



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
 www.em-consulte.com



Mémoire

Effets de l'approche de réduction du stress Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) et le mode de *coping* chez des patients diabétiques : une étude pilote contrôlée et randomisée

*Effects of the Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) approach on psychic health (stress, anxiety, depression) and coping mode of diabetic patients: A controlled and randomized pilot study*

Claude Berghmans<sup>a,\*</sup>, Rebecca Godard<sup>a</sup>, Johanne Joly<sup>a</sup>, Cyril Tarquinio<sup>a</sup>, Pierre Cuny<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Équipe psychologie de la santé EA 4360, UFR SHA, laboratoire Lorrain de psychologie, université de Metz, Île du Saulcy, 57000 Metz, France

<sup>b</sup>Centre hospitalier régional de Thionville, 57100 Thionville, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :  
 Reçu le 7 mai 2010  
 Accepté le 26 août 2010

Mots clés :  
 Diabète  
 MBSR  
 Méditation  
 Pleine conscience  
 Stress

Keywords:  
 Diabetes  
 MBSR  
 Meditation  
 Mindfulness  
 Stress

RÉSUMÉ

L'approche thérapeutique de pleine conscience *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) s'inscrit dans la troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (TCC) et donne lieu à un nombre croissant de recherches. Cette étude a pour but de tester l'impact de cette approche thérapeutique sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression, et modes de *coping*) chez une population de diabétiques de type 1 qui suivent cette prise en charge afin d'augmenter leur capacité à lutter face au stress. Les résultats montrent un effet positif de MBSR sur certains de ces indicateurs (stress perçu, anxiété et modes de *coping*) et inscrivent cette étude dans le champ de l'efficacité potentielle de cette approche sur la santé psychique en termes d'activation du potentiel et des ressources des patients pour faire face et lutter contre leur maladie. MBSR s'avère être un outil de gestion du stress pertinent pour une population diabétique et augmenter l'autonomie des patients dans la lutte face à cette maladie.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

The Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) therapeutic approach, based on a form of mindfulness, is part of the third wave of behavioral and cognitive therapies and has resulted in numerous research studies. Research in France on this psychotherapeutic approach is mainly focused on treating chronic diseases, pain and stress in the workplace. This study aims to test the impact of this therapeutic approach on psychic health (stress, anxiety, depression and coping modes) among a type 1 diabetic population with the goal of increasing their capacity to combat stress. The following hypotheses were made: treatment based on the MBSR approach should contribute to a reduction in the mean scores of stress, anxiety and depression. On the contrary, we assume that treatment based on MBSR should lead patients to resort to more effective adjustment strategies and to reduce the use of aversive strategies such as blame. In this protocol, the patient's level of stress (PSS), anxiety and depression (HAD), and use of coping strategies (Brief cop) are evaluated at three different moments. A pretest was done for the two groups (groups A and B) and a second evaluation was carried out after group A benefited from a mindfulness training that group B had not yet received. The technique of the waiting list was chosen for the second evaluation since the measure was taken after group B benefited from the same mindfulness training as group A. Seventeen subjects agreed to participate in this study (10 subjects in group A and seven subjects in group B). The inclusion criteria were: the subjects had to accept the framework of the research for a determined period, had to have a pathology of type 1 diabetes for at least 10 years, and not suffer from major psychological troubles. They were also required to give their fully informed consent concerning

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [claud.berghmans@novelis.com](mailto:claud.berghmans@novelis.com) (C. Berghmans).

the objectives of the study and to adhere to the principle of the treatment. The patients with multiple physical pathologies in addition to type 1 diabetes, as well as the patients who had already followed a psychotherapeutic treatment whose aim was similar to that of this study, were excluded. In addition, after the MBSR training, the patients were asked to do exercises at home, and those who did not comply with this request were also excluded from the study. The results show a positive effect of MBSR on some of the indicators (perceived stress, anxiety and coping modes). A significant statistical decrease in the score for perceived stress on the PSS scale was observed before and after mindfulness training. Likewise, a significant drop in the scores for anxiety on the HAD scale was observed. Moreover, the participants show an increased use of coping strategies such as active coping, planning, positive reinterpretation, expression of feelings, and acceptance. In the same vein, the results show a significant decrease in the use of blame and denial. This study suggests orientations concerning the potential efficacy of the MBSR approach on patients' psychic health by activating their potential and resources to confront and combat their disease. MBSR proves to be a pertinent tool for managing stress in a diabetic population and for increasing patients' autonomy in the combat against this disease. In view of the stakes involved in this disease, this study should be replicated in order to verify the interest of this approach.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Les approches psychothérapeutiques basées sur le concept de « pleine conscience » issues de la tradition bouddhiste se développent de manière croissante depuis quelques années. Elles font état d'un succès grandissant dans les pays anglo-saxons [1] ainsi que d'une certaine efficacité [3,7]. En l'état, la recherche reste encore embryonnaire mais concerne déjà la prise en charge de la douleur, les maladies chroniques ou encore le stress au travail [2]. L'approche *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) a donné lieu au développement de protocoles variés, il s'agit, selon les cas, de MBSR, qui sera développé dans cette étude, mais également de *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) particulièrement utilisée dans la prise en charge de la dépression. De nombreuses recherches montrent une certaine efficacité de cette approche, même si certains biais méthodologiques persistent [3]. L'objectif de cette contribution sera de présenter les résultats d'une étude qui a consisté, grâce à l'approche MBSR, à améliorer la santé psychique de patients insulinodépendants en termes de niveau de stress, d'anxiété, de dépression et de *coping*. Le programme MBSR est une intervention psychoéducatrice à visée thérapeutique, proposée par Jon Kabat-Zinn il y a 25 ans dans la clinique de réduction du stress de l'université du Massachusetts [8]. Cette pratique est maintenant utilisée dans un grand nombre d'organismes de santé (hôpitaux, centres de psychothérapies) aux États-Unis et commence à voir le jour en Europe depuis quelques années dans le domaine hospitalier. Le programme MBSR et les approches basées sur la pleine conscience via la méditation ou d'autres exercices formels ont obtenu une reconnaissance internationale et ont suscité l'intérêt de la communauté scientifique au niveau de la gestion du stress, de la douleur et des maladies chroniques.

Ce programme consiste en une intervention de huit séances de deux heures et demie à raison d'une séance par semaine sur une durée de huit semaines. C'est une intervention qui se déroule en groupe de 15 à 20 personnes, avec un séminaire d'une journée complète au milieu du protocole. Le psychothérapeute met en place un processus thérapeutique basé sur des exercices de méditation assise, de visualisation par balayage corporel, de hatha yoga (yoga des postures) et de discussions de groupe. Le protocole mis en place, par Jon Kabat-Zinn, dans les années 1980 a subi de nombreuses variantes au fil des ans. Flexible et pratique, sa mise en œuvre dépend grandement de la manière dont le psychothérapeute le met en œuvre, eu égard notamment à sa formation d'origine. Ainsi, ce protocole peut, selon les cas, se focaliser sur des pathologies spécifiques à l'aide d'exemples, sur des discussions de groupe ou des exercices pratiques. Conceptuellement, l'approche de pleine conscience appliquée dans MBSR peut se définir comme un état naturel

d'attention qui consiste à vivre chaque instant pleinement dans une optique d'acceptation et de non-jugement. De manière synthétique, la pleine conscience se définit comme :

- un état dans lequel le sujet est hautement conscient du moment présent, le reconnaissant et l'acceptant ;
- un état dans lequel l'esprit du sujet ne se laisse pas accrocher ou n'est pas parasité par des pensées, sensations ou émotions à propos d'expériences présentes, passées ou d'attentes futures qui surgissent ;
- un état dans lequel le sujet fait attention (observation) à l'expérience présente de manière vigilante, 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 pensée non adaptatifs et automatiques qui rendent l'individu vulnérable à des états de stress et à d'autres états pathologiques.

Cette définition [3] montre en quoi l'attention, l'observation soutenue et focalisée dans l'instant présent, l'attitude d'acceptation et l'attitude de non-jugement sont au cœur de la démarche. Ces trois socles constitutifs de l'approche MBSR doivent conduire les sujets qui pratiquent à une optimisation de leur conscience du moment présent et une meilleure ouverture et acceptation de ce qu'ils sont en train de vivre. Il s'agit donc d'un processus métacognitif de décentration et de perception dans lequel le sujet adopte une posture d'observateur de l'ensemble de ses propres processus mentaux, qu'ils soient affectifs, émotionnels, cognitifs ou psychocorporels [10]. L'objectif n'est pas ici d'atteindre un état ordinaire de conscience. Au contraire, il s'agit de développer son attention, d'optimiser sa capacité à discerner la typologie et la nature de ses cognitions. C'est l'expérience du moment que l'on tente de saisir, à chaque instant, avec la plus grande clarté possible et une meilleure objectivité. C'est donc à un changement de perspective dans le rapport aux choses, au monde et à soi que nous invitent les thérapies de la pleine conscience. C'est une re-perception, en ce sens qu'il s'agit de redécouvrir des processus familiers comme si nous y étions confrontés pour la première fois.

Au travers du processus intentionnel de focalisation de l'attention et le non-jugement des contenus de conscience, l'individu qui pratique la pleine conscience met en lumière une forme de regard sur lui-même [6] en pleine conscience et de façon attentionnée et sans jugement. Dans l'optique où le sujet peut observer ses contenus de conscience, il n'est pas totalement immergé avec ces contenus (s'il est capable de les voir, il n'est plus complètement eux, et peut être plus qu'eux). Si ces contenus de conscience sont par exemple la douleur ou la dépression, la re-perception permet au sujet de ne plus s'identifier à ses sensations

**Tableau 1**  
Caractéristiques des participants du groupe A et du groupe B.

Variables	Groupe A (n = 10)	Groupe B (n = 7)
<i>Genre</i>		
Homme (%)	1 (10)	2 (28)
Femme (%)	9 (90)	5 (72)
<i>Âge</i>	Entre 20 et 50 ans	Entre 35 et plus de 50 ans
<i>Profession</i>		
Secteur tertiaire (%)	7 (70)	4 (57)
Sans profession (%)	3 (30)	3 (43)

corporelles ou ses émotions. Il peut simplement être avec, au lieu d'être défini, contrôlé ou conditionné par eux. Au travers de cette re-perception, l'individu peut réaliser que la douleur ou la dépression ne sont pas lui-même, que ses pensées ne sont pas lui-même. Cette possibilité est une résultante de cette capacité à percevoir en méta-perspective.

Ce mécanisme complexe de re-perception associé à l'attention, l'attitude et l'intention est également associé à des processus additionnels directs [5] qui sont l'autorégulation, la clarification des valeurs, la flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale, l'exposition, la relaxation et le lâcher prise ou le non-agir.

## 2. Participants

Cette intervention MBSR a été réalisée auprès de patients diabétiques de type 1, dans le cadre d'une intervention visant à améliorer leur niveau de stress. L'étude a été réalisée au sein du CHR de Thionville, dans le service de diabétologie. Initialement, 22 sujets ont été inclus dans le dispositif expérimental. Onze d'entre eux ont bénéficié d'une prise en charge à partir de la thérapie MBSR. Les 11 autres ont constitué le groupe B. Pour des raisons propres aux sujets (indisponibilité, incapacité à se rendre à toutes les séances, baisse de la motivation ou perte d'intérêt pour l'étude), seuls dix sujets du groupe A sont allés au terme de l'étude, contre sept pour le groupe B. Les caractéristiques principales des sujets sont résumées dans le Tableau 1.

Les critères d'inclusions de cette étude étaient :

- accepter le cadre de la recherche pendant la période considérée ;
- être un patient diabétique de type 1 depuis au moins dix ans ;
- ne pas souffrir de troubles psychologiques majeurs ;
- comprendre les objectifs de l'étude et adhérer au principe de la prise en charge.

Étaient exclus les patients qui disposaient de pathologies physiques multiples, en plus du diabète de type 1, ainsi que les patients qui avaient par le passé bénéficié d'une prise en charge psychothérapeutique dont la finalité était comparable à celle de l'étude. Les patients n'ayant pu réaliser les exercices à domicile ont également été exclus de l'étude.

## 3. Procédure

Le principe de cette étude fut de faire appel à la méthode dite de la liste d'attente. Il s'agissait de proposer à un premier groupe A une prise en charge à partir du protocole MBSR de Kabat-Zinn (1990) repris par Berghmans et al. [2–4]. Les sujets étaient vus à raison d'une fois par semaine (deux heures et demie) pendant huit

semaines. Ce protocole était basé sur des exercices formels de stimulation et d'entraînement à la pleine conscience (méditation assise, body scan, yoga des postures), avec des discussions et des échanges d'expériences entre les participants et le thérapeute. Les participants avaient pour objectif de pratiquer autant que possible à leur domicile les exercices qu'ils avaient appris en séances. Un minimum de quatre exercices par semaine à domicile leur était demandé, à l'issue desquels nous leur proposons de noter le temps consacré à la réalisation de ces exercices ainsi que les sensations et impressions ressenties. Le groupe B, quant à lui, n'a bénéficié d'aucune prise en charge ou accompagnement particulier pendant ces huit premières semaines. Il constituait donc pendant cette phase le groupe de référence. Ce n'est qu'après les huit semaines que ce groupe a pu bénéficier des mêmes dispositions de prise en charge MBSR que le groupe A. Le design expérimental de cette étude nous a conduits à opérer trois mesures, une première mesure dite de pré-test pour les deux groupes A et B, avant que les sujets du groupe A ne bénéficient de l'approche MBSR. Une mesure dite de post-test a permis, huit semaines plus tard, d'évaluer les effets obtenus par la prise en charge MBSR par le groupe A, par opposition au groupe B (groupe contrôle). Enfin, un troisième temps de mesure, 16 semaines plus tard, a permis d'évaluer les effets de l'approche MBSR pour le groupe B. Avant toute intervention, l'ensemble des sujets des deux groupes ont pu bénéficier d'une information dont l'objectif était une meilleure compréhension de l'approche MBSR et de la pleine conscience ainsi qu'une explication sur le déroulement de la recherche et des outils de mesure utilisés. Le protocole expérimental est résumé dans le Tableau 2.

## 4. Matériel

Pour réaliser les évaluations, nous avons choisi plusieurs échelles susceptibles de mesurer le stress, l'anxiété, la dépression et les stratégies d'adaptation des individus :

- le *Perceived Stress Scale* (PSS) de Cohen (1988). Le PSS est une échelle qui mesure le niveau de stress perçu par le sujet [6] ;
- la *Hospital and Depression Scale* (HAD) de Zigmond et Snaith (1983) [5] a pour fonction d'évaluer les symptômes d'anxiété et de dépression ;
- le *Brief cop* de Carver (1997) [9] propose 14 échelles de *coping* distinctes, chacune évaluée par deux items.

Nous faisons l'hypothèse que la prise en charge à partir du dispositif MBSR devrait contribuer à réduire les scores moyens de stress, d'anxiété et de dépression. À contrario, nous supposons que la prise en charge à partir de cette approche devrait conduire les patients à recourir à des stratégies d'adaptation plus efficaces et à diminuer l'utilisation de stratégies aversives telles que le blâme.

## 5. Résultats

Les données ont été traitées sur la base du plan  $S_n < G_2 > *P_3$  avec G représentant les deux groupes A et B ayant bénéficié de la prise en charge MBSR. La variable P représente les trois phases d'évaluation (pré-test, post-test 1, post-test 2). L'analyse des résultats a été effectuée à partir du logiciel SPSS 17.0. En raison du nombre peu important de sujets et après analyse de la distribution de la population qui ne suivait pas une loi

**Tableau 2**  
Résumé du protocole expérimental.

	Pré-test	Intervention groupe A	Post-test 1 (huit semaines plus tard)	Intervention groupe B	Post test 2 (16 semaines plus tard)
Groupe A	X	MBSR (huit semaines)	X	∅	X
Groupe B	X	∅	X	MBSR	X

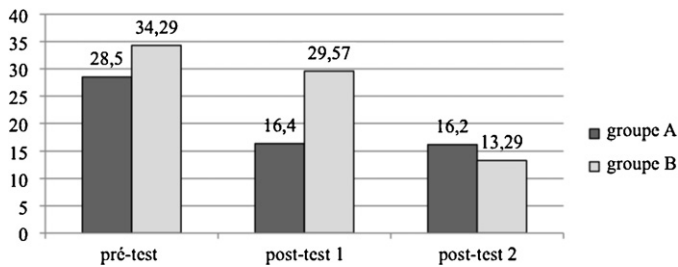


Fig. 1. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) et score de stress perçu (PSS).

normale, nous avons opté pour l'utilisation de tests non paramétriques (test de Mann Whitney pour l'analyse des scores intergroupes et test de Wilcoxon pour la comparaison intra-groupe). Nous avons fait le choix de présenter de façon séparée les résultats obtenus aux différentes mesures.

### 5.1. Le Perceived Stress Scale (PSS)

Lors de la phase de pré-test, les deux groupes ne présentent aucune différence significative concernant le score obtenu à l'échelle de stress perçu (Fig. 1). En revanche, après la prise en charge du groupe A, on constate une différence significative entre les deux groupes ( $Z = 2,201$  ;  $p < 0,05$ ). Notons que lors du post-test 2 (après que le groupe B a suivi la formation MBSR), les deux groupes ne présentent plus aucune différence significative en ce qui concerne les scores moyens obtenus à l'échelle PSS. De façon plus précise, on assiste à une réduction du score de stress perçu pour les deux groupes entre les différentes phases. En ce qui concerne le groupe A, on passe d'un score de 28,5 au pré-test contre 16 au post-test 1 ( $Z = 2,499$  ;  $p < 0,05$ ), score se révélant stable lors de l'autre phase de post-test ( $p = NS$ ). Pour le groupe B, on sera attentif à la différence significative qui existe entre le post-test 2 et le post-test 3 ( $Z = 2,366$  ;  $p < 0,05$ ). Ainsi, les résultats obtenus par le groupe B après la prise en charge semblent comparables à ceux obtenus par le groupe A.

### 5.2. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) et anxiété/dépression (HAD)

Au niveau de l'anxiété, les résultats suivent globalement la même tendance que pour la mesure du stress perçu (Fig. 2 et 3). En effet, s'il n'existe pas de différence entre les deux groupes lors de la phase de pré-test ( $p = NS$ ), on observe une différence significative lors de la phase de post-test 1 ( $Z = 2,1$  ;  $p < 0,05$ ) indiquant une réduction de l'anxiété chez les sujets du groupe A. En revanche, lors de la deuxième phase de post-test, cette différence est neutralisée par l'effet du protocole MBSR réalisé auprès du groupe B ( $p = NS$ ). Enfin, précisons que pour le groupe A, si les scores diminuent entre le pré-test et le premier post-test ( $Z = 2,82$  ;  $p < 0,05$ ), ils restent

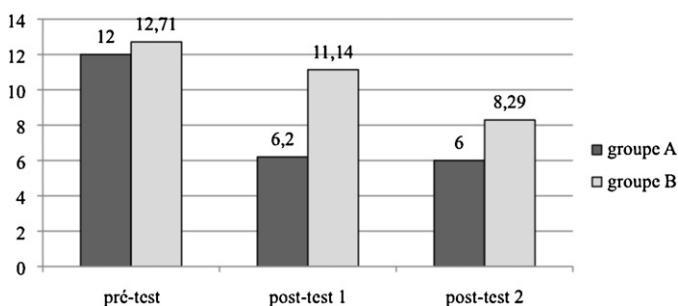


Fig. 2. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) et score d'Anxiété.

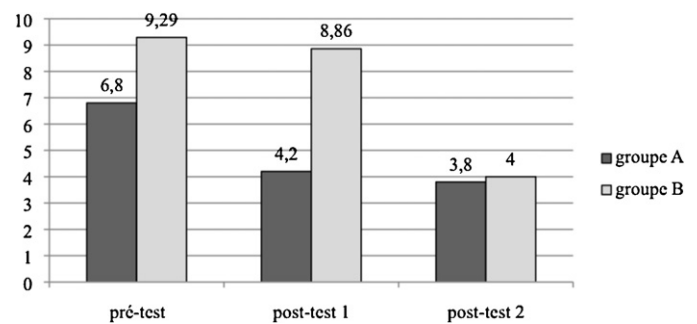


Fig. 3. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) et score de dépression.

stables lors des deux dernières phases d'évaluation ( $p = NS$ ). Pour le groupe B, notons que la seule différence significative entre les différentes phases de mesures s'observe entre la phase de pré-test et la seconde phase de post-test ( $Z = 2,3$  ;  $p < 0,05$ ).

Pour ce qui est du score de dépression, comme pour les autres mesures, s'il n'existe aucune mesure lors du pré-test, les écarts se creusent lors du premier post-test ( $Z = 2,47$  ;  $p < 0,05$ ) et se rétablissent lors du post-test 2, une fois que le groupe B bénéficie de la formation ( $p = NS$ ). On notera également que la diminution pour le groupe A des scores de dépression entre le pré-test et le premier post-test ne s'exprime qu'à travers une tendance ( $Z = 1,89$  ;  $p < 0,10$ ) pour le groupe B, si les scores se maintiennent entre les deux premières phases, on assiste à une diminution significative entre les phases de post-test 1 et de post-test 2 ( $Z = 1,99$  ;  $p < 0,05$ ).

### 5.3. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) et mode de coping

En ce qui concerne l'analyse des résultats entre les deux groupes A et B pour les différentes phases de l'étude, si lors de la phase de pré-test on observe une absence de différence entre les groupes (pour l'ensemble des stratégies de coping), on note une optimisation ou une diminution d'utilisation de certaines stratégies (Tableau 3). Le groupe A montre une utilisation accrue, significativement différente entre le pré-test et le post-test 1 pour le coping actif ( $Z = 2,325$  ;  $p < 0,05$ ), le coping de planification ( $Z = 2,156$  ;  $p < 0,05$ ), la réinterprétation positive ( $Z = 2,226$  ;  $p < 0,05$ ). De même, les résultats montrent une diminution significative de l'utilisation du blâme ( $Z = 2,131$  ;  $p < 0,05$ ).

Le groupe B, après avoir suivi le protocole MBSR, présente une utilisation accrue du coping actif ( $Z = 2,414$  ;  $p < 0,05$ ), du coping de planification ( $Z = 2,388$  ;  $p < 0,05$ ), de l'expression des sentiments ( $Z = 2,264$  ;  $p < 0,05$ ), la réinterprétation positive ( $Z = 2,232$  ;  $p < 0,05$ ), l'acceptation ( $Z = 2,217$  ;  $p < 0,05$ ). De la même manière, après avoir suivi le protocole MBSR, le groupe B présente une utilisation diminuée des coping suivants : le déni ( $Z = 2,070$  ;  $p < 0,05$ ), et le blâme ( $Z = 2,456$  ;  $p < 0,05$ ).

Lors du pré-test, seul le coping de déni montre une différence significative entre les deux groupes A et B ( $Z = 2,164$  ;  $p < 0,05$ ). Au moment du post-test 1, après que seul le groupe A a bénéficié de la formation MBSR, on note une différence significative pour plusieurs types de coping. Pour le coping actif ( $Z = 2,107$  ;  $p < 0,05$ ), le coping de planification ( $Z = 2,192$  ;  $p < 0,05$ ), la réinterprétation positive ( $Z = 2,856$  ;  $p < 0,05$ ), l'acceptation ( $Z = 3,103$  ;  $p < 0,05$ ), le groupe A présente en moyenne des scores plus élevés que le groupe B. En revanche, pour les copings de déni ( $Z = 2,542$  ;  $p < 0,05$ ) et de blâme ( $Z = 2,333$  ;  $p < 0,05$ ), le groupe B n'ayant pas bénéficié de la formation MBSR présente en moyenne des scores significativement plus élevés que le groupe A. Lors du post-test 2, une fois que les deux groupes ont suivi la formation, on n'observe plus aucune différence significative

**Tableau 3**MBSR et évolution des scores de *coping* pour les groupes A et B lors des pré-tests, post-test 1 et post-test 2.

<i>Coping</i>	Groupe	Pré-test m (SD)	Post-test 1 m (SD)	Post-test 2 m (SD)
Actif	A	4,30 (0,517)	5,40 (0,542)	6,30 (0,367)
	B	4 (0,617)	3,86 (0,340)	6 (0,309)
Planification	A	5,10 (0,458)	5,30 (0,597)	6,50 (0,582)
	B	4,29 (0,644)	3,29 (0,474)	6,71 (0,184)
Soutien émotionnel	A	4,50 (0,582)	4,50 (0,619)	5,50 (0,637)
	B	4,29 (0,944)	3,71 (0,522)	4,14 (0,670)
Soutien instrumental	A	4,60 (0,562)	5 (0,667)	5,40 (0,499)
	B	4,14 (0,857)	3,86 (0,553)	4,14 (0,738)
Expression des sentiments	A	4,70 (0,473)	5,60 (0,777)	5,70 (0,423)
	B	4 (0,436)	3,86 (0,553)	6,43 (0,571)
Réinterprétation positive	A	4,90 (0,407)	5,50 (0,428)	6,20 (0,327)
	B	3,71 (0,565)	3,29 (0,421)	5,86 (0,340)
Acceptation	A	5,20 (0,533)	6,50 (0,342)	5,90 (0,348)
	B	4,29 (0,565)	4 (0,488)	6,86 (0,634)
Déni	A	2,60 (0,371)	3,20 (0,512)	2,40 (0,163)
	B	4,71 (0,837)	5,71 (0,747)	2,71 (0,565)
Blâme	A	4,90 (0,433)	3,70 (0,260)	3,40 (0,340)
	B	5,43 (0,571)	5,29 (0,606)	2,71 (0,286)
Humour	A	3,30 (0,476)	3,70 (0,367)	3,90 (0,379)
	B	2,71 (0,421)	2,71 (0,360)	3,86 (0,404)
Religion	A	3,70 (0,716)	4,10 (0,657)	4,50 (0,820)
	B	2,29 (0,286)	2,57 (0,571)	2,57 (0,297)
Distraction	A	4,70 (0,496)	4,70 (0,667)	4,50 (0,543)
	B	4,71 (0,606)	4,29 (0,644)	3,29 (0,644)
Utilisation de substances	A	2,20 (0,200)	1,90 (0,100)	2,30 (0,213)
	B	3,14 (0,634)	3,14 (0,738)	2,57 (0,297)
Désengagement comportemental	A	2,50 (0,269)	2,60 (0,221)	2,50 (0,269)
	B	2,86 (0,340)	3 (0,218)	2 (0,000)

concernant l'utilisation des différentes formes de *coping* ( $p = NS$ ) entre les deux groupes.

Certains modes de *coping* évoluent donc de manière encourageante après le suivi d'une intervention MBSR, ce qui permet aux patients de solliciter certaines de leurs ressources personnelles.

## 6. Discussion

De manière générale, les résultats de l'expérimentation démontrent un effet du protocole MBSR sur des variables telles que le stress perçu, l'anxiété, et certains modes de *coping*. On observe également, mais dans une moindre mesure, une diminution des symptômes dépressifs.

Les résultats de cette recherche montrent, eu égard aux limites de l'expérience, une certaine efficacité de l'approche MBSR sur la santé psychique (gestion du stress perçu, anxiété et mode de *coping*). On constate un impact moindre sur des symptômes de dépression. Ces résultats vont dans le sens d'un grand nombre de recherches sur cette approche thérapeutique [1]. Face à la maladie, une population insulinodépendante peut mettre en place une méthode de gestion du stress qui peut améliorer son bien-être dans les domaines précités. L'approche MBSR développe l'autonomie du patient et lui permet de mettre en lumière son potentiel adaptatif face à la maladie. Elle valorise l'aspect actif du patient face au stress, en soulignant ses compétences pour y faire face, s'il s'engage dans une pratique active et déterminée. Ayant pour objectif de modifier la relation que l'on entretient avec les symptômes, l'entraînement à la pleine conscience permet aux patients de prendre de la distance par rapport à des éléments nocifs qui peuvent entraîner des effets de rumination mentale, d'obsession et

d'absence de prise de recul face à certains événements pathologiques ou contraignants de la réalité de chacun. De plus, elle permet d'augmenter l'acceptation d'une situation en éliminant la lutte constante face à un état de fait sur lequel le patient n'a pas de prise. Certains patients ont développé, grâce à cet entraînement à la pleine conscience, une meilleure acceptation de leur pompe à insuline qui se veut un élément perturbateur de leur vie. Les patients diabétiques sont très sensibles à leur état de stress qui peut altérer leur santé, en entraînant des modifications glycémiques. De ce fait, l'approche MBSR offre un mode de prévention de ces états stressants et un mode de régulation des émotions et des sensations qui peuvent armer le patient et le protéger face à des situations inhabituelles de la vie quotidienne. Une réelle implication et un engouement ont été observés dans la population du groupe A qui a vécu ces deux semaines de sessions de pleine conscience comme une sorte de libération lui permettant d'aborder la maladie de manière différente et lui offrant une autre façon de voir son quotidien en étant acteur d'une amélioration de son état de santé. Cette approche nouvelle s'inscrit dans la lignée des thérapies comportementales et cognitives (TCC), dans le sens où elle utilise des aspects clés des TCC, comme l'acceptation, l'exposition à des stimuli aversifs, la mise en place de processus basés sur un apprentissage renforcé auquel le patient peut faire appel lorsqu'il est confronté à sa problématique. Les recherches futures auraient pour objectif de corroborer ces résultats dans des populations plus représentatives en termes d'échantillons et de faire le lien avec l'observance thérapeutique qui reste un élément difficilement mesurable et qui fait appel à l'engagement du patient dans cette démarche. Développer un processus de contractualisation entre le patient et le thérapeute

pourrait également être développé et permettrait de valoriser cet engagement. Il est clair que cette approche est très nouvelle dans le monde médical et psychothérapeutique, mais on voit qu'elle porte ses fruits, et c'est sur cette base qu'un travail d'information et de formation auprès des patients et au personnel soignant serait un atout certain pour développer le potentiel des patients à faire face à cette maladie via une gestion du stress différente et indépendante de l'intervention d'un thérapeute.

Dans cette étude pilote, il existe certaines limites qui devraient être prises en compte dans l'interprétation et l'analyse des résultats. Tout d'abord la taille de l'échantillon. De même, les critères d'inclusion des patients pourraient être plus fins, avec l'utilisation de mesures telles que le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) évaluant un état général du patient, ou les différents types de motivations poussant l'individu à participer à l'étude.

La réalisation du protocole doit également être interrogée, car il s'agit d'un protocole intégrant plusieurs étapes. Il serait intéressant de pouvoir isoler les principes actifs de cette méthode. De plus, il serait intéressant de reproduire cette étude en comparant l'approche MBSR avec une autre prise en charge psychothérapeutique et de comprendre quelle est la plus-value effective de cette approche par opposition à une autre. Enfin, se pose une question récurrente qui est celle de l'observance des patients difficilement contrôlables. En effet, il est difficile de garantir que les patients ont pratiqué les exercices mis en œuvre lors de la formation. C'est là un aspect important de ce type de prise en charge qui, selon certains auteurs, reste le garant de l'efficacité de la démarche. La prise en

compte du niveau d'observance des patients reste dans ce type de recherche complexe.

### Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

### Références

- [1] Baer R. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;10:125–42.
- [2] Berghmans C. Effets de l'approche thérapeutique MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) sur la gestion du stress professionnel : une étude de cas. *J Ther Comport Cogn* 2010;20:38–44.
- [3] Berghmans C, Tarquinio C, Strub L. Méditation en pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et la prise en charge de la maladie : revue de question. *Sante Ment Que* 2009.
- [4] Berghmans C, Tarquinio C, Kretsch M. Impact de l'approche thérapeutique de pleine conscience MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression et qualité de vie) chez des étudiants : une étude pilote contrôlée et randomisée. *J Ther Comport Cogn* 2010;20:11–5.
- [5] Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol Inq* 2007;18:211–37.
- [6] Deikman AJ. *The observing self*. Boston: MA Beacon Press; 1982.
- [7] Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2003;57:35–43.
- [8] Kabat-Zinn J. *Full catastroph living*. New York: Del Publishing; 1990.
- [9] Muller L, Spitz E. Évaluation multidimensionnelle du *coping* : validation du Brief-COPE sur une population française. *Encephale* 2003;29:507–18.
- [10] Shapiro S, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanism of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006;62:373–86.