de l'effet : importante) - Amélioration de l'anxiété (DASS-21) (taille de l'effet : petite)	

Stress lié à la vie quotidienne	Étudiants en médecine, 1 ^{ère} année d'externat	Van Dijk et al, 2017 (132)	MBSR / témoins	167	20 mois	- Diminution de la détresse psychologique (BSI) (taille de l'effet : petite) - Diminution des pensées irrationnelles (IBI) (taille de l'effet : petite) - Augmentation des pensées positives (taille de l'effet : moyenne) - Plus grande satisfaction dans la vie (Lisat-9) (taille de l'effet : moyenne)	
---------------------------------	--	----------------------------	----------------	-----	---------	---	--

Abréviations : **BSI** : Brief Symptom Inventory ; **CD-RISC** : Connor–Davidson Resilience Scale ; **CES-D** : Center for Epidemiologic Studies- Depression ; **DASS-21** : Depression Anxiety and Stress Scale-21 ; **IBI** : Irrational Beliefs Inventory ; **JQ** : Jefferson Questionnaire ; **Lisat-9** : Life Satisfaction Questionnaire ; **MBI** : Maslach Burnout Inventory ; **NSS** : Nursing Stress Scale ; **PANAS** : Positive And Negative Affect Schedule ; **POMS** : Profile Of Mood States ; **PSI** : Parenting Stress Index ; **PSS** : Perceived Stress Scale ; **PSWQ** : Penn State Worry Questionnaire ; **SAS** : self-rating anxiety scale ; SCL-90 : Symptom Checklist-90 ; **SDS** : self-rating depression scale , **SWLS** : Satisfaction With Life Scale

ANNEXES – Détails des biais par article

Figure n°1A – Articles portant sur une pathologie psychiatrique

	Risk of Bias						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Crane, 2011	-	-	+	-	-	-	+
Geschwind, 2011	+	+	+	X	X	+	+
Geschwind, 2012	+	+	+	X	X	+	+
Forkman, 2014	+	+	+	X	X	-	+
Manicavasgar, 2011	+	+	+	X	X	-	+
Eisendrath, 2016	+	+	+	X	X	+	+
Huijbers, 2015	+	+	+	X	X	+	+
Huijbers, 2016	+	+	+	X	X	+	+
Kuyken, 2015	+	+	+	X	X	+	+
Zemestani, 2020	+	+	+	-	-	+	+
Tovote, 2014	+	+	+	-	-	+	+
Barnhofer, 2015	-	-	+	-	-	-	+
Cladder Micus, 2018	-	-	+	-	-	+	+
Williams, 2014	-	+	-	X	X	-	-
Meadows, 2014	-	-	+	X	-	+	+
Chiesa, 2015	+	+	+	-	-	+	+
Rodgers, 2019	+	+	+	X	X	-	+
Shallcross, 2015	+	+	+	-	-	+	+
Shallcross, 2018	+	+	+	-	-	+	+
Dimidjian, 2016	-	-	+	-	-	+	+
Pots, 2016	+	+	+	-	-	+	+
Vollestad, 2011	-	-	+	-	-	+	+
Arch, 2013	+	+	+	-	-	+	+
Hoge, 2013	-	-	-	-	-	+	+
Sundquist, 2018	+	+	+	-	-	-	+
Wong, 2016	+	+	+	-	-	+	+
Kearny, 2013	-	-	+	-	-	+	+

D1: Séquences d'allocation aléatoires (biais de sélection)
 D2: Allocation masquée (biais de sélection)
 D3: Caractéristiques de base
 D4: Participants et personnels aveugles pour l'intervention (biais de performance)
 D5: Evaluation des critères de jugement en aveugle (biais de détection)
 D6: Données incomplètes (biais d'attrition)
 D7: Report sélectif des critères de jugement (biais de notification)

Faible risque Risque incertain Haut risque

Figure n°1B - Articles portant sur une pathologie psychiatrique (suite)

	Risk of Bias						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Polusny, 2015	+	+	-	-	X	+	+
Jasby, 2018	+	+	+	-	-	X	+
Kelly, 2016	-	-	+	-	-	+	+
Gross, 2011	+	+	+	-	-	X	+
Ong, 2014	+	+	+	X	X	+	+
Zhang, 2019	+	+	+	+	-	+	+
Gallegos, 2016	+	+	X	-	-	-	+
Wong, 2017	+	+	+	-	-	+	+
Garland, 2014	+	+	+	X	X	+	+
Zhang, 2015	+	+	+	-	-	+	+
Britton, 2012	+	+	+	-	-	X	+
Schramm, 2016	-	-	+	-	-	-	+
Witkiewitz, 2013	-	-	-	-	-	-	+
Witkiewitz, 2014	+	+	+	-	-	+	+
Bowen, 2014	-	-	+	-	-	+	+
Davis, 2018	+	+	-	-	-	+	+
Perlich, 2013	+	+	+	-	+	+	+
Alberts, 2012	-	-	-	-	-	-	+
Nyklicek, 2013	+	+	+	X	-	+	+
Rimes, 2013	+	+	-	-	-	-	+
Spek, 2013	+	+	+	-	X	+	+
Lee, 2019	-	-	-	X	X	+	+
Külz, 2019	+	+	+	-	-	+	+
Armstrong, 2016	-	-	+	-	-	+	+
Lin, 2019	+	+	-	X	X	+	+
Janssen, 2018	+	+	+	X	X	+	+
Sundquist, 2017	+	+	+	-	-	-	+

D1: Séquences d'allocation aléatoires (biais de sélection)
D2: Allocation masquée (biais de sélection)
D3: Caractéristiques de base
D4: Participants et personnels aveugles pour l'intervention (biais de performance)
D5: Evaluation des critères de jugement en aveugle (biais de détection)
D6: Données incomplètes (biais d'attrition)
D7: Report sélectif des critères de jugement (biais de notification)



Figure n°2 - Articles portant sur une plainte douloureuse

	Risk of bias						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Wong, 2011	+	+	+	X	X	+	+
De Jong, 2018	-	-	+	-	-	+	+
La Cour, 2015	+	+	X	-	-	+	+
Cherkin, 2016	+	+	+	X	X	+	+
Andrés-Rodríguez, 2019	+	+	+	X	X	+	+
Cash, 2014	+	+	+	X	X	+	+
Dalili, 2019	-	-	-	-	-	-	+
Wells, 2014	+	+	+	-	+	+	+
Day, 2014	+	-	+	X	X	+	+
Day, 2017	+	-	+	X	X	-	+
Bakhshani, 2015	-	-	+	-	-	-	+
George, 2017	-	-	-	-	-	-	+
Johanssen, 2016	+	+	+	-	-	+	+

D1: Séquences d'allocation aléatoires (biais de sélection)
D2: Allocation masquée (biais de sélection)
D3: Caractéristiques de base
D4: Participants et personnels aveugles pour l'intervention (biais de performance)
D5: Evaluation des critères de jugement en aveugle (biais de détection)
D6: Données incomplètes (biais d'attrition)
D7: Report sélectif des critères de jugement (biais de notification)



Figure n°3A - Articles portant sur une pathologie somatique

	Risk of Bias						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Duncan, 2012	+	+	+	-	-	+	+
Gayner, 2012	+	+	+	X	X	+	+
Seyedalinaghi, 2012	+	+	+	+	X	+	+
Hecht, 2018	+	+	+	-	-	+	+
Würzen, 2013	+	-	+	X	X	+	+
Würzen, 2015	+	-	+	X	X	+	+
Kenne Sarenmalm, 2017	+	+	X	X	X	-	+
Zhang, 2017	+	+	+	-	-	-	+
Hendersen, 2019	-	-	+	-	-	+	+
Witek Janusek, 2019	+	+	+	+	-	+	+
Schellekens, 2017	+	+	+	-	-	+	+
Victorson, 2017	+	+	+	-	-	-	+
Bränström, 2012	+	+	+	-	-	+	+
Johns, 2016	+	+	+	+	+	+	+
Hartman, 2012	-	-	+	-	-	+	+
Van Son, 2012	+	+	+	-	-	+	+
Van Son, 2014	+	+	+	-	-	+	+
Jung, 2015	+	+	+	-	-	-	+
Pbert, 2012	+	+	+	-	-	-	+
Barrett, 2012	+	+	+	X	X	-	+
Chan, 2015	+	+	X	-	-	-	+
Farver-Vestergaard, 2018	+	+	+	-	-	+	+
Jedel, 2014	+	+	+	+	+	+	+

Study

D1: Séquences d'allocation aléatoires (biais de sélection)
D2: Allocation masquée (biais de sélection)
D3: Caractéristiques de base
D4: Participants et personnels aveugles pour l'intervention (biais de performance)
D5: Evaluation des critères de jugement en aveugle (biais de détection)
D6: Données incomplètes (biais d'attrition)
D7: Report sélectif des critères de jugement (biais de notification)

 Faible risque
 Risque incertain
 Haut risque

Figure n°3B - Articles portant sur une pathologie somatique (suite)

	Risk of Bias						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Mohamadi, 2019	-	-	-	-	-	-	+
Zernicke, 2013	+	+	+	-	-	+	+
Palta, 2012	-	-	+	-	-	-	+
Blom, 2013	+	+	+	X	X	+	+
Momeni, 2016	+	+	+	X	+	+	+
Parswani, 2013	+	+	+	-	-	-	+
Norman, 2017	+	+	+	-	-	X	+
Carmody, 2011	+	+	-	-	-	+	+
Wong, 2018	+	+	+	-	-	+	+
Vandriel, 2018	+	+	-	X	X	+	+
Gross, 2010	+	+	+	X	X	+	+
Grossman, 2010	-	+	+	X	-	+	+
Senders, 2019	+	+	+	X	-	+	+
Moynihan, 2013	+	+	+	-	-	-	+
Smart, 2016	-	-	+	X	-	-	+
Larouche, 2019	+	+	+	X	-	+	+
Fordham, 2015	+	+	+	-	-	-	+
Grossman, 2015	-	+	-	X	-	+	+
Johansson, 2012	-	-	+	-	-	-	+
Mackenna, 2017	+	+	+	X	-	+	+
Vanravesteijn, 2013	-	-	-	-	-	+	+
Raja Khan, 2017	+	+	+	X	-	+	+

D1: Séquences d'allocation aléatoires (biais de sélection)
D2: Allocation masquée (biais de sélection)
D3: Caractéristiques de base
D4: Participants et personnels aveugles pour l'intervention (biais de performance)
D5: Evaluation des critères de jugement en aveugle (biais de détection)
D6: Données incomplètes (biais d'attrition)
D7: Report sélectif des critères de jugement (biais de notification)



Figure 4 - Articles portant sur un stress lié à la vie quotidienne

	Risk of Bias						
	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7
Neece, 2014	-	-	-	-	-	-	+
Hou, 2014	+	+	+	X	X	+	+
Brown, 2016	-	-	+	-	-	+	+
Amutio, 2015	+	+	+	-	-	-	+
Asuero, 2014	-	-	+	-	-	-	+
Yang, 2018	+	-	+	-	-	-	+
Lin, 2018	+	+	+	X	-	+	+
Verweij, 2017	+	+	+	-	-	+	+
Van Dijk, 2017	+	+	+	X	-	+	+
Gallego, 2013	+	+	+	-	-	-	+

D1: Séquences d'allocation aléatoires (biais de sélection)
 D2: Allocation masquée (biais de sélection)
 D3: Caractéristiques de base
 D4: Participants et personnels aveugles pour l'intervention (biais de performance)
 D5: Evaluation des critères de jugement en aveugle (biais de détection)
 D6: Données incomplètes (biais d'attrition)
 D7: Report sélectif des critères de jugement (biais de notification)

	Faible risque		Risque incertain		Haut risque
---	---------------	---	------------------	---	-------------

BIBLIOGRAPHIE

1. 2012-10-02-_medecinesnonconventionnelles-na290_0.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: http://archives.strategie.gouv.fr/cas/system/files/2012-10-02-_medecinesnonconventionnelles-na290_0.pdf
2. OMS | Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023 [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/publications/list/traditional_medicine_strategy/fr/
3. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Simpson TL, Kearney DJ, Davidson RJ. Is mindfulness research methodology improving over time? A systematic review. *PloS One*. 2017;12(10):e0187298.
4. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. nov 2011;6(6):537-59.
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*. 21 juill 2009;339:b2535.
6. 2014TOU31051.pdf [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <http://thesesante.upstlse.fr/724/1/2014TOU31051.pdf>
7. Zaugg V, Savoldelli V, Sabatier B, Durieux P. Améliorer les pratiques et l'organisation des soins : méthodologie des revues systématiques. *Sante Publique (Bucur)*. 5 déc 2014;Vol. 26(5):655-67.
8. Risk of bias tools - Current version of RoB 2 [Internet]. [cité 20 sept 2020]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/riskofbiastool/welcome/rob-2-0-tool/current-version-of-rob-2>
9. McGuinness LA, Higgins JPT. Risk-of-bias VISualization (robvis): An R package and Shiny web app for visualizing risk-of-bias assessments. *Res Synth Methods* [Internet]. n/a(n/a). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jrsm.1411>
10. MacCoon DG, Imel ZE, Rosenkranz MA, Sheftel JG, Weng HY, Sullivan JC, et al. The Validation of an Active Control Intervention for Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). *Behav Res Ther*. janv 2012;50(1):3-12.
11. Geschwind N, Peeters F, Drukker M, van Os J, Wichers M. 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):618-28.
12. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. oct 2012;201(4):320-5.

13. Crane C, Winder R, Hargus E, Amarasinghe M, Barnhofer T. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Specificity of Life Goals. *Cogn Ther Res.* juin 2012;36(3):182-9.
14. Barnhofer T, Crane C, Brennan K, Duggan DS, Crane RS, Eames C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *J Consult Clin Psychol.* déc 2015;83(6):1013-20.
15. Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijssen JN, T Donders AR, Becker ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depress Anxiety.* 2018;35(10):914-24.
16. Zemestani M, Fazeli Nikoo Z. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for comorbid depression and anxiety in pregnancy: a randomized controlled trial. *Arch Womens Ment Health.* 2020;23(2):207-14.
17. Dimidjian S, Goodman SH, Felder JN, Gallop R, Brown AP, Beck A. Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence. *J Consult Clin Psychol.* févr 2016;84(2):134-45.
18. Rodgers SH, Schütze R, Gasson N, Anderson RA, Kane RT, Starkstein S, et al. Modified Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Symptoms in Parkinson's Disease: a Pilot Trial. *Behav Cogn Psychother.* juill 2019;47(4):446-61.
19. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhé HG, van Schaik DJF, van Oppen P, et al. Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 15 nov 2015;187:54-61.
20. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet Lond Engl.* 4 juill 2015;386(9988):63-73.
21. Chiesa A, Castagner V, Andrisano C, Serretti A, Mandelli L, Porcelli S, et al. Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Res.* 30 avr 2015;226(2-3):474-83.
22. Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal ZV, Nelson JC, McInnes LA, et al. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychother Psychosom.* 2016;85(2):99-110.
23. Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, Kumar N, Palfrey A, Ford BQ, et al. Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *J Consult Clin Psychol.* oct 2015;83(5):964-75.

24. Shallcross AJ, Willroth EC, Fisher A, Dimidjian S, Gross JJ, Visvanathan PD, et al. Relapse/Recurrence Prevention in Major Depressive Disorder: 26-Month Follow-Up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus an Active Control. *Behav Ther.* 2018;49(5):836-49.
25. Pots WTM, Meulenbeek PAM, Veehof MM, Klungers J, Bohlmeijer ET. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy as a public mental health intervention for adults with mild to moderate depressive symptomatology: a randomized controlled trial. *PloS One.* 2014;9(10):e109789.
26. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *J Affect Disord.* avr 2011;130(1-2):138-44.
27. Tovote KA, Fleer J, Snippe E, Peeters ACTM, Emmelkamp PMG, Sanderman R, et al. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care.* sept 2014;37(9):2427-34.
28. Meadows GN, Shawyer F, Enticott JC, Graham AL, Judd F, Martin PR, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A translational research study with 2-year follow-up. *Aust N Z J Psychiatry.* août 2014;48(8):743-55.
29. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJV, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *J Consult Clin Psychol.* avr 2014;82(2):275-86.
30. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhé HG, van Schaik DJF, van Oppen P, et al. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: randomised controlled non-inferiority trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* avr 2016;208(4):366-73.
31. Forkmann T, Wichers M, Geschwind N, Peeters F, van Os J, Mainz V, et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Compr Psychiatry.* nov 2014;55(8):1883-90.
32. Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* avr 2011;49(4):281-8.
33. Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, 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):786-92.
34. Arch JJ, Ayers CR, Baker A, Almklov E, Dean DJ, Craske MG. Randomized clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behav Res Ther.* mai 2013;51(4-5):185-96.

35. Wong SYS, Yip BHK, Mak WWS, Mercer S, Cheung EYL, Ling CYM, et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2016;209(1):68-75.
36. Sundquist J, Palmér K, Memon AA, Wang X, Johansson LM, Sundquist K. Long-term improvements after mindfulness-based group therapy of depression, anxiety and stress and adjustment disorders: A randomized controlled trial. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(4):943-52.
37. Polusny MA, Erbes CR, Thuras P, Moran A, Lamberty GJ, Collins RC, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 4 août 2015;314(5):456-65.
38. Jasbi M, Sadeghi Bahmani D, Karami G, Omidbeygi M, Peyravi M, Panahi A, et al. Influence of adjuvant mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in veterans - results from a randomized control study. *Cogn Behav Ther.* 2018;47(5):431-46.
39. Kelly A, Garland EL. Trauma-Informed Mindfulness-Based Stress Reduction for Female Survivors of Interpersonal Violence: Results From a Stage I RCT. *J Clin Psychol.* avr 2016;72(4):311-28.
40. Kearney DJ, McDermott K, Malte C, Martinez M, Simpson TL. Effects of participation in a mindfulness program for veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot study. *J Clin Psychol.* janv 2013;69(1):14-27.
41. Britton WB, Haynes PL, Fridel KW, Bootzin RR. Mindfulness-based cognitive therapy improves polysomnographic and subjective sleep profiles in antidepressant users with sleep complaints. *Psychother Psychosom.* 2012;81(5):296-304.
42. Zhang J-X, Liu X-H, Xie X-H, Zhao D, Shan M-S, Zhang X-L, et al. Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: a randomized, controlled, single-blind clinical trial. *Explore N Y N.* juin 2015;11(3):180-5.
43. Zhang H, Li Y, Li M, Chen X. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for insomnia secondary to cervical cancer: Sleep effects. *Appl Nurs Res ANR.* 2019;48:52-7.
44. Ong JC, Manber R, Segal Z, Xia Y, Shapiro S, Wyatt JK. A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep.* 1 sept 2014;37(9):1553-63.
45. Gallegos AM, Moynihan J, Pigeon WR. A Secondary Analysis of Sleep Quality Changes in Older Adults From a Randomized Trial of an MBSR Program. *J Appl Gerontol Off J South Gerontol Soc.* 2018;37(11):1327-43.
46. Wong SY-S, Zhang D-X, Li CC-K, Yip BH-K, Chan DC-C, Ling Y-M, et al. Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Sleep Psycho-Education with Exercise on Chronic Insomnia: A Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2017;86(4):241-53.

47. Garland SN, Carlson LE, Stephens AJ, Antle MC, Samuels C, Campbell TS. Mindfulness-based stress reduction compared with cognitive behavioral therapy for the treatment of insomnia comorbid with cancer: a randomized, partially blinded, noninferiority trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 févr 2014;32(5):449-57.
48. Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Wall M, Winbush NY, Patterson R, et al. Mindfulness-based stress reduction versus pharmacotherapy for chronic primary insomnia: a randomized controlled clinical trial. *Explore N Y N*. avr 2011;7(2):76-87.
49. Schramm PJ, Zobel I, Mönch K, Schramm E, Michalak J. Sleep quality changes in chronically depressed patients treated with Mindfulness-based Cognitive Therapy or the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: a pilot study. *Sleep Med*. janv 2016;17:57-63.
50. Witkiewitz K, Greenfield BL, Bowen S. Mindfulness-based relapse prevention with racial and ethnic minority women. *Addict Behav*. déc 2013;38(12):2821-4.
51. Witkiewitz K, Warner K, Sully B, Barricks A, Stauffer C, Thompson BL, et al. Randomized trial comparing mindfulness-based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Subst Use Misuse*. avr 2014;49(5):536-46.
52. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. mai 2014;71(5):547-56.
53. Davis JP, Berry D, Dumas TM, Ritter E, Smith DC, Menard C, et al. Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *J Subst Abuse Treat*. 2018;91:37-48.
54. Alberts HJEM, Thewissen R, Raes L. 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.
55. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. mai 2013;127(5):333-43.
56. Rimes KA, Wingrove J. Mindfulness-based cognitive therapy 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):107-17.
57. Spek AA, van Ham NC, Nyklíček I. Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: a randomized controlled trial. *Res Dev Disabil*. janv 2013;34(1):246-53.
58. Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial.

59. Armstrong L, Rimes KA. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Neuroticism (Stress Vulnerability): A Pilot Randomized Study. *Behav Ther.* 2016;47(3):287-98.
60. Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, Sizoo B, Hepark S, Schellekens MPJ, et al. Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychol Med.* 2019;49(1):55-65.
61. Lin C-Y, Potenza MN, Broström A, Blycker GR, Pakpour AH. Mindfulness-based cognitive therapy for sexuality (MBCT-S) improves sexual functioning and intimacy among older women with epilepsy: A multicenter randomized controlled trial. *Seizure.* déc 2019;73:64-74.
62. Lee K-H. A randomized controlled trial of mindfulness in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2019;275:137-42.
63. Sundquist J, Palmér K, Johansson LM, Sundquist K. The effect of mindfulness group therapy on a broad range of psychiatric symptoms: A randomised controlled trial in primary health care. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 2017;43:19-27.
64. Nyklíček I, van Beugen S, Denollet J. Effects of mindfulness-based stress reduction on distressed (type D) personality traits: a randomized controlled trial. *J Behav Med.* août 2013;36(4):361-70.
65. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache.* oct 2014;54(9):1484-95.
66. Day MA, Thorn BE, Ward LC, Rubin N, Hickman SD, Scogin F, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: a pilot study. *Clin J Pain.* févr 2014;30(2):152-61.
67. Day MA, Thorn BE. Mindfulness-based cognitive therapy for headache pain: An evaluation of the long-term maintenance of effects. *Complement Ther Med.* août 2017;33:94-8.
68. Bakhshani NM, Amirani A, Amirifard H, Shahrakipoor M. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Perceived Pain Intensity and Quality of Life in Patients With Chronic Headache. *Glob J Health Sci.* 6 août 2015;8(4):142-51.
69. Cash E, Salmon P, Weissbecker I, Rebholz WN, Bayley-Veloso R, Zimmaro LA, et al. Mindfulness meditation alleviates fibromyalgia symptoms in women: results of a randomized clinical trial. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* juin 2015;49(3):319-30.
70. Andrés-Rodríguez L, Borràs X, Feliu-Soler A, Pérez-Aranda A, Rozadilla-Sacanell A, Montero-Marin J, et al. Immune-inflammatory pathways and clinical changes in fibromyalgia patients treated with Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): A randomized, controlled clinical trial. *Brain Behav Immun.* 2019;80:109-19.

71. la Cour P, Petersen M. Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain Med Malden Mass.* avr 2015;16(4):641-52.
72. de Jong M, Peeters F, Gard T, Ashih H, Doorley J, Walker R, et al. A Randomized Controlled Pilot Study on Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Unipolar Depression in Patients With Chronic Pain. *J Clin Psychiatry.* févr 2018;79(1).
73. George MC, Wongmek A, Kaku M, Nmashie A, Robinson-Papp J. A Mixed-Methods Pilot Study of Mindfulness-Based Stress Reduction for HIV-Associated Chronic Pain. *Behav Med Wash DC.* juin 2017;43(2):108-19.
74. Johannsen M, O'Connor M, O'Toole MS, Jensen AB, Højris I, Zachariae R. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Late Post-Treatment Pain in Women Treated for Primary Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 01 2016;34(28):3390-9.
75. Dalili Z, Bayazi MH. The effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the illness perception and Psychological Symptoms in patients with Rheumatoid Arthritis. *Complement Ther Clin Pract.* févr 2019;34:139-44.
76. Wong SY-S, Chan FW-K, Wong RL-P, Chu M-C, Kitty Lam Y-Y, Mercer SW, et al. Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial. *Clin J Pain.* oct 2011;27(8):724-34.
77. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 22 mars 2016;315(12):1240-9.
78. Duncan LG, Moskowitz JT, Neilands TB, Dilworth SE, Hecht FM, Johnson MO. Mindfulness-based stress reduction for HIV treatment side effects: a randomized, wait-list controlled trial. *J Pain Symptom Manage.* févr 2012;43(2):161-71.
79. Gayner B, Esplen MJ, DeRoche P, Wong J, Bishop S, Kavanagh L, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *J Behav Med.* juin 2012;35(3):272-85.
80. SeyedAlinaghi S, Jam S, Foroughi M, Imani A, Mohraz M, Djavid GE, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction 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):620-7.
81. Hecht FM, Moskowitz JT, Moran P, Epel ES, Bacchetti P, Acree M, et al. A randomized, controlled trial of mindfulness-based stress reduction in HIV infection. *Brain Behav Immun.* 2018;73:331-9.
82. Würtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV, 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):1365-73.

83. Würtzen H, Dalton SO, Christensen J, Andersen KK, Elsass P, Flyger HL, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction on somatic symptoms, distress, mindfulness and spiritual wellbeing in women with breast cancer: Results of a randomized controlled trial. *Acta Oncol Stockh Swed*. mai 2015;54(5):712-9.

84. Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Andersson BA, Karlsson P, Bergh I. Mindfulness and its efficacy for psychological and biological responses in women with breast cancer. *Cancer Med*. mai 2017;6(5):1108-22.

85. Zhang J-Y, Zhou Y-Q, Feng Z-W, Fan Y-N, Zeng G-C, Wei L-. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on posttraumatic growth of Chinese breast cancer survivors. *Psychol Health Med*. 2017;22(1):94-109.

86. Henderson VP, Massion AO, Clemow L, Hurley TG, Druker S, Hébert JR. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for women with early-stage breast cancer receiving radiotherapy. *Integr Cancer Ther*. sept 2013;12(5):404-13.

87. Witek Janusek L, Tell D, Mathews HL. Mindfulness based stress reduction provides psychological benefit and restores immune function of women newly diagnosed with breast cancer: A randomized trial with active control. *Brain Behav Immun*. 2019;80:358-73.

88. Schellekens MPJ, van den Hurk DGM, Prins JB, Donders ART, Molema J, Dekhuijzen R, et al. Mindfulness-based stress reduction added to care as usual for lung cancer patients and/or their partners: A multicentre randomized controlled trial. *Psychooncology*. déc 2017;26(12):2118-26.

89. Victorson D, Hankin V, Burns J, Weiland R, Maletich C, Sufrin N, et al. Feasibility, acceptability and preliminary psychological benefits of mindfulness meditation training in a sample of men diagnosed with prostate cancer on active surveillance: results from a randomized controlled pilot trial. *Psychooncology*. 2017;26(8):1155-63.

90. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Monahan PO, Giesler RB, et al. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction compared to psychoeducational support for persistently fatigued breast and colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2016;24(10):4085-96.

91. Bränström R, Kvillemo P, Moskowitz JT. A randomized study of the effects of mindfulness training on psychological well-being and symptoms of stress in patients treated for cancer at 6-month follow-up. *Int J Behav Med*. déc 2012;19(4):535-42.

92. Hartmann M, Kopf S, Kircher C, Faude-Lang V, Djuric Z, Augstein F, et al. Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberg Diabetes and Stress-study). *Diabetes Care*. mai 2012;35(5):945-7.

93. Jung HY, Lee H, Park J. Comparison of the effects of Korean mindfulness-based stress reduction, walking, and patient education in diabetes mellitus. *Nurs Health Sci.* déc 2015;17(4):516-25.
94. van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF, 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):823-30.
95. van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Pouwer F. Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *J Psychosom Res.* juill 2014;77(1):81-4.
96. Pbert L, Madison JM, Druker S, Olendzki N, Magner R, Reed G, et al. Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: a randomised controlled trial. *Thorax.* sept 2012;67(9):769-76.
97. Barrett B, Hayney MS, Muller D, Rakel D, Ward A, Obasi CN, et al. Meditation or exercise for preventing acute respiratory infection: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med.* août 2012;10(4):337-46.
98. Chan RR, Giardino N, Larson JL. A pilot study: mindfulness meditation intervention in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2015;10:445-54.
99. Farver-Vestergaard I, O'Toole MS, O'Connor M, Løkke A, Bendstrup E, Basdeo SA, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in COPD: a cluster randomised controlled trial. *Eur Respir J.* 2018;51(2).
100. Jedel S, Hoffman A, Merriman P, Swanson B, Voigt R, Rajan KB, et al. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to prevent flare-up in patients with inactive ulcerative colitis. *Digestion.* 2014;89(2):142-55.
101. Mohamadi J, Ghazanfari F, Drikvand FM. Comparison of the Effect of Dialectical Behavior Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy and Positive Psychotherapy on Perceived Stress and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome: a Pilot Randomized Controlled Trial. *Psychiatr Q.* 2019;90(3):565-78.
102. Zernicke KA, Campbell TS, Blustein PK, Fung TS, Johnson JA, Bacon SL, et al. Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: a randomized wait-list controlled trial. *Int J Behav Med.* sept 2013;20(3):385-96.
103. Palta P, Page G, Piferi RL, Gill JM, Hayat MJ, Connolly AB, et al. Evaluation of a mindfulness-based intervention program to decrease blood pressure in low-income African-American older adults. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* avr 2012;89(2):308-16.
104. Blom K, Baker B, How M, Dai M, Irvine J, Abbey S, et al. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial. *Am J Hypertens.* janv 2014;27(1):122-9.

105. Momeni J, Omid A, Raygan F, Akbari H. The effects of mindfulness-based stress reduction on cardiac patients' blood pressure, perceived stress, and anger: a single-blind randomized controlled trial. *J Am Soc Hypertens JASH*. 2016;10(10):763-71.
106. Parswani MJ, Sharma MP, Iyengar S. Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial. *Int J Yoga*. juill 2013;6(2):111-7.
107. Norman J, Fu M, Ekman I, Björck L, Falk K. Effects of a mindfulness-based intervention on symptoms and signs in chronic heart failure: A feasibility study. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. 2018;17(1):54-65.
108. Carmody JF, Crawford S, Salmoirago-Blotcher E, Leung K, Churchill L, Olendzki N. Mindfulness training for coping with hot flashes: results of a randomized trial. *Menopause N Y N*. juin 2011;18(6):611-20.
109. Wong C, Yip BH-K, Gao T, Lam KY, Woo DMS, Yip ALK, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) or Psychoeducation for the Reduction of Menopausal Symptoms: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Sci Rep*. 26 2018;8(1):6609.
110. van Driel C, de Bock GH, Schroevers MJ, Mourits MJ. Mindfulness-based stress reduction for menopausal symptoms after risk-reducing salpingo-oophorectomy (PURSUE study): a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. févr 2019;126(3):402-11.
111. Gross CR, Kreitzer MJ, Thomas W, Reilly-Spong M, Cramer-Bornemann M, Nyman JA, et al. Mindfulness-based stress reduction for solid organ transplant recipients: a randomized controlled trial. *Altern Ther Health Med*. oct 2010;16(5):30-8.
112. Grossman P, Zwahlen D, Halter JP, Passweg JR, Steiner C, Kiss A. A mindfulness-based program for improving quality of life among hematopoietic stem cell transplantation survivors: feasibility and preliminary findings. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. avr 2015;23(4):1105-12.
113. Grossman P, Kappos L, Gensicke H, D'Souza M, Mohr DC, Penner IK, et al. MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: a randomized trial. *Neurology*. 28 sept 2010;75(13):1141-9.
114. Senders A, Hanes D, Bourdette D, Carson K, Marshall LM, Shinto L. Impact of mindfulness-based stress reduction for people with multiple sclerosis at 8 weeks and 12 months: A randomized clinical trial. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl*. 2019;25(8):1178-88.
115. Moynihan JA, Chapman BP, Klorman R, Krasner MS, Duberstein PR, Brown KW, et al. Mindfulness-based stress reduction for older adults: effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*. 2013;68(1):34-43.
116. Smart CM, Segalowitz SJ, Mulligan BP, Koudys J, Gawryluk JR. Mindfulness Training for Older Adults with Subjective Cognitive Decline: Results from a Pilot Randomized Controlled Trial. *J Alzheimers Dis JAD*. 05 2016;52(2):757-74.
117. Larouche E, Hudon C, Goulet S. Mindfulness mechanisms and psychological effects for

aMCI patients: A comparison with psychoeducation. *Complement Ther Clin Pract*. févr 2019;34:93-104.

118. Fordham B, Griffiths CEM, Bundy C. A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis. *Psychol Health Med*. 2015;20(1):121-7.

119. Johansson B, Bjuhr H, Rönnebäck L. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2012;26(13-14):1621-8.

120. McKenna L, Marks EM, Hallsworth CA, Schaette R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy as a Treatment for Chronic Tinnitus: A Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*. 2017;86(6):351-61.

121. van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, van Weel C, Speckens A. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2013;82(5):299-310.

122. Raja-Khan N, Agito K, Shah J, Stetter CM, Gustafson TS, Socolow H, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction in Women with Overweight or Obesity: A Randomized Clinical Trial. *Obes Silver Spring Md*. 2017;25(8):1349-59.

123. Neece CL. Mindfulness-based stress reduction for parents of young children with developmental delays: implications for parental mental health and child behavior problems. *J Appl Res Intellect Disabil JARID*. mars 2014;27(2):174-86.

124. Brown KW, Coogler CL, Wegelin J. A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging Ment Health*. 2016;20(11):1157-66.

125. Hou RJ, Wong SY-S, Yip BH-K, Hung ATF, Lo HH-M, Chan PHS, et al. The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2014;83(1):45-53.

126. Amutio A, Martínez-Taboada C, Delgado LC, Hermosilla D, Mozaz MJ. Acceptability and Effectiveness of a Long-Term Educational Intervention to Reduce Physicians' Stress-Related Conditions. *J Contin Educ Health Prof*. 2015;35(4):255-60.

127. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodríguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34(1):4-12.

128. Yang J, Tang S, Zhou W. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Work Stress and Mental Health of Psychiatric Nurses. *Psychiatr Danub*. juin 2018;30(2):189-96.

129. Lin L, He G, Yan J, Gu C, Xie J. The Effects of a Modified Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Nurses: A Randomized Controlled Trial. *Workplace Health Saf*. mars 2019;67(3):111-22.

130. Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM.

Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2018;33(4):429-36.

131. Gallego J, Aguilar-Parra JM, Cangas AJ, Langer ÁI, Mañas I. Effect of a mindfulness program on stress, anxiety and depression in university students. *Span J Psychol.* 13 janv 2015;17:E109.

132. van Dijk I, Lucassen PLBJ, Akkermans RP, van Engelen BGM, van Weel C, Speckens AEM. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Clinical Clerkship Students: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2017;92(7):1012-21.

133. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* août 2011;31(6):1032-40.

134. Zhang Z, Zhang L, Zhang G, Jin J, Zheng Z. The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 23 2018;18(1):50.

135. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* avr 2017;51(2):199-213.

136. Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kümmel S, Cramer H. Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol Stockh Swed.* déc 2017;56(12):1665-76.

137. Scott-Sheldon LAJ, Balletto BL, Donahue ML, Feulner MM, Cruess DG, Salmoirago-Blotcher E, et al. Mindfulness-Based Interventions for Adults Living with HIV/AIDS: A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS Behav.* janv 2019;23(1):60-75.

138. Noordali F, Cumming J, Thompson JL. Effectiveness of Mindfulness-based interventions on physiological and psychological complications in adults with diabetes: A systematic review. *J Health Psychol.* 2017;22(8):965-83.

139. Solano López AL. Effectiveness of the Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Blood Pressure: A Systematic Review of Literature. *Worldviews Evid Based Nurs.* oct 2018;15(5):344-52.

140. Liu Z, Sun Y-Y, Zhong B-L. Mindfulness-based stress reduction for family carers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 14 2018;8:CD012791.

141. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment.* sept 2008;15(3):329-42.

142. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med.* févr 2008;31(1):23-33.
143. Britton WB. Can Mindfulness Be Too Much of a Good Thing? The Value of a Middle Way. *Curr Opin Psychol.* août 2019;28:159-65.
144. Lengacher CA, Reich RR, Ramesar S, Alinat CB, Moscoso M, Cousin L, et al. Feasibility of the mobile mindfulness-based stress reduction for breast cancer (mMBSR(BC)) program for symptom improvement among breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2018;27(2):524-31.
145. Thompson NJ, Walker ER, Obolensky N, Winning A, Barmon C, Diiorio C, et al. Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: project UPLIFT. *Epilepsy Behav EB.* nov 2010;19(3):247-54.
146. Chan SHW, Tse S, Chung KF, Yu CH, Chung RCK, Lo HHM. The effect of a brief mindfulness-based intervention on personal recovery in people with bipolar disorder: a randomized controlled trial (study protocol). *BMC Psychiatry.* 22 2019;19(1):255.
147. Day MA, Halpin J, Thorn BE. An Empirical Examination of the Role of Common Factors of Therapy During a Mindfulness-based Cognitive Therapy Intervention for Headache Pain. *Clin J Pain.* mai 2016;32(5):420-7.
148. Roos CR, Bowen S, Witkiewitz K. Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol.* nov 2017;85(11):1041-51.
149. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, et al. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* juill 2017;55:74-91.
150. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* juin 2008;35(3):331-40.
151. SPF. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 12 novembre 2019, n°29-30 Surveillance de la mortalité par cause médicale en France : les dernières évolutions [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: /import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-12-novembre-2019-n-29-30-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-medicale-en-france-les-dernieres-evolutions
152. La médecine intégrative [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.institutdemedecineintegrative.com/newpage>
153. Péliissier-Simard L, Xhignesse M. Qu'est-ce que la médecine intégrative ? *Médecin Qué.* 1 janv 2008;43.
154. Constitution [Internet]. [cité 10 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

155. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. [Internet]. [cité le 10 oct 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf

Livres consultés :

« Où tu vas-tu es : apprendre à méditer pour se libérer du stress et des tensions profondes »
Jon Kabat-Zinn. Ed. J'ai Lu Bien Être, 2019

« Au cœur de la tourmente, la pleine conscience »
Jon Kabat-Zinn. Ed. J'ai Lu Bien Être, 2019

« Méditer jour après jour »
Christophe André, Ed. L'Iconoclaste, 2011



Nom, prénom du candidat : BICAT Anne-Sophie

CONCLUSIONS

La méditation de pleine conscience est une technique corps-esprit appartenant à la troisième vague des thérapies cognitives et comportementales. Elle est dispensée sous la forme de programmes standardisés de 8 semaines. Ces dix dernières années, de nombreuses études se sont intéressées à la méditation afin de prouver son efficacité dans la prise en charge de pathologies chroniques variées.

Cette revue de la littérature, réunissant 122 articles, a permis de montrer l'intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale, qu'elle soit sous la forme MBSR, MBCT, MBI ou MBRP. La méditation de pleine conscience, en tant que thérapie d'accompagnement, a permis d'améliorer les symptômes d'anxiété, de dépression, de stress, et d'améliorer la qualité de vie de patients présentant des pathologies diverses, psychiatriques ou somatiques. Dans le cadre de la médecine générale, la méditation de pleine conscience présente un intérêt particulier pour l'accompagnement de patients présentant un trouble dépressif, un trouble anxieux, des insomnies, des douleurs chroniques ou un cancer. Elle peut également être utilisée au quotidien comme un outil de gestion du stress chez des patients indemnes de toute pathologie mais fortement exposés au stress dans leur vie quotidienne. La méditation de pleine conscience peut être intégrée à la pratique du médecin généraliste sous forme d'un conseil ou d'une prescription permettant d'orienter le patient vers un thérapeute certifié. Elle peut être proposée à toute personne en situation de souffrance physique ou psychologique, désireuse de changement et prête à une certaine introspection, dans le respect de ses contre-indications. Elle nécessite une motivation certaine et une grande implication personnelle, il semble en effet qu'une pratique quotidienne soit nécessaire pour que les effets soient maintenus à long terme. Il s'agit d'une technique ouverte à toute personne, même débutante, permettant au patient de mieux vivre avec ses symptômes, et de traverser les événements de la vie avec plus de sérénité.

La qualité des études publiées sur le sujet de la pleine conscience a été largement critiquée. Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence un biais globalement modéré des études incluses.



Des études supplémentaires de bonne qualité sont nécessaires pour confirmer l'intérêt de la méditation de pleine conscience dans certaines pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale, comme l'HTA, le psoriasis, le syndrome climatérique, le syndrome de l'intestin irritable et la fibromyalgie.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1
Docteur Rémy BOUSSAGEON
Professeur des Universités
de Médecine Générale

Vu :
Pour le Président de l'Université,
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est



Vu et permis d'imprimer

15 OCT. 2020

BICAT Anne-Sophie

Intérêt de la méditation de pleine conscience en médecine générale : une revue de la littérature

RÉSUMÉ :

Introduction : La méditation de pleine conscience (MPC) est une technique « corps-esprit » ayant fait l'objet de nombreuses études ces dix dernières années. Son efficacité a été évaluée dans la prise en charge de pathologies chroniques fréquentes en soins primaires, pouvant poser des difficultés de prise en charge au médecin généraliste. L'objectif de cette étude est de déterminer les pathologies pour lesquelles la MPC a montré une efficacité et d'évaluer son applicabilité en médecine générale. **Méthode** : Une revue de la littérature a été réalisée sur Medline, évaluant la MPC sous forme MBSR (réduction du stress par la pleine conscience), MBCT (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience), MBI (interventions basées sur la pleine conscience), MBRP (prévention de la rechute basée sur la pleine conscience) et ACT (thérapie de l'acceptation et de l'engagement). Seuls les essais contrôlés randomisés (ECR) publiés entre 2010 et 2020 ont été inclus. **Résultats** : Cette étude a porté sur l'analyse de 122 ECR : 54 portaient sur une pathologie psychiatrique, 13 sur la plainte douloureuse, 45 sur une pathologie somatique et 10 sur le stress lié à la vie quotidienne. La MPC a permis d'améliorer les symptômes de dépression, d'anxiété, de stress et d'améliorer la qualité de vie de patients présentant des pathologies diverses psychiatriques ou somatiques, ou présentant un stress lié à la vie quotidienne. L'analyse des biais a montré un biais globalement modéré des études, lié principalement au manque d'aveugle des patients, du personnel encadrant, et de l'évaluation des critères de jugement. **Conclusion** : En médecine générale, la méditation de pleine conscience peut avoir un intérêt dans la prise en charge de patients présentant un syndrome dépressif, un trouble anxieux, une insomnie chronique, une douleur chronique, un cancer ou un stress lié à la vie quotidienne. Elle peut être proposée en tant que thérapie d'accompagnement, pour améliorer le bien-être du patient, et lui permettre de mieux vivre avec ses symptômes.

Mots-clés : méditation de pleine conscience, bien-être, santé physique, santé mentale, médecine générale, médecines complémentaires

Jury : Président : Monsieur le Professeur Rémy BOUSSAGEON

Membres : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Docteur Joël DANNAOUI

Date de soutenance : 12 novembre 2020