



ARTICLE ORIGINAL

Méditation de pleine conscience et psychothérapie : état des lieux théorique, mesure et pistes de recherche

Mindfulness meditation and psychotherapy: A theoretical overview, measurement and lines of research

C. Berghmans*, L. Strub, C. Tarquinio

2 LP (EA 4165) – équipe psychologie de la santé, laboratoire Lorrain de psychologie, université Paul-Verlaine-de-Metz, 57000 Metz, Île-de-Saulcy, France

Disponible sur Internet le 13 juin 2008

MOTS CLÉS

Méditation ;
Pleine conscience ;
Psychothérapie

KEYWORDS

Meditation;
Mindfulness;
Psychotherapy

Résumé L'objet de notre synthèse est d'investiguer le champ de la méditation. Nous centrerons notre attention sur la méditation en pleine conscience, courant le plus porteur de ces dernières années et négligerons pour le moment d'autres courants méditatifs, telle la méditation transcendantale. Notre mode d'approche consistera tout d'abord à définir les concepts de méditation et de pleine conscience, puis à recenser l'ensemble des connaissances actuelles dans le domaine. Au regard de ces dernières, on a d'ores et déjà pu constater l'efficacité des pratiques Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) et Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) au vue de différentes applications thérapeutiques, même s'il est à noter certaines lacunes méthodologiques. Aussi serons-nous amenés à explorer de nouvelles pistes expérimentales et conceptuelles.

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Our synthesis is aimed at investigating the field of meditation. We will focus our attention on the mindfulness meditation, which is the key trend of the last years and pay no attention for the moment to other meditative currents, such as the transcendental meditation. Our approach will first consist in defining the concepts of meditation and full consciousness, then in listing all the knowledge of the field. This has already enabled us to notice the effectiveness of the Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) and the Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) practices towards different therapeutic applications, although there are

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : claude.berghmans@wanadoo.fr (C. Berghmans).

certain methodological flaws. We will therefore be led to explore new experimental and conceptual avenues of research.

© 2008 Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les interventions psychothérapeutiques basées sur la « pleine conscience » connaissent depuis quelques années un succès grandissant dans les pays anglo-saxons [1]. Soulignant l'importance croissante des alternatives thérapeutiques et s'inscrivant dans la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives, elle est encore peu connue en France, mais des recherches commencent à apparaître ([2], Berghmans et al. 2006, soumis). L'approche basée sur le concept de pleine conscience issue de la tradition bouddhiste et déclinée dans la méditation a donné naissance à des courants de recherche outre-Atlantique qui ont porté leurs fruits et montré l'intérêt et la pertinence de ces travaux [3] dans différents axes de prise en charge thérapeutique. L'objet de notre article n'est pas de présenter un état des lieux des recherches, celui-ci ayant été exposé (Berghmans, Tarquinio & Strub, 2007, soumis), mais de porter notre attention sur les sous-bassements conceptuels de cette approche tels qu'ils sont perçus aujourd'hui. L'objectif de notre présentation est d'offrir une vision des éléments conceptuels de la méditation de pleine conscience et de critiquer les investigations actuelles en soulignant les pistes de recherches futures.

Encadrement théorique : les concepts de méditation et de pleine conscience

Sachant qu'il n'existe pas de consensus sur le sens du mot méditation, on trouve une diversité de définitions [4] qui reflète la complexité de l'objet étudié et la multiplicité des pratiques rencontrées. Cardoso et al. [5] ont proposé une définition large et opérationnelle de la méditation. Ils caractérisent une pratique méditative si :

- elle utilise une technique claire et définie ;
- elle implique de la relaxation musculaire dans le processus ;
- elle implique une relaxation mentale ;
- elle induit un état d'esprit spécifique ;
- elle utilise une focalisation de l'attention.

D'un point de vue cognitif et psychosocial, Walsh et Shapiro [6] définissent la méditation comme une pratique d'autorégulation qui a pour but d'amener les processus mentaux sous un contrôle volontaire au travers de la focalisation de l'attention et de la conscience vigilante. D'autres énonciations insistent sur la relaxation, la concentration, les états altérés de conscience, la suspension du processus de pensée logique et le maintien d'une attitude d'auto-observation. D'un point de vue plus général, Manocha [7] décrit la méditation comme une expérience discrète et définie d'état de conscience spécifique (ou de silence mental) dans laquelle l'activité de l'esprit est minimisée sans réduction

du niveau d'alerte et de compréhension. En dépit d'un manque de consensus sur la définition de la méditation dans la littérature scientifique, la plupart des chercheurs sont en accord pour dire que la méditation sous-tend une forme de formation mentale qui implique un vide de l'esprit et dont le but est de développer un état mental d'observation détaché dans lequel les participants sont conscients de leur environnement sans être impliqués dans la mesure du possible dans le processus de pensée ou de formation des pensées. Tous les types de méditation semblent se baser sur le concept d'observation immédiate des activités psychiques (pensées, émotions, sentiments), de formation à un niveau de conscience ou d'attention vigilante et de cultivation d'un niveau d'acceptation des contenus mentaux.

L'intérêt d'étudier la méditation, comme pratique de guérison ou d'aide au maintien du bien-être, est lié au besoin de mieux connaître les connexions et l'interaction entre le corps et l'esprit et à la façon dont le mental d'un individu peut affecter son bien-être physique et psychique. Shapiro [3] souligne que les différents types de méditation varient en fonction de trois critères :

- le type d'attention selon lequel la méditation de concentration se focalise sur un objet comme le souffle ou un son, alors que la méditation dite de pleine conscience a pour objectif une attention fluide et vigilante sur plusieurs objets successifs ;
- la relation au processus cognitif selon laquelle certaines pratiques observent la cognition uniquement comme une pensée ou une image, alors que d'autres la modifient délibérément ;
- le but sur lequel des pratiques méditatives se focalisent, à savoir le bien-être et le développement mental ou l'éveil d'aptitudes spécifiques, telle une inclination à la joie ou à la compassion.

Les recherches liées à la méditation dite de pleine conscience (mindfulness) s'avèrent les plus fructueuses depuis ces 20 dernières années, notamment grâce aux travaux pionniers de John Kabat-Zinn [8] sur l'utilisation de la méditation dans la réduction du stress.

John Kabat-Zinn [8] définit la pleine conscience comme le fait « de faire attention au chemin, au but dans le moment présent, dans un état de non-jugement ». Jerry Braza [9] l'a définie comme « une pratique qui consiste à devenir plus conscient de chaque instant et de notre expérience à cet instant. C'est un état naturel qui vise à vivre chaque instant pleinement ». Pour Langer [10], elle incluait un processus cognitif permettant la création de nouvelles catégories, une ouverture à l'information et la conscience de plus d'une perspective. Dans cette optique, l'inverse de la pleine conscience serait de s'attacher trop

rapidement à une perspective dans une situation donnée, pour ensuite agir uniquement à partir de cet état d'esprit. De manière générale, l'individu est normalement inattentif, non-présent dans ce qu'il fait et à l'instant où il le fait. Habituellement, on ne remarque la tendance de l'esprit à errer que lorsque l'on tente d'accomplir une tâche mentale et que cette errance interfère.

À la lecture des définitions citées ci-dessus, nous sommes en mesure de constater que l'approche de la pleine conscience, bien que diversifiée, présente des éléments communs. Aussi, sommes-nous amenés à en proposer une synthèse. La pleine conscience peut être définie comme :

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

Cette définition synthétique et évolutive va nous permettre d'identifier les différents piliers théoriques ou éléments qui expliquent sa construction. Une première ébauche de théorie a été développée par Shapiro [30] qui conjecture la présence de trois composantes principales à l'état de pleine conscience : l'intention, l'attention et l'attitude. Ces trois axes sont les blocs fondamentaux de la pleine conscience dans laquelle tout émerge. Ce ne sont pas des processus séparés, mais différents aspects d'un processus cyclique qui fonctionnent simultanément. Le rôle de l'intention, déjà souligné par la pratique bouddhiste, est primordial et remis en lumière par les recherches de Shapiro [11], qui explorent les intentions des sujets pratiquant cette forme de méditation. L'intention est vue ici comme un prérequis et un composant central de la pleine conscience permettant de comprendre le processus dans sa globalité.

Le concept d'attention se retrouve dans toutes les formes de pratiques méditatives, il est un élément central dans l'étude de la méditation. La focalisation de l'attention sur un objet (le corps, la respiration, les sensations) dans une optique d'autorégulation implique l'observation des opérations cognitives internes et externes à chaque instant, c'est-à-dire dans l'expérience immédiate. On peut parler d'une forme de suspension de tous les chemins d'interprétation de l'expérience, afin de la réaliser telle qu'elle se présente en l'instant. En se référant aux travaux de Bishop et al. [12], la pleine conscience se manifeste par le maintien de la conscience sur l'expérience présente, observant et prenant part aux changements de domaines de la pensée, des émotions et des sensations instant après instant, en régulant la focalisation de l'attention. Fixer la conscience en l'instant présent requiert une aptitude

au maintien de l'attention [12]. Cette compétence fait référence à la capacité au maintien d'un état de vigilance prolongé sur une période ([13, 14]). Maintenir, par exemple, l'attention sur le souffle permet ainsi d'ancrer la conscience dans l'instant présent, afin que les pensées, sensations et émotions puissent être détectées lorsqu'elles apparaissent. Une autre capacité au passage d'un domaine à un autre ou, autrement dit, au changement ou *switch* permet au sujet de reporter sa concentration sur le souffle quand cette dernière a été perturbée par des émotions, pensées ou sensations parasitaires reconnues. Cette compétence implique la flexibilité de l'attention, afin que le sujet puisse reporter son attention d'un objet sur l'autre [15].

De plus, l'autorégulation de l'attention consiste à développer une conscience non-élaborative relatives aux pensées, aux émotions et aux sensations qui sont perçues, afin de ne pas être capté par ces dernières et d'entrer ainsi dans un processus de rumination, d'élaboration et d'association. Par ailleurs, la pleine conscience ne consiste pas à supprimer des pensées perturbatrices, puisque chaque élément qui arrive à la conscience est considéré comme élément d'observation et non de distraction. Cependant, dès qu'une émotion ou une pensée apparaît, l'attention doit se concentrer de nouveau sur le souffle, afin d'éviter d'entrer dans un mode de rumination. Ce mécanisme a un rôle inhibiteur dans l'élaboration des pensées de rumination. Ainsi, la pratique de la pleine conscience peut être associée à l'amélioration d'un processus d'inhibition cognitif au niveau de la sélection des stimuli. Par conséquent, l'attention est considérée comme un pilier de la pleine conscience, de même que le processus d'autorégulation qui implique une attention continue, un changement d'attention (*switch*) et l'inhibition du processus élaboratif de la pensée. De ce fait, la pleine conscience est considérée comme un processus métacognitif. On pourrait même parler d'une capacité métacognitive selon laquelle se manifesteraient une forme de contrôle des processus cognitifs (autorégulation de l'attention) et la gestion du flux d'informations arrivant à la conscience.

Enfin, le dernier élément clé intervenant dans la pleine conscience est l'attitude [3]. Il est important de prendre en compte la façon dont le sujet participe. L'attitude que l'on a face à l'attention est essentielle. Cette attitude peut s'étudier par des processus d'observation, d'ouverture à l'expérience et d'acceptation sans jugement. La pleine conscience met l'accent sur une orientation vers l'expérience. Celle-ci débute par le maintien d'une attitude de curiosité par rapport à l'endroit où l'esprit se porte (choix d'un stimulus) lorsque l'attention se déporte inévitablement sur un stimulus, telle la respiration, avec une focalisation sur d'autres objets mentaux (pensées, émotions, sensations) qui surgissent. Certains auteurs parlent de curiosité cognitive (Bishop, 2004). Chaque stimulus doit pouvoir faire l'objet d'une observation sans que le sujet ne les génère ou ne les fasse disparaître. Il doit juste les observer dans le flux des stimuli qui arrive à la conscience. Cette observation se fait dans une attitude de non-jugement que l'on retrouve dans un grand nombre de définitions de la pleine conscience [8]. Cette notion de non-jugement est très fortement liée à celle d'acceptation. On parle d'acceptation des pensées sans les juger. Cette attitude d'acceptation doit être adoptée au cours de l'expérience, instant après instant. L'acceptation est

définie comme un état d'ouverture à la réalité de l'instant [16]. Cela implique une décision consciente d'abandon, afin de permettre la manifestation des sensations, émotions et pensées [17]. C'est un processus actif dans lequel le sujet choisit de prendre ce qui arrive à la conscience avec une attitude d'ouverture, de réceptivité et de non-jugement. En ce sens, c'est un processus ouvert à l'expérience.

En résumé, la pleine conscience est considérée comme un processus de régulation de l'attention qui permet de fournir une qualité de conscience non-élaborative et une qualité de relation à l'expérience avec une orientation de curiosité, d'ouverture et d'acceptation sans jugement [12]. Les trois axiomes mis en évidence par Shapiro sont présentés comme les composantes fondamentales de la pleine conscience et sont à l'origine d'un changement de perspective qui se traduit en termes de «reperception». Les auteurs font l'hypothèse que cette reperception est un «métamécanisme» d'action lié à des mécanismes additionnels directs qui mènent au changement et apportent des résultats positifs. Ces mécanismes sont l'autorégulation, la clarification des valeurs, la flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale et l'exposition. Bishop (2003) définit la pleine conscience comme un mode de conscience évoqué quand l'attention est régulée. Cette définition souligne le caractère processuel de la pleine conscience. Il l'a comparée à une capacité pouvant être développée avec de la pratique. Ce mode de conscience n'est pas limité à l'activité de méditation, mais peut s'activer dans d'autres pratiques (la marche, le manger...). Par ailleurs, la pratique de la pleine conscience révèle d'autres caractéristiques, telles la patience, la relaxation, la non-réactivité et la compassion [8], 1998; [18,19]). Ce cadrage conceptuel se veut évolutif. En effet, des recherches futures nous amèneront sans nul doute à le réexaminer sur une base empirique liée à quatre pratiques thérapeutiques relatives à la pleine conscience. Premièrement, la thérapie Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) développée par John Kabat-Zinn en 1990, appliquée à la santé physique et psychique, et plus particulièrement à la gestion du stress. Deuxièmement, la thérapie Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), développée par Segal et al. [20], est une adaptation de la thérapie MBSR avec une orientation plus centrée dans sa pratique sur des aspects comportementaux et cognitifs en lien avec les thérapies cognitivocomportementales et utilisée en traitement de prévention de la rechute dépressive. Troisièmement, la thérapie Acceptance and Commitment Therapy (ACT), développée par Hayes et Strosahl [21], encourage les patients à accepter des sensations indésirables au lieu de les fuir ou de les éviter et, enfin, la thérapie Dialectical Based Therapy (DBT), initiée par Linehan en 1993 [22], est utilisée pour les traitements des personnalités en borderline et les régulations affectives en général.

Mesure de la pleine conscience

Jusqu'à très récemment, la mesure de la pleine conscience n'a reçu que peu d'attention empirique. Les études qui mettent en évidence la réduction de symptômes physiques et psychologiques ne cessent de progresser, mais aucune n'apporte d'éléments sur la capacité des sujets à développer une aptitude à la pleine conscience. En fait, la

construction d'instruments de mesure se heurte au paradoxe suivant. La solidité psychométrique de la mesure est nécessaire pour comprendre le principe et ses composants qui découlent de la pleine conscience, ainsi que les mécanismes selon lesquels la formation à la pleine conscience apporte ses effets bénéfiques. D'un autre côté, les définitions opérationnelles de la pleine conscience sont essentielles pour développer des instruments valides qui sont nécessaires pour investiguer les processus psychologiques impliqués dans la formation à la pleine conscience [23]. L'introduction de la mesure de la pleine conscience s'articule essentiellement sur les aspects conceptuels de l'attention et de l'acceptation sous la forme de questionnaires d'autoévaluation. Les outils identifiés sont les suivants.

L'échelle Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), de Buchheld et al. [24], qui évalue l'attitude de non-jugement et d'ouverture. Cet instrument a été conçu avec des pratiquants de la méditation en pleine conscience pour une utilisation auprès d'une population de méditants expérimentés. Il se compose de 30 items qui sont évalués sur une échelle en quatre points de type Likert (de «rarement» à «presque toujours»). La FMI montre une bonne consistance interne avant et après une retraite méditative.

L'échelle Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), de Brown et Ryan [25], est, quant à elle, conçue pour mesurer la pleine conscience et repose sur le binôme conscience—attention centré sur le moment présent. Les répondants sont interrogés sur les expériences consistant à agir en mode «pilotage automatique», à être préoccupé et à prêter attention à l'instant présent. L'instrument comprend une échelle en six points de type Likert (de «presque toujours» à «presque jamais») composée de 15 items. Ces derniers balaient les domaines cognitif, émotionnel, interpersonnel et physique. Les auteurs rapportent un instrument stable auprès d'une population d'étudiants de niveau université et d'adultes pour différencier les pratiquants des non-pratiquants de la pleine conscience et pour prédire des résultats sur le bien-être des sujets. La MAAS révèle une consistance interne de 0,82.

L'échelle Toronto Mindfulness Scale (TMS), développée par Bishop et al. [26], a pour objectif d'évaluer l'état de conscience atteint immédiatement après un exercice de méditation. L'échelle consiste à décrire un état de conscience très élevé des sensations corporelles, des pensées et des sentiments, aussi bien qu'une attitude d'observation caractérisée par la curiosité, l'acceptation et l'ouverture. La TMS comporte dix items évalués sur une échelle en cinq points de type Likert (de «pas du tout» à «très»). Cet instrument montre une fiabilité et une validité chez les sujets qui ont ou n'ont pas pratiqué la méditation en pleine conscience.

L'échelle Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), de Baer et al. [27], comprend 39 items qui mesurent quatre éléments de la pleine conscience: l'observation, la description, agir avec conscience et l'acceptation sans jugement. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en cinq points (de «jamais ou très rarement vrai» à «toujours ou presque toujours vrai»). La mesure des aptitudes de la pleine conscience évaluée au travers de la construction de la KIMS est fortement basée sur les aspects conceptuels de l'approche thérapeutique de la DBT de Linehan. L'instrument évalue la tendance générale à être

conscient au quotidien et n'exige pas une expérience de méditation. Les auteurs rapportent une consistance interne qui va de 0,76 à 0,91 pour les quatre sous-échelles.

La Cognitive and Affective Mindfulness Scale (CAMS), de Feldman et al. [28], est construite à partir de 12 items qui mesurent l'attention, la conscience, la focalisation sur l'instant présent et l'acceptation/non-jugement. Bien que cette échelle tente de saisir plusieurs éléments de la pleine conscience, elle ne les mesure pas indépendamment, mais rapporte un score global unique. Les items sont évalués sur une échelle de type Likert en quatre points (de «rarement ou pas du tout» à «presque toujours»). Les auteurs indiquent une consistance interne de 0,74 à 0,80. De plus, ils rapportent des corrélations négatives liées à l'évitement, la suppression de pensées, la rumination, l'inquiétude, la dépression et l'anxiété et des corrélations positives liées à la clarté émotive, la «réparation de l'humeur», la flexibilité cognitive et le bien-être.

L'échelle Philadelphia Mindfulness Scale (PHLMS), de Cardociotto [29], est fondée sur une mesure bidimensionnelle de la pleine conscience basée sur les deux éléments principaux du *construct* théorique, c'est-à-dire la conscience de l'instant présent et l'acceptation du non-jugement. L'instrument comporte 20 items qui sont évalués sur une échelle en cinq points de type Likert (de «jamais» à «très souvent»). Les auteurs font état d'une bonne consistance interne dans leurs études réalisées à la fois sur une population d'étudiants de niveau universitaire et sur des patients souffrants de problèmes psychiatriques.

L'examen des différentes mesures de la pleine conscience, développées récemment, laisse apparaître de bonnes propriétés psychométriques, montrant une consistance interne correcte et des corrélations attendues avec plusieurs autres variables. Comme l'ont suggéré Baer et al. [23], les futures recherches devraient faire évoluer la mesure de la pleine conscience et inclure d'autres méthodes que les questionnaires d'autoévaluation.

Méthodologie et pistes de recherches

Les études [26,32,33] menées sur la pleine conscience depuis 1980 via les pratiques MBSR, MBCT, ACT ou DBT ont en commun la perception commune d'une faiblesse méthodologique qui peut s'illustrer dans plusieurs domaines, dont trois principaux que sont le protocole de l'étude, l'évaluation et les sujets. Le premier domaine dans lequel on constate un manque de rigueur méthodologique se situe au niveau du protocole de l'expérimentation lui-même. En effet, beaucoup de recherches effectuées ne sont pas randomisées et le groupe expérimental généralement constitué de méditants n'est très souvent pas comparé à un groupe témoin. Le tableau ci-dessous met en évidence 41 études et souligne l'existence d'une comparaison avec un groupe témoin, ainsi que l'éventuelle randomisation des recherches. On constate que seulement 32 % des études sont randomisées et qu'une comparaison avec un groupe témoin n'existe que dans 40 % des cas. Les études de comparaison avec d'autres thérapies souffrent également du manque de rigueur méthodologique (Baer, 2003). Ces remarques illus-

trent clairement le manque d'exactitude des démarches adoptées pour conduire ces recherches et soulèvent le caractère problématique des conclusions apportées à ce jour en termes de pertinence thérapeutique de la méditation en pleine conscience. Il convient, cependant, de noter que les résultats prouvant l'efficacité de la méditation en pleine conscience sont communs aux recherches menées selon les deux critères méthodologiques précités (Berghmans et Targinio, 2007, soumis). Enfin, signalons que ces deux critères sont de plus en plus suivis dans les études postérieures à 2001. On ne peut qu'encourager la recherche à optimiser son approche méthodologique. On peut également mentionner la taille insuffisante des échantillons de sujets (Tableau 1).

Le deuxième domaine méthodologique qui attire notre attention se situe au niveau de la pratique de la méditation elle-même selon ses différentes étapes et son suivi pédagogique et thérapeutique. En effet, comme mentionné précédemment, les pratiques MBSR et MBCT ont recours à plusieurs exercices successifs, comme la méditation assise faisant intervenir des processus de concentration de l'attention et d'acceptation, le *bodyscan* qui implique des processus de concentration et de visualisation, des postures de *hatha* yoga et des exercices de concentration basés sur la respiration. Ces pratiques se déroulent sur une durée de huit semaines et incluent des exercices individuels hebdomadaires. Une fois, ces exercices séquencés et leurs processus clés isolés, il serait intéressant de les comparer, afin d'étudier leur impact thérapeutique et de constater si les effets sont plutôt liés à un exercice précis ou à l'ensemble des exercices qui composent la pratique MBSR ou MBCT. Le programme décliné par la MBCT associe des thérapies comportementales et cognitives. Aussi serait-il judicieux de se demander si la réussite thérapeutique de la MBCT est liée à son programme complet ou à l'une ou plusieurs de ses composantes. Cela nous amène à un troisième domaine méthodologique lié aux formations à la pleine conscience (contenu, diffusion, évaluation). À la différence d'autres alternatives thérapeutiques comme l'EMDR qui répond à un cadre strict de formation et de diffusion faisant état de critères de sélection précis pour ses pratiquants ainsi que de niveaux de formation et de cycles de supervision réguliers, les pratiques de la pleine conscience ne s'intègrent pas dans un cadre normatif. Chaque thérapeute diffuse la méthode à ses patients de manière individuelle ou en groupe, en se référant généralement à la pratique MBSR construite par John Kabat-Zinn [8]. Il est formé par un pair ou à l'aide de CD détaillant la méthode. Toutefois, devenir thérapeute ne nécessite ni prérequis ni validation des compétences à l'issue de la formation suivie. Cela s'explique par le caractère récent de cette démarche et par l'importance de son appropriation par le thérapeute. On peut donc s'attendre à des différences dans la diffusion de la pratique en fonction de son appropriation et de sa personnalisation. Cela nous amène à nous poser la question sur la variabilité des effets thérapeutiques. En effet, si les axes d'exercices clés sont utilisés comme points de repères, les thérapeutes individualisent leurs approches à la pleine conscience selon leur propre expérience et adaptent le déroulement des séances selon l'échange avec les participants. Par ailleurs, et à la différence d'autres thérapies, le thérapeute peut ou non être pratiquant de

Tableau 1 Synthèse (non exhaustive) des études empiriques (sans prérequis méthodologiques spécifiques) de 1970 à 2006 des effets des interventions thérapeutiques de pleine conscience : recherche des conditions expérimentales.

Auteurs	Année	Champ thérapeutique	<i>n</i>	Protocole	Technique	Groupe témoin	Randomisation
Kabat-Zinn	1982	Douleur chronique	51	Prépost	MBSR	Non	Non
Kabat-Zinn et al. (partie 1)	1985	Douleur chronique	90	Prépost	MBSR	Non	Non
Kabat-Zinn et al. (partie 2)	1985	Douleur chronique	90	Entre groupe	MBSR (<i>n</i> = 21)	TAU (<i>n</i> = 21)	Non
Kutz et al.	1985	Stress, douleur	20	Prépost	MBSR	Non	Non
Kabat-Zinn et al.	1987	Douleur chronique	225	Série de suivies de 2,5 à 48 mois, post mbsr	MBSR	Non	Non
Kabat-Zinn	1992	Anxiété	24	Prépost	MBSR	Non	Non
Kaplan et al.	1993	Fibromyalgie	59	Prépost	MBSR (variante)	Non	Non
Goldenberg et al.	1994	Fibromyalgie	121	Entre groupe	MBSR (<i>n</i> = 79)	Liste d'attente (<i>n</i> = 18)	Oui
Miller et al.	1995	Anxiété	18	3 années de suivis (patients de Kabat Zinn et al. (1992))	MBSR	Non	Non
Massion et al.	1995	Femmes malade	16	Entre groupes	MBSR	Liste d'attente	Oui
Roth et Creasor	1997	Douleur chronique, anxiété, dépression, diète	72	Prépost	MBSR	Non	Non
Astin	1997	Étudiants	19	Entre groupe	MBSR	Liste d'attente	Oui
Kabat-Zinn [31]	1998	Psoriasis, dermatologie	37	Entre groupes	MBSR (cassette durant la thérapie par la lumière)	TAU	Oui
Shapiro et al.	1998	Qualité de vie, bien-être	28	Entre groupes	MBSR	Liste d'attente (<i>n</i> = 18)	Oui
Randolphe et al.	1999	Douleur chronique	78	Prépost	MBSR	Non	Non

Shapiro et al.	2003	Troubles sommeil	54	Prépost	MBSR	TAU (<i>n</i> = 28)	Oui
Kristeller et Hallett	1999	Désordre alimentaire	18	Prépost	MBSR (variante)	Non	Non
Teasdale et al.	2000	Dépression	132	Entre groupes	MBCT (<i>n</i> = 76)	TAU (<i>n</i> = 69)	Oui
Specia et al.	2000	Stress et humeur	90	Entre groupes	MBSR (variante)	Liste d'attente (<i>n</i> = 37)	Oui
Carlson et al.	2000	Cancer	54	6 mois de suivis de Sepca et al. (2000)	MBSR (variante)	Non	Non
Reibel et al.	2001		121	Prépost	MBSR	Non	Non
Davidson et al.	2000	Anxiété, immunité	41	Prépost	MBSR	Liste d'attente (<i>n</i> = 16)	Oui
Plens-Ogan et al.	2005	Gestion de la douleur	22	Prépost	MBSR	Oui (<i>n</i> = 8)	Oui
Shapiro et al.	2005	Stress, qualité de vie	28	Prépost	MBSR	Oui (<i>n</i> = 18)	Oui
Carson et Carson	2004	Vie de couple	88	Prépost	MBSR (<i>n</i> = 44)	Oui (<i>n</i> = 44)	Oui
Weisbrecker et al.	2002	Fibromyalgie, stress	62	Prépost	MBSR (<i>n</i> = 37)	Liste d'attente (<i>n</i> = 25)	Oui
Williams et al.	2001	Qualité de vie, bien-être	62	Prépost	MBSR (<i>n</i> = 35)	Oui (<i>n</i> = 27)	Oui
Carlson et Specia	2002	Qualité de vie, humeur, stress	69	Prépost	MBSR	Non	Non
Carlson et Specia	2003	Cancer, immunité	58	Prépost	MBSR	Non	Non
Gross et Kreitzer	2004	Anxiété, dépression, qualité de vie		Prépost	MBSR	Non	Non
Tacon et al.	2004	Anxiété, stress	27	Prépost	Mbsr	Non	Non
Minor et al.	2006	Stress, humeur, anxiété	44	Prépost	MBSR	Non	Non
Robinson et Mathews	2003	Stress, humeur, immunité	46	Prépost	MBSR	Non	Non
Beddoe et Murphy	2004	Stress, empathie	16	Prépost	MBSR	Non	Non
Weiss et al.	2005	Détresse psychologique	62	Prépost	Mbsr	Non	Non

Tableau 1 (Suite)

Auteurs	Année	Champ thérapeutique	n	Protocole	Technique	Groupe témoin	Randomisation
Roth et al.	2004	Qualité de vie, sommeil, santé	84	Prépost	MBSR	Non	Non
Marcus et al.	2003	Drogue, stress	21	Prépost	MBSR	Non	Non
Finucane et Mercer	2006	Dépression, anxiété	13	Prépost	MBSR	Non	Non
Masson et al.	1995	Immunité	16	Prépost	MBSR (n = 8)	Oui (n = 8)	Non
Reibel et al.	2001	Qualité de vie	36	Prépost	MBSR	Non	Non
Carson et Garland	2005	Stress, sommeil, humeur	63	Prépost	MBSR	Non	Non

sa méthode. Le thérapeute qui pratique la méditation régulièrement depuis un certain nombre d'années va nécessairement avoir une perception de l'expérience de la pleine conscience différente de celui qui choisira de l'encadrer sans se l'approprier régulièrement. Il se peut que cette divergence ait des conséquences sur les résultats thérapeutiques. Des études comparatives devraient permettre de donner des réponses. Un quatrième domaine porte sur la différence entre une pratique de groupe et une pratique individuelle selon l'encadrement de la pratique. L'effet de groupe peut lui-même constituer un élément thérapeutique qu'il convient de ne pas négliger, particulièrement dans la pratique MBCT où un échange plus structuré est organisé avec le thérapeute et les autres membres du groupe. Dans ce cas, il serait également pertinent de comparer des sujets formés individuellement avec des sujets formés en groupe et de constater si cet effet de groupe joue un rôle en termes d'impact thérapeutique. Enfin, un cinquième domaine nous invite à nous pencher sur la question de l'observance thérapeutique. Les sujets qui suivent ce type de thérapie sont encouragés à pratiquer plusieurs fois par semaine des exercices de méditation (30 à 45 minutes) durant les huit semaines de diffusion de la formation. La pratique est ensuite essentielle. Les recherches [26,33] mettent en évidence un lien entre la pratique et l'action thérapeutique, même s'il n'y a pas eu d'études rigoureuses pour expliciter ce lien. À la différence d'autres formes de thérapies (analyse psychodynamique), le sujet joue un rôle actif important dans la mesure où il s'agit d'une démarche personnelle de pratique qui peut l'inviter à changer ses habitudes de vie. Le rôle du patient est évidemment tout aussi important dans d'autres formes de thérapie, à la différence que dans ces dernières, c'est toujours le thérapeute qui organise la démarche et la structure avec une dimension de pouvoir incontestable. Dans la méditation, une fois la pratique diffusée, c'est le sujet qui est l'acteur fondamental de son bien-être en construction et c'est par la pratique quotidienne qu'il va pouvoir se loger dans une démarche de vie différente. Le méditant se retrouve seul face à lui-même et peut, pour diverses raisons et selon son état pathologique, être tenté de suspendre sa pratique. Un support peut et doit évidemment être proposé par le thérapeute une fois l'entraînement à la pratique accompli. Cet aspect de la démarche est encore flou et nécessite des recherches supplémentaires.

Les recherches sur les thérapies de méditation en pleine conscience mettent donc en évidence cinq limites importantes et non exhaustives auxquelles il convient de répondre, afin d'optimiser la recherche. Au niveau du protocole de l'expérimentation, le chercheur se doit de s'inscrire dans une démarche rigoureuse et solide répondant à des critères de construction et statistiques stricts. Le sujet de l'évaluation et de la normalisation des pratiques est plus problématique, car il nécessite l'élaboration de normes de diffusion et d'évaluation soulevant ainsi la question de la formation des thérapeutes.

Enfin, on ne pourra affirmer la réussite thérapeutique de ces pratiques liées à l'ensemble de ses composantes ou à l'une de ses parties seulement qu'en réalisant des investigations supplémentaires dans ce domaine que nous aborderons à la fin de cette présentation en évoquant des pistes de recherche futures.

Recherches futures et perspectives

Au regard de cette analyse et des travaux de Baer [33], Bishop et al., [26], Grossman [32] et Shapiro [30], nous allons présenter les principales pistes de recherche dans le champ de la pleine conscience que nous avons regroupées autour des trois axes :

- les effets et le fonctionnement de la pleine conscience ;
- le lien entre pleine conscience et psychothérapie ;
- l'observance thérapeutique.

Au niveau du premier axe se repose la question des limites de recherche sur l'effet global des programmes de pleine conscience, comme la MBSR ou la MBCT ou de l'effet de ses composantes, à savoir les différents exercices utilisés dans ces programmes, tels que le *bodyscan*, la méditation assise, les postures de *hatha yoga*. En d'autres termes, la définition de la pleine conscience laisse entrevoir différents éléments qu'il faudra encore remanier avant sa validation. Une fois explicitement clarifiés, il serait intéressant de les isoler, afin de constater quels en sont les principes actifs selon la possibilité de décomposer ou non le programme. En bref, il conviendrait de cloisonner ces composantes et de constater leurs effets individuels versus effet de groupe. En d'autres termes, est-ce l'ensemble du programme qui entraîne des effets thérapeutiques, certaines de ces composantes ou encore une interaction entre ces dernières? Il conviendrait également de se pencher sur les effets physiologiques et neurologiques à court et long terme de la pleine conscience, afin de savoir si des processus neurophysiologiques sont activés lors des séances de méditation. En termes de changements psychologiques, il serait bon d'étudier ceux qui interviennent au niveau des comportements, des styles cognitifs, des valeurs ainsi que du rapport de l'individu à lui-même, afin de les identifier, de constater s'ils perdurent et d'analyser leurs effets sur les individus. Par ailleurs, en termes d'efficacité, il serait également pertinent de comparer certaines thérapies cognitives qui visent à changer le contenu des états mentaux (surtout des états mentaux irrationnels) avec la méditation en pleine conscience qui vise plutôt à changer la relation aux états mentaux [21]. Autrement dit, la pleine conscience altère-t-elle la relation aux pensées, sensations et émotions? La question de l'effet de groupe peut également être posée. Il s'agirait de comparer des sujets formés en groupe avec des sujets formés individuellement à ces pratiques méditatives et de constater s'il existe des différences.

Le deuxième axe renvoie à la question de la pratique de la pleine conscience par le thérapeute. L'implication dans la pratique et l'appropriation personnelle de la démarche ont-ils des effets sur l'impact thérapeutique? Le partage des patients d'un même système de référence thérapeutique a-t-il des conséquences positives ou négatives? Il conviendrait de comparer les programmes qui sont mis en œuvre par des thérapeutes « pratiquants » avec ceux des non-pratiquants. En termes de lien entre les programmes de méditation en pleine conscience et les pathologies, il serait judicieux de s'interroger sur leur adéquation. Autrement dit, peut-on utiliser n'importe quel programme de méditation pour toutes les pathologies, certaines pathologies

nécessitent-elles plutôt un type de programme spécifique ou la méditation est-elle justifiée pour toutes les pathologies? Une comparaison entre différentes alternatives psychothérapeutiques, tels que l'EMDR, les techniques de relaxation, le biofeedback pourrait s'avérer riche d'informations, notamment sur le ou les principes actifs. Enfin, le troisième axe se focalise sur l'observance thérapeutique et la fréquence de méditation. Des comparaisons de fréquences entre des groupes qui participent uniquement au programme et d'autres sujets qui pratiquent individuellement plusieurs fois par semaines devraient aussi apporter des éléments de recherche intéressants. La question de l'observance thérapeutique, cruciale en psychologie de la santé, trouve ici son intérêt et invite à un questionnement sur l'importance de l'appropriation d'une démarche personnelle de vie, en faisant de la méditation un outil quotidien de gestion cognitif et émotionnel préventif comme le préconisent des traditions spirituelles bouddhistes ou hindouistes.

Enfin, selon Mantel [34], le fait d'avoir décontextualisé la méditation en pleine conscience (ainsi que d'autres formes de méditation) de sa dimension spirituelle qui constitue toujours ses racines historiques et ontologiques, ne peut-il pas entraîner des pertes d'efficacité dans sa pratique et ses effets? On sait, comme l'a souligné Kabat-Zinn [8] à de nombreuses reprises, que des pratiques de pleine conscience, comme la MBSR ou la MBCT se situent dans un contexte non spirituel et non religieux. Toutefois, la dimension spirituelle qui s'illustre par l'application d'une démarche de méditation dans certaines cultures est peut-être un soubassement nécessaire à l'activation plus efficace d'effets thérapeutiques. Il conviendrait de se pencher sur cette question en comparant des groupes d'inspiration religieuse ou spirituelle à des groupes standards, afin de constater s'il existe des différences. Par conséquent, le champ de recherche de la pleine conscience et de la méditation dans ce domaine est extrêmement vaste et très prometteur au sein des prises en charge thérapeutiques [3,35].

Conclusion

Au regard de nombreuses études cliniques, on constate que les techniques MBSR et MBCT, appliquées à la pleine conscience, s'avèrent pertinentes et montrent une efficacité thérapeutique. Toutefois, les recherches sur la pleine conscience n'en sont encore qu'à leur début et vont nécessiter des approches plus rigoureuses sur le plan méthodologique et des points de développement conceptuels plus précis. En termes de mécanisme d'action, nombreuses restent les voies de recherche à explorer pour définir au plus juste ce processus complexe. Une des étapes suivantes consistera à développer des hypothèses pouvant faire l'objet d'expériences et s'appuyant sur des données empiriques et à les comparer à d'autres alternatives thérapeutiques, afin de mettre en lumière des éléments similaires. Enfin, il convient de ne pas négliger l'impact de la dimension spirituelle en tant qu'ouverture de l'individu à d'autres possibilités et champs d'expérience susceptibles de jouer un rôle dans le processus de guérison et d'épanouissement.

Références

- [1] Guermer C, Siegel RD, Fulton PR. *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press; 2005.
- [2] Philippot P. *Thérapie basée sur la pleine conscience : mindfulness, cognition et émotion*. In: Cottraux J, editor. *Thérapie cognitive et émotion, la troisième vague*. Paris : Masson; 2007.
- [3] Shapiro S. The meeting of meditative disciplines and western psychology. *Am Psychol* 2006;61:227–39.
- [4] Ospina MB, Bond K, Karkhanavich M, et al. *Meditation practices for health: state of the research*. Agency for healthcare research and quality, Evidence Report /Technology Assessment, number 155 - AHRQ publication no 07 E010; june 2007.
- [5] Cardoso R, de Souza E, Camano L, et al. *Meditation in health: an operational definition*. *Brain Res Protoc* 2004;14: 58–60.
- [6] Walsh R, Shapiro S. The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enrichment dialogue. *Am Psychol* 2006;61:227–39.
- [7] Manocha R. Why meditation? *Aust Fam Phys* 2000;29: 1135–8.
- [8] Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living*. New York: Del Publishing; 1990.
- [9] Braza J. *Pleine conscience, vivre dans l'instant*. Gap: Le souffle d'Or; 2007.
- [10] Langer E. *Mindfulness*. Cambridge, MA: Da Capo Press; 1989.
- [11] Shapiro D. Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *Int J psychosom* 1992;39: 62–6.
- [12] Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. *Mindfulness: a proposed operational definition*. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11:230–41.
- [13] Parasuraman R. *The attentive brain*. Cambridge, MA: Mit Press; 1998.
- [14] Posner MI, Rothbart MK. *Attentional mechanisms and conscious experience*. In: Dans AD, Milner D, Rugg, editors. *The neuropsychology of consciousness*. Toronto: Academic Press; 1992.
- [15] Posner MI. *Orienting of attention*. *Q J Exp Psychol* 1980;32:3–25.
- [16] Roemer L, Orsillo SM. Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance based approaches with existing cognitive behavioural models. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9: 54–68.
- [17] Hayes SC, et al. *Acceptance and commitment therapy: an experimental approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
- [18] Shapiro S, Schwartz GL. *The role of attention in self-regulation: toward intentional systemic mindfulness*. In: Dans M, Boekaerts PR, Pintrich M, Zeidner, editors. *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press; 2000.
- [19] Reibel DK, et al. *Mindfulness based stress reduction in health-related quality of life in a heterogeneous patient population*. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:183–92.
- [20] Segal ZV, et al. *MBCT for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guildford Press; 2002.
- [21] Hayes SC, Strosahl KD. *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer; 2005.
- [22] Linehan M. *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press; 1993.
- [23] Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness*. *Assessment* 2006;13:27–45.
- [24] Buchheld N, Grossman P, Walach H. *Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: the development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI)*. *J Meditat Res* 2001;1:11–34.
- [25] Brown KW, Ryan RM. *The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being*. *J Pers Soc Psychol* 2003;84:822–48.
- [26] Bishop SR, Segal ZV, Lau M, Anderson NC, Carlson L, Shapiro SL, et al. *The Toronto Mindfulness Scale: development and validation*. 2003.
- [27] Baer RA, Smith GT, Allen KB. *Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*. *Assessment* 2004;11:191–206.
- [28] Feldman GC, Hayes AM, Kumar SM, Greeson JM. *Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale*. Manuscript submitted for publication.
- [29] Cardaciotto L. *Assessing mindfulness: the development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. Thesis of Doctor of Philosophy: clinical psychology. USA: Drexel University; 2005.
- [30] Shapiro S, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. *Mechanism of mindfulness*. *J Clin Psychol* 2006;62:373–86.
- [31] Kabat-Zinn J, Weeler E, Light T, Skillings A, Scharf M, Cropley T, et al. *Influence of msbr intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA)*. *Psychosom Med* 1998;60(5):625–32.
- [32] Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. *Mindfulness based stress reduction and the health benefits. A meta-analysis*. *J Psychosom Med* 2003;57:35–43.
- [33] Baer P. *Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review*. *Clin Psychol Science Practice* 2003;10(2):125–42.
- [34] Mantel J.M. *Méditation et psychothérapie*. Albin Michel, Paris; 2000.
- [35] Roemer L, Orsillo S. *Mindfulness: a promising intervention strategy in need of further study*. *Clin Psychol Science Practice* 2003;10(2):172–8.