

Méditation de pleine conscience pour les patients en oncologie : adapter la pratique en temps de pandémie

Mindfulness Meditation for Oncology Patients: Adapting Practice in Times of Pandemic

A. Couillet · B. Mastroianni · J. Hailloud · M.-P. Le Bris · G. Chvetzoff

Reçu le 22 novembre 2021 ; accepté le 12 janvier 2022
© Lavoisier SAS 2022

Résumé Des ateliers de méditation ont été proposés aux patients, nous en avons étudié la faisabilité pendant les soins oncologiques. Ils ont été adaptés du fait de la Covid-19 : une session a eu lieu en présentiel, la suivante en distanciel. Les données ont été analysées de manière rétrospective. Une analyse mixte a été menée : le volet quantitatif a évalué la participation aux ateliers, les caractéristiques des patients et l'impact des ateliers, le volet qualitatif s'est concentré sur l'appropriation de cet outil par les patients. Concernant la faisabilité, 66,7 % des patients ont terminé le programme, il n'y avait pas de différence dans la participation en présentiel et en distanciel. Nous retrouvons une amélioration des compétences de pleine conscience, une diminution de l'anxiété et des douleurs physiques, une aggravation des nausées. La méditation semble être un outil intéressant pour les patients pendant leurs soins en oncologie, en présentiel et en distanciel.

Mots clés Méditation · Anxiété · Dépression

Abstract Meditation workshops were offered to patients, and we observed their feasibility during their oncology care. They were adapted to Covid-19: one session face-to-face, the second by videoconference. Data were analyzed retrospectively. A mixed analysis was carried out: the quantitative part evaluated the participation in the workshops, the characteristics of the patients, and the impact of the workshops. The qualitative part focused on the appropriation of

this tool by the patients. Concerning feasibility, 66.7% of patients completed the program without differences between face-to-face and videoconference groups. We find an improvement in mindfulness skills, a decrease in anxiety and physical pain, and an increase in nausea. Meditation seems to be an interesting tool for patients during their oncology care, both face-to-face and videoconference.

Keywords Mindfulness · Anxiety · Depression

Introduction

Le programme MBSR (*mindfulness-based stress reduction*) créé par Kabat-Zinn [1] en 1979 avait pour but d'aider les patients en situation de maladie chronique à gérer leurs douleurs et leur anxiété. De multiples approches se sont développées depuis, mais ce programme demeure le *gold standard* en matière de méditation de pleine conscience. Celle-ci correspond au fait de « porter attention d'une certaine manière au moment présent, sans jugement », ce qui permettrait d'accéder à un meilleur contrôle de l'attention et à une diminution de la sensibilité au stress. La méditation pourrait aussi permettre de mettre à distance les pensées automatiques induites par les ruminations anxiodépressives et de changer le rapport aux douleurs [1].

Plusieurs méta-analyses mettent en exergue l'intérêt de la méditation de pleine conscience en oncologie. La revue de la littérature d'Ott et al. [2] retrouve une amélioration sur la détresse morale, le stress et les capacités à faire face à la maladie. Dans le cancer du sein spécifiquement, la revue *Cochrane* a étudié l'impact de la MBSR à travers dix essais contrôlés randomisés, soit 1 571 patients. On note une amélioration de la qualité de vie à la fin de l'intervention, mais l'effet ne paraît pas stable dans le temps, elle réduit légèrement l'anxiété, la dépression et améliore légèrement la qualité du sommeil à la fin de l'intervention et jusqu'à six mois plus tard [3]. Piet et al. [4] étudient la MBSR mais aussi la

A. Couillet (✉) · B. Mastroianni · J. Hailloud · M.-P. Le Bris · G. Chvetzoff
Département des soins de support DISSPO,
Centre Léon-Bérard, 28, rue Laennec,
F-69008 Lyon, France
e-mail : audrey.couillet@lyon.unicancer.fr

B. Mastroianni
Laboratoire Reshape U1290
université Claude-Bernard-Lyon-I, F-69100 Villeurbanne, France

MBCT (*mindfulness-based cognitive therapy*) dans le cancer et le post-cancer dans sa méta-analyse. Dans les essais contrôlés randomisés, on note une amélioration de l'anxiété, de la dépression et des capacités de pleine conscience de manière significative. Les effets se maintiennent dans le temps dans quatre études. La méta-analyse de Zhang et al. [5] porte sur 1 505 patients suivis pour un cancer du sein et rapporte plusieurs bénéfices statistiquement significatifs de la MBSR sur la détresse psychologique, les fonctions cognitives, la fatigue, le bien-être émotionnel, l'anxiété, la dépression, le stress, la détresse morale et les capacités de pleine conscience. Plus importante, la méta-analyse de Xunlin et al. [6] a inclus 3 476 patients. Une diminution de l'anxiété, de la dépression, de la fatigue, du stress, une amélioration de la qualité de vie sont retrouvés par rapport aux groupes témoins. Centrée sur l'antalgie, la méta-analyse de Feng et al. [7] retrouve une diminution de l'intensité douloureuse à court et long termes de manière significative.

Cependant, dans ces travaux, les tailles d'effet sont en général faibles, et les méta-analyses contiennent des études peu homogènes concernant leurs protocoles, groupes témoins et objectifs [8], cela montre ainsi une nécessité d'interpréter les résultats avec prudence et de poursuivre les recherches dans ce domaine.

Nous avons souhaité proposer des ateliers de méditation adaptés aux patients pendant leurs soins dans un centre de lutte contre le cancer où ce programme n'avait jamais été proposé. Une première session a eu lieu en présentiel fin 2019, la seconde s'est déroulée en distanciel fin 2020 du fait de la pandémie de Covid-19. En effet, la situation sanitaire a entraîné une nécessité de réorganiser les soins afin de protéger au maximum les patients fragiles. Sans surprise, une augmentation de l'anxiété et de la dépression a été mise en évidence pendant cette période chez les patients suivis pour des cancers [9].

Notre objectif principal était d'étudier la faisabilité d'ateliers de méditation pendant les soins en cancérologie. Nous avons pour cela recueilli les données de manière rétrospective pour réaliser une étude utilisant une méthodologie mixte. Une analyse quantitative en pré-post a été réalisée pour décrire la compatibilité de ces ateliers avec les soins, la population et l'impact sur les patients. Elle a été complétée par un volet qualitatif portant sur l'appropriation par les patients de la méditation comme une aide pour faire face à la maladie.

Méthodes et population

Objectifs

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la compatibilité des ateliers de méditation avec le parcours de soins des patients en cours de traitement oncologique par leur assiduité au programme.

Les objectifs secondaires étaient :

- de déterminer les profils des patients qui ont choisi de participer aux ateliers : sexe, âge, niveau sociodémographique, type de cancer ;
- d'évaluer l'assiduité des patients à pratiquer la MBSR à domicile ;
- de mesurer l'impact immédiat et à six mois sur la qualité de vie, le syndrome anxiodépressif, la douleur et apprentissage en matière de pleine conscience ;
- d'étudier l'appropriation, l'intégration de la méditation de pleine conscience comme un outil pour faire face à la maladie.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était : le taux de patients ayant participé à six ateliers ou plus sur huit ateliers au total.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- taux de patients ayant pratiqué la MBSR au moins 4 jours/semaine au domicile ;
- qualité de vie ;
- syndrome anxiodépressif ;
- douleur physique subjective ;
- appropriation en matière de pleine conscience.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective. Des patients ont participé à un programme de méditation proposé pour la première fois dans les soins usuels de notre établissement. Les données pour l'étude ont été recueillies à la fin du programme, soit plus de six mois après le début des ateliers.

Population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- patients inscrits aux ateliers de MBSR : patients majeurs en cours de traitement dans notre centre de lutte contre le cancer ou dans les suites immédiates (moins de six mois après le dernier traitement) ;
- ne s'opposant pas au recueil de données (informations recueillies en amont dans l'établissement et tracées dans le dossier du patient).

Les critères de non-inclusion étaient :

- pathologie neurodégénérative, atteinte neurologique centrale ;
- troubles de la compréhension orale : pas de pratique du français, hypoacousie ;

- pathologie psychotique ou trouble psychique majeur non équilibré type dépression, trouble anxieux ou trouble de la personnalité sévère.

Protocole

Le protocole a été validé par le Groupe de réflexion éthique de l'établissement.

Deux groupes de 15 patients ont été constitués sur la base du volontariat après information par les soignants et communication par l'établissement. Une consultation préalable a été réalisée par le psychiatre du centre pour les patients non connus par l'équipe de psycho-oncologie afin de mettre en évidence d'éventuelles contre-indications relatives à la méditation (troubles psychiatriques décompensés de type psychotique ou de type anxieux majeur par exemple) ainsi que pour déterminer l'adhésion du patient à ce programme exigeant en matière d'engagement.

Les ateliers ont été animés par un instructeur certifié en MBSR. Le contenu du programme a été adapté à des personnes en situation de cancer [10]. Ils se déroulaient sur huit semaines avec une séance groupale hebdomadaire et un engagement à une pratique individuelle de six jours par semaine au domicile.

Le premier groupe a bénéficié d'ateliers en présentiel de 2 h 30.

Les ateliers du second groupe ont été proposés par visioconférence du fait de la pandémie. La littérature nous montre que les séances de méditation de pleine conscience seraient aussi efficaces par le biais d'écrans qu'en présentiel [11–13]. Ces groupes duraient deux heures.

Le contenu des séances était identique pour les deux groupes et centré sur plusieurs thèmes : le pilotage automatique, l'esprit dispersé, réagir ou répondre face au stress, identifier ses besoins et trouver des solutions nouvelles, prendre soin de soi.

Évaluations

Les évaluations s'inscrivaient dans une démarche qualité pour rendre compte de la faisabilité et de la pertinence de cette nouvelle technique dans notre établissement, ainsi que dans l'accompagnement personnalisé mis en place pour le programme.

Volet quantitatif

La faisabilité des ateliers était déterminée grâce aux feuilles de présence des participants pour chaque atelier.

Avant le début des ateliers (M0), à la fin des ateliers (M2) et à six mois du début des ateliers (M6) des autoquestionnaires

étaient remplis par papier pour le premier groupe et par informatique pour le second :

- Qualité de vie : questionnaire EORC QLQ-C30 : The European Organisation for Research and Treatment for Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 [14]. L'échelle est composée de 28 items à réponses de type Likert évaluant les différents aspects de la qualité de vie puis de deux questions portant sur l'état global de santé des patients.
- Syndrome anxiodépressif : HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale): L'aspect dépressif est exploré par sept items avec des réponses de type Likert et correspond à l'HADS-D. L'HADS- A concerne l'anxiété, elle est explorée de la même façon par sept items [15].
- Acquisition en matière de pleine conscience : échelle de Freiburg FMI (14 items). L'outil possède des réponses de type Likert, il évalue l'attitude de non-jugement et d'ouverture au moment présent [16].
- Douleurs physique et morale : deux échelles visuelles analogiques [17]. Le patient rapporte l'intensité de sa douleur sur une ligne horizontale qui est ensuite reportée à un score entre 1 et 10.

L'assiduité était déterminée par un carnet de bord hebdomadaire de la pratique à domicile pendant les ateliers puis par la persistance de la pratique à six mois.

Les données étaient par la suite anonymisées.

Volet qualitatif

Un entretien semi-directif, fondé sur une grille d'entretien et mené par un stagiaire en psychologie a été proposé aux participants. Les échanges ont été enregistrés et anonymisés dans un second temps. Les motivations, attentes, appréhensions à la pratique des ateliers, les aspects organisationnels, l'évaluation de la pratique elle-même, et les changements induits par la méditation pour faire face à leur situation ont été explorés au cours de ces rencontres.

Analyse statistique des données

Analyse quantitative

Une analyse descriptive des caractéristiques de la population a été réalisée. Les variables quantitatives ont été représentées par leur moyenne et écart-type, les variables catégorielles par leur effectif et pourcentage. L'assiduité aux ateliers a été présentée sous la forme de taux de participation comparée par un test de Fischer. Pour l'analyse des scores aux différents questionnaires, comparant deux moyennes, un test de Wilcoxon pour séries appariées a été utilisé. Ces analyses étant réalisées dans un but exploratoire, aucun ajustement du risque alpha n'a été effectué. L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel R Studio Version 1.4.1103.

Analyse qualitative

Un travail de codage manuel a été réalisé en suivant la méthode d'analyse de contenu thématique [18]. À la lecture des retranscriptions, le texte était codé, fragment par fragment, et réarrangé en une liste de catégories faisant émerger les thèmes principaux du discours qui ont ensuite été réarrangés en arbres thématiques. Deux chercheurs ont analysé les données de manière indépendante avant une mise en commun des résultats.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

Les 30 patients inscrits aux ateliers ont accepté que les données les concernant soient utilisées pour notre étude.

Dans le tableau 1, nous retrouvons le fait que notre population est constituée d'une majorité de femmes suivies pour un cancer du sein. L'âge moyen est de 55,5 ans. La majorité des patients ne vivent pas seuls et ne bénéficient pas de suivi psychologique.

Résultats quantitatifs

Concernant la faisabilité du programme pendant les soins, 20 patients (66,7 %) ont assisté à six ateliers ou plus : 11 dans le premier groupe, soit 73,3 % et neuf dans le second, soit 60,0 % ($p = 0,615$).

Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les caractéristiques des patients pour ceux qui ont suivi les ateliers et ceux qui n'ont pas pu suivre l'intégralité du programme.

Les tableaux sur la pratique à domicile ont été peu remplis par les patients : 43,3 % de données manquantes dans le groupe 1 et 60 % dans le groupe 2.

Par rapport à l'analyse du tableau 2, on ne retrouve pas de différences significatives pour les échelles de douleurs physique et morale entre les évaluations pré/post ateliers et à six mois de l'inclusion.

Les compétences en matière de pleine conscience mises en évidence par l'échelle de Freiburg s'améliorent à la fin de l'atelier, et cette amélioration se maintient à six mois (entre M0 et M2, $p = 0,0092$, entre M0 et M6, $p = 0,0019$).

L'anxiété mise en évidence par l'HADS-A diminue à la fin des ateliers, et cette décroissance est toujours présente à six mois (entre M0 et M2 $p = 0,0064$, entre M0 et M6, $p = 0,0131$).

Dans l'échelle de qualité de vie EORC-QLQ-C30, seulement quelques items montrent des différences significatives : les douleurs diminuent par rapport à M0 pour M2 et M6, les nausées augmentent à M2 et M6, et la capacité à assumer sa place sociale se dégrade à M2 et M6.

Tableau 1 Caractéristiques des patients inscrits aux ateliers de méditation

Caractéristiques	n	Pourcentage (%)
Sexe		
Femme	26	86,7
Homme	4	13,3
Profession		
Employé	10	33,3
Cadre, prof libérale	5	16,7
Prof intermédiaire	6	20,0
Retraité	8	26,7
Sans activité prof	1	3,3
Statut marital : vit seul		
Oui	9	30,0
Non	21	70,0
Localisation cancer		
Sarcome	2	6,7
Urologie	1	3,3
Hématologie	1	3,3
Digestif	5	16,7
Pneumologie	5	16,7
ORL	0	0,0
Neuro-oncologie	0	0,0
Gynécologie	2	6,7
Sénologie	14	46,7
Suivi psychologique		
Oui	6	20,0
Non	24	80,0
Psychotropes		
Oui	10	33,3
Non	20	66,7
Anxiolytiques		
Oui	5	50,0
Non	5	
Antidépresseur		
Oui	4	40,0
Non	6	
Somnifère		
Oui	4	40,0
Non	6	
Autres		
Oui	0	0,0
Non	10	

Résultats qualitatifs

Quatorze participants (sept de chaque groupe) ont participé à un entretien individuel.

Pour ces résultats, nous proposons de présenter uniquement les arbres thématiques obtenus pour chacun des thèmes

Tableau 2 Résultats des échelles d'évaluation des participants aux ateliers de méditation à M0, M2 et M6								
	Moyenne à M0	Moyenne à M2	<i>p</i>	<i>n</i>	Moyenne à M0	Moyenne à M6	<i>p</i>	<i>n</i>
Douleur physique	3,61	2,93	0,4544	12	3,75	3,27	0,5047	15
Douleur morale	4,73	3,72	0,1299	12	4,75	4,04	0,3001	15
Score de Freiburg	31,58	38,83	0,0092	12	32,00	37,20	0,0019	15
Score HADS-A	11,00	7,75	0,0064	12	10,80	8,60	0,0131	15
Score HADS-D	6,17	4,75	0,1826	12	6,60	5,53	0,065	15
EORC QLQ-C30	50,00	56,82	0,4028	11	53,57	60,71	0,0593	14
Nausées-vomissements	9,72	60,65	0,0021	12	11,11	49,63	0,0014	15
Douleur	48,61	9,72	0,0033	12	47,78	7,78	0,0014	15
Capacité à assumer sa place	65,15	15,15	0,0045	11	66,67	4,44	0,0006	15

Légende : (*n* = nombre de patients pour lesquels les données sont présentes à la fois pour M0 et M2 puis M0 et M6)

identifiés, complétés d'un bref paragraphe. Cette présentation succincte nous permet de proposer au sein d'un même article l'ensemble de nos résultats, cela afin de pouvoir proposer une discussion des résultats tenant compte des résultats quantitatifs et qualitatifs.

Au total, trois thèmes ont été identifiés : motivation initiale, difficultés rencontrées et bénéfices du protocole. Les arbres thématiques présentés ci-après reprennent l'ensemble des thèmes retrouvés dans les entretiens des deux groupes.

La figure 1 montre que les motivations des patients à participer aux ateliers de méditation correspondaient à une recherche de bien-être, un moyen d'être acteur de leurs soins et qu'ils étaient aussi animés par la curiosité d'essayer cette technique. Marion, 43 ans, explique par exemple « *ça peut peut-être m'aider dans la vie, à prendre du recul, à maîtriser mon stress, mes émotions, et je me suis dit pourquoi pas essayer* ».

La figure 2 met en évidence le fait que les patients ont rencontré quelques difficultés logistiques pour participer aux ateliers, et que la confrontation au groupe a parfois été source de frustration. Certains ont fait part de doutes quant à l'efficacité de la pratique, d'autres ont eu des difficultés à adhérer au principe de la méditation. Laure, 49 ans, explique « *La contrainte de pratiquer les exercices quotidiens que nous demandait X, ça oui, je le sentais plutôt comme une contrainte.* »

La figure 3 met lumière le bénéfice à la pratique groupale des ateliers. De plus, la méditation a entraîné des changements dans le quotidien des patients : ils rapportent une position plus bienveillante, plus optimiste, ils se sentent plus ancrés dans le moment présent. Plusieurs patients ont l'impression d'avoir acquis un nouvel outil pour faire face à leur maladie. La méditation a par exemple pu les aider dans la gestion des douleurs et du stress. Ils décrivent un lâcher-prise et une conscience de l'instant présent, plus importants que ce

qu'ils présentaient auparavant et qui leur ont permis une adaptation optimisée à leur contexte de soins.

Par exemple, Madeleine, 67 ans, nous répond par rapport à l'impact de la méditation « *Quand on a très mal, quand on souffre, on est en stress, on est un peu en panique, on a envie que ça s'arrête, vous voyez ce que je veux dire ? Et du coup là j'ai l'impression d'être plus calme. Plus calme et moins stressée. Oui c'est ça en fait, je suis plus calme face à cette souffrance, je suis moins en panique* ». Luc, 64 ans, explique quant à lui « *J'étais toujours en attente de quelque chose, d'une amélioration ou d'une dégradation, alors que là, c'est : j'arrête d'attendre je ne sais pas quoi.* »

Discussion

Au-delà d'un effet de mode, et même si l'efficacité demeure difficile à mettre en évidence dans les études [19], proposer la méditation en oncologie permet de répondre à une demande de nos patients qui recourent davantage aux approches complémentaires que la population générale [20].

La méditation n'est pas une technique « révolutionnaire » comme cela peut être décrit dans les médias : en population générale, elle est intéressante pour gérer le stress comme les autres techniques de bien-être et bénéficie davantage aux personnes les plus stressées [21]. De plus, il est important de garder à l'esprit ses contre-indications relatives comme certaines décompensations psychiatriques [22].

Instaurer une pratique pérenne dans un milieu empreint de technicité et d'innovations constantes est un challenge, au-delà des classiques résistances au changement. Ainsi, afin que la pratique puisse diffuser et s'inscrire dans la durée dans notre établissement, nous avons choisi une implémentation double en proposant en parallèle des groupes aux patients des ateliers aux soignants [23].

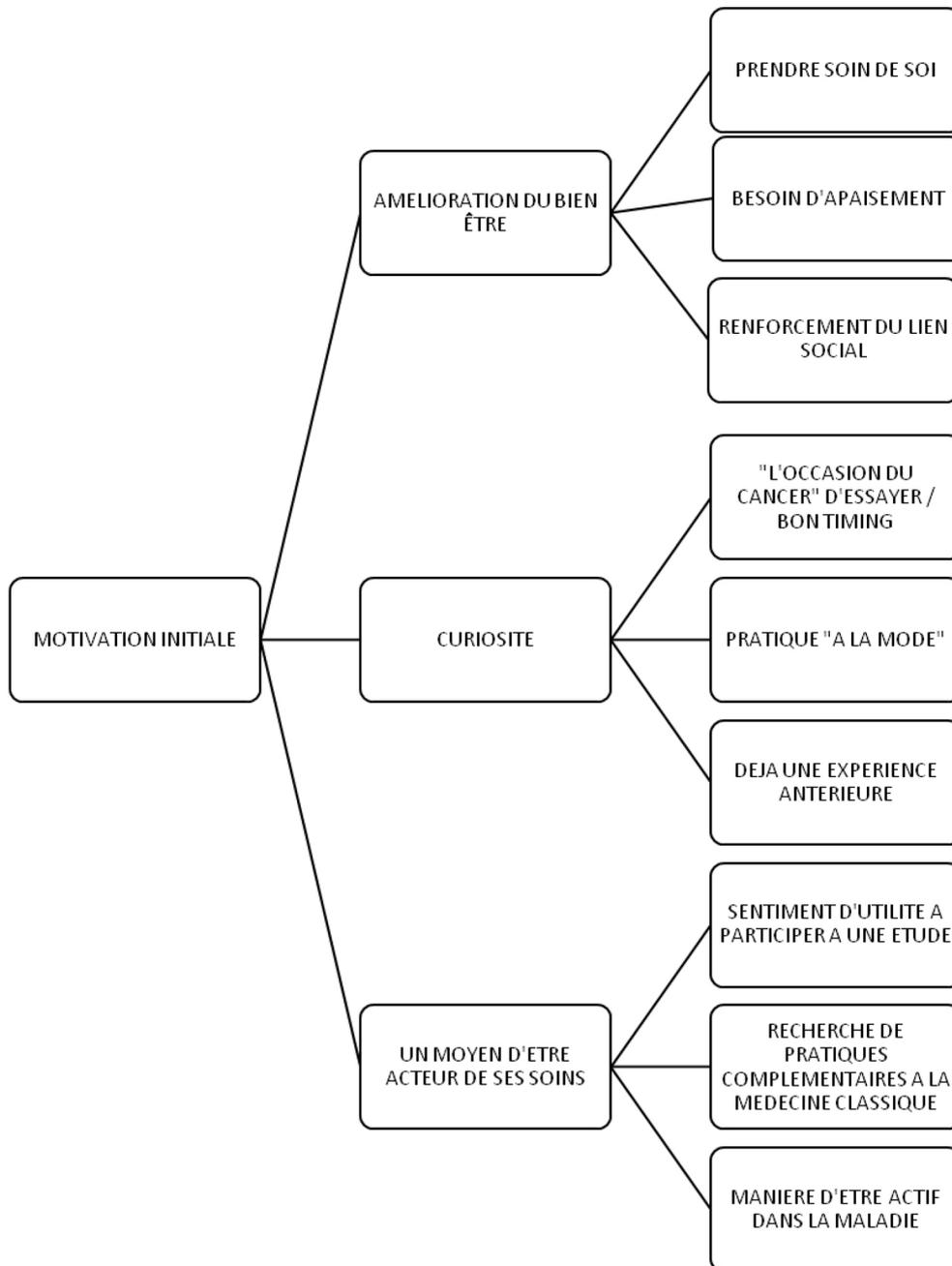


Fig. 1 Motivation des patients à participer aux ateliers de méditation

La crise sanitaire nous a poussés à adapter notre protocole et à adopter une pratique en distanciel, modalité pour laquelle nous retrouvons finalement des avantages : pas de déplacement, plus grande accessibilité au plus grand nombre. Cependant, les patients rapportent aussi des avantages à la pratique en présentiel : ils se sentent plus soutenus par le groupe et ne sont pas confrontés aux soucis logistiques de l’informatique qui mettent certaines personnes mal à l’aise, comme cela avait été exprimé dans les entretiens semi-directifs. Nous ne retrouvons ainsi pas de différence dans

l’assiduité entre les deux groupes dans notre travail. Pour nos prochains ateliers, nous avons donc choisi de proposer une pratique mixte avec ces deux modalités concomitantes.

Le choix de proposer des ateliers pendant les soins correspondait à une demande des patients et des oncologues, dans un contexte où la phase de traitement s’allonge avec l’avènement des thérapies ciblées et immunothérapie [24]. Ce contexte explique peut-être les différences observées en pré/post intervention dans notre travail : la diminution des douleurs mais aussi l’augmentation des nausées.

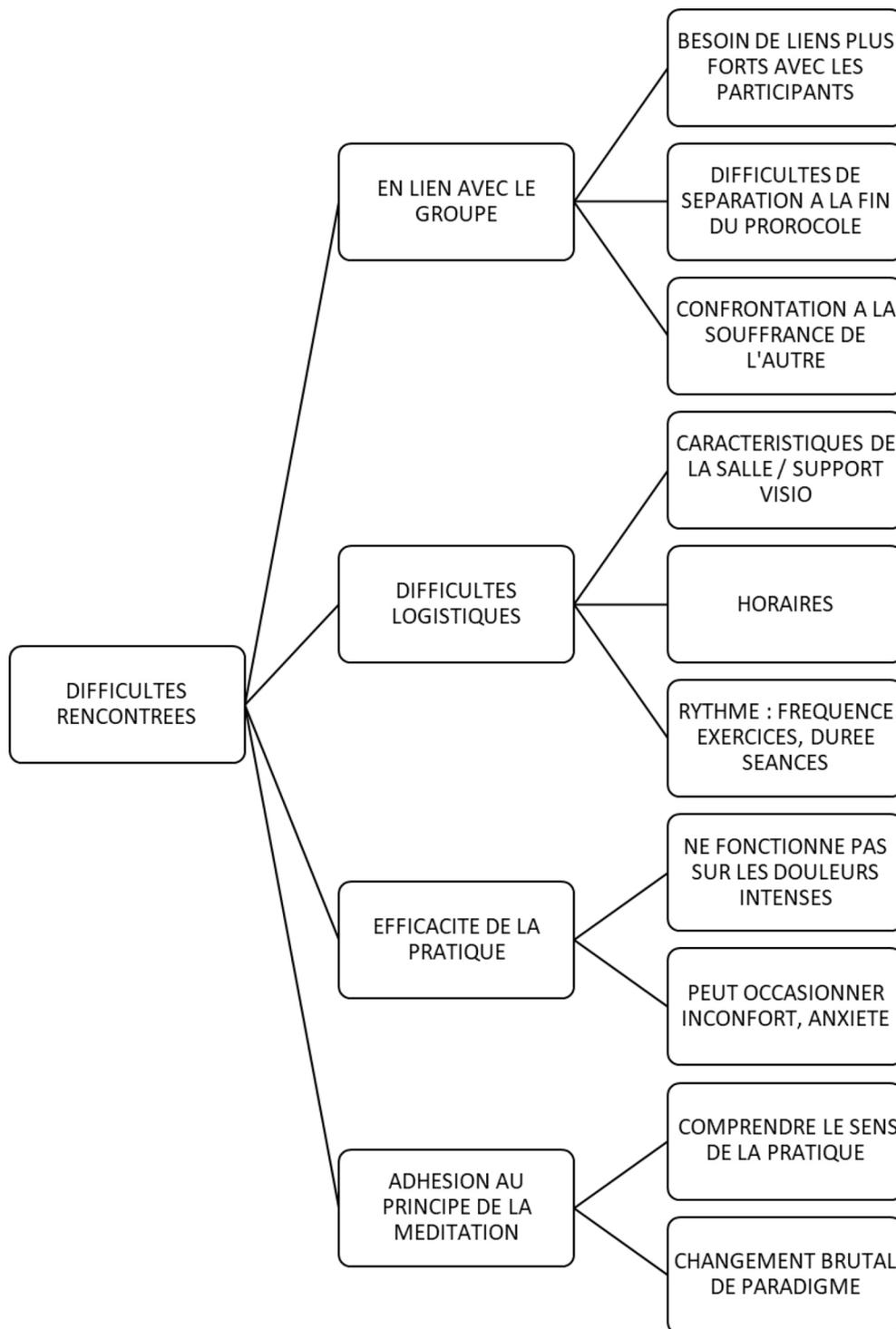


Fig. 2 Difficultés rencontrées par les patients lors des ateliers de méditation

Probablement parce que les traitements peuvent entraîner une asthénie et un risque accru de complications intercurrentes, le nombre de perdus de vue est plus important que dans les études sur l'après-cancer [25]. Concernant l'assiduité des participants dans la pratique des exercices, les personnes de

la population générale font en moyenne 64 % des exercices demandés [26]. Le sexe féminin, un haut degré d'ouverture à l'expérience et de résistance au changement, des syndromes dépressifs plus marqués seraient des facteurs prédictifs d'une meilleure adhésion aux programmes de méditation [27].

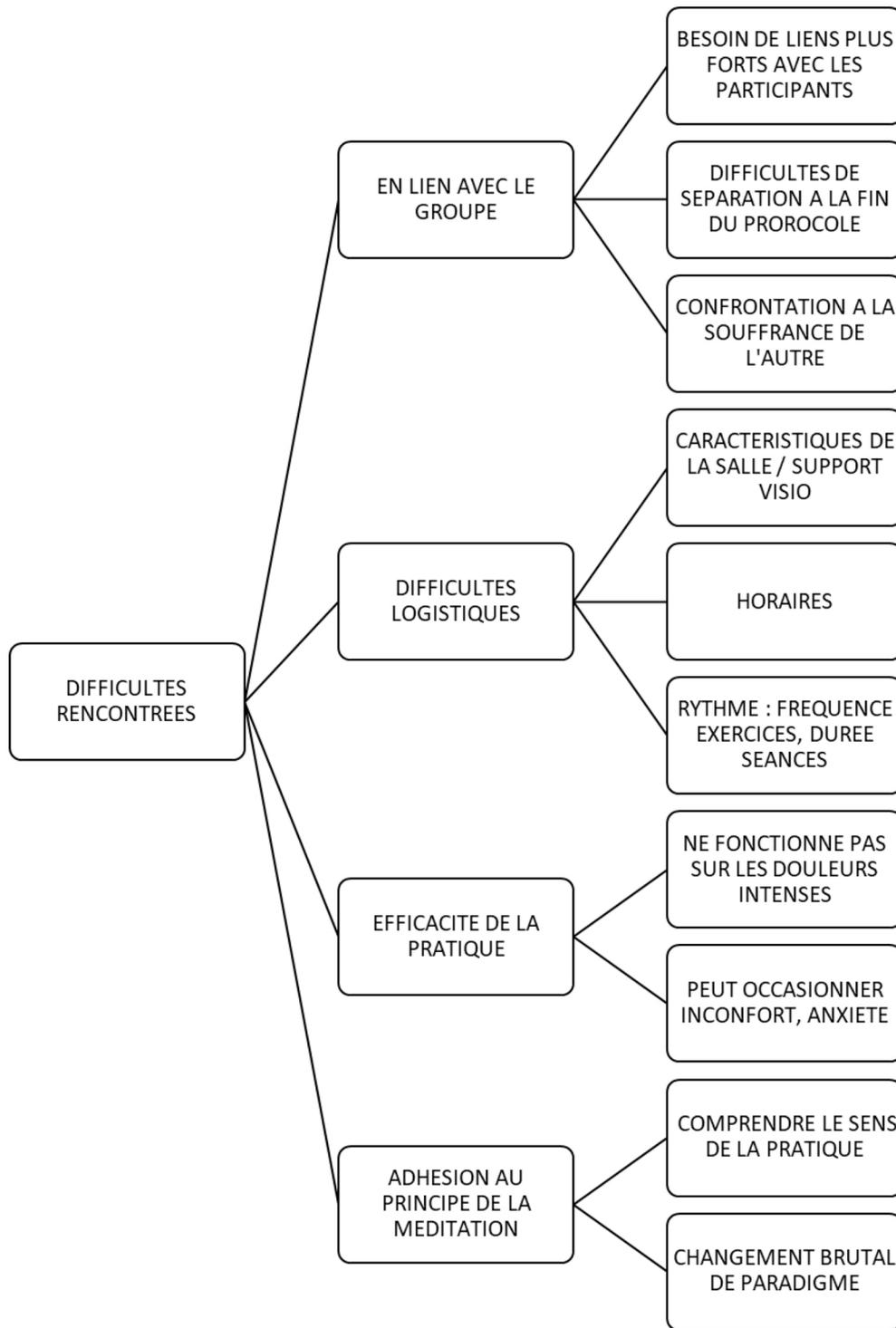


Fig. 3 Bénéfices ressentis par les patients lors des ateliers de méditation

Il semble que les patients qui terminent le programme y trouvent un grand bénéfice dans l'appropriation de cette technique dans la gestion de cette étape de leur vie. Cela est mis en évidence par l'amélioration aux compétences de pleine conscience à l'échelle de Freiburg, mais aussi par les bénéfices

rapportés par les patients lors des entretiens semi-directifs : un nouvel outil pour la gestion des douleurs, du stress, un meilleur lâcher-prise, une acceptation, permettant de faire les soins plus sereinement, une bienveillance envers soi et les autres et enfin une vision plus optimiste de leur situation.

Demeure un questionnement sur le maintien de l'impact de la pratique au long cours, au-delà de six mois. Dans la littérature, on retrouve rarement un impact à plus de six mois des ateliers [28], d'où la nécessité de penser peut-être une pratique sur la durée avec des ateliers « de rappel ». Cela permettrait en outre de faire persister le soutien entre pairs évoqué par plusieurs patients dans ces groupes.

L'intérêt de ce travail était d'étudier la faisabilité de la technique dans un centre de lutte contre le cancer pendant les soins ; toutefois, la taille de l'échantillon était limitée, et les modalités de réalisation des ateliers avaient dû être modifiées. De plus, les résultats qualitatifs présentés dans cet article ont été décrits très brièvement et devraient faire l'objet d'une autre publication afin de pouvoir présenter de manière détaillée l'ensemble des thèmes et sous-thèmes identifiés. Cependant, cette brève présentation permet au sein de cet article d'avoir un regard d'ensemble sur les résultats de notre étude, ce qui est peu souvent le cas lorsque des études utilisant une méthodologie mixte sont réalisées. Les résultats de cette étude sont donc à considérer avec précaution et nécessitent d'être vérifiés à travers une étude interventionnelle multicentrique à plus grande échelle qui permettrait d'obtenir une base de données plus puissante au niveau statistique.

Conclusion

La méditation de pleine conscience semble être un outil intéressant pour les patients en oncologie, en complémentarité des approches plus conventionnelles de psychothérapie. Les pratiques en présentiel et en distanciel ont des avantages et des inconvénients sans que l'on puisse déterminer de manière franche la supériorité de l'une sur l'autre dans ce travail.

Proposer des ateliers pendant les soins expose à un risque de perdus de vue plus importants, notamment du fait des symptômes présents pendant la phase des traitements. Cependant, les patients qui terminent le programme rapportent un bénéfice important et cela répond à une demande d'accompagnement de ces derniers, en attendant les prises en charge disponibles dans l'après-cancer.

Liens d'intérêts : Financement des ateliers de méditation par le laboratoire Roche et la fondation Apicil.

Références

- Kabat-Zinn J (2009) Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. J'ai lu Bien être, Paris, 794 p
- Ott MJ, Norris RL, Bauer-Wu SM (2006) Mindfulness meditation for oncology patients: a discussion and critical review. *Integr Cancer Ther* 5:98–108
- Schell LK, Monsef I, Wöckel A, Skoetz N (2019) Mindfulness-based stress reduction for women diagnosed with breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD011518
- Piet J, Würtzen H, Zachariae R (2012) The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 80:1007–20
- Zhang Q, Zhao H, Zheng Y (2019) Effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on symptom variables and health-related quality of life in breast cancer patients—a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 27:771–81
- Xunlin NG, Lau Y, Klainin-Yobas P (2020) The effectiveness of mindfulness-based interventions among cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Support Care Cancer* 28:1563–78
- Feng B, Hu X, Lu WW, et al (2021) Are mindfulness treatments effective for pain in cancer patients? A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain* 26:61–76
- Pedro J, Monteiro-Reis S, Carvalho-Maia C, et al (2021) Evidence of psychological and biological effects of structured mindfulness-based interventions for cancer patients and survivors: a meta-review. *Psychooncology* 30:1836–48
- Chen G, Wu Q, Jiang H, et al (2020) Fear of disease progression and psychological stress in cancer patients under the outbreak of Covid-19. *Psychooncology* 29:1395–8
- Carlson L, Speca M (2015) La pleine conscience, votre alliée face au cancer. De Boeck, Louvain, 217p
- Nissen ER, O'Connor M, Kaldò V, et al (2020) Internet-delivered mindfulness-based cognitive therapy for anxiety and depression in cancer survivors: a randomized controlled trial. *Psychooncology* 29:68–75
- Compen F, Adang E, Bisseling E, et al (2020) Cost-utility of individual Internet-based and face-to-face mindfulness-based cognitive therapy compared with treatment as usual in reducing psychological distress in cancer patients. *Psychooncology* 29:294–303
- Glynn BA, Khoo E, McLeay HML, et al (2020) Exploring cancer patients' experiences of an online mindfulness-based program: a qualitative investigation. *Mindfulness* 11:1666–77
- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al (1993) The European Organization for Research and Treatment of cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Nat Cancer Inst* 85:365–76
- Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 52:69–77
- Trousselard M, Steiler D, Raphel C, et al (2010) Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory — short version: relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Biopsychosoc Med* 12:4–8
- Méry B, Froissart G, Vallard A, et al (2015) Dépistage de la détresse psychologique chez les patientes en cours de traitement du cancer du sein. *Bull Cancer* 102:845–53
- Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al (2008) Introduction à la recherche qualitative. *Exercer. Rev Fr Med Gene* 84:142–5
- Coronado-Montoya S, Levis A, Kwakkenbos L, et al (2016) Reporting of positive results in randomized controlled trials of mindfulness-based mental health interventions. *PLoS One* 11: e0153220
- Anderson JG, Taylor AG (2012) Use of complementary therapies for cancer symptom management: results of the 2007 National Health Interview Survey. *J Altern Complement Med* 18:235–41
- Galante J, Friedrich C, Dawson AF, et al (2021) Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in non-clinical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS Med* 18: e1003481

22. Santorelli SF (2014) Mindfulness-based stress reduction (MBSR): Standards of practice. Center for mindfulness in medicine, University of Massachusetts medical school 1–24
23. Couillet A, Malatier M, Le Bris M, et al (2021) Issues of mindfulness implementation for oncology caregivers. *J Complement Integr Med* (in press)
24. Fondation québécoise du cancer (2021) <https://fqc.qc.ca/fr/information/immuno/principaux-cancers-traites-par-immunotherapie>
25. Carlson LE, Ursuliak Z, Goodey E, et al (2001) The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer* 9:112–23
26. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, et al (2017) Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther* 95:29–41
27. Mikolasek M, Witt CM, Barth J (2018) Adherence to a mindfulness and relaxation self-care app for cancer patients: mixed-methods feasibility study. *JMIR MHealth and UHealth* 6:e11271
28. Oberoi S, Yang J, Woodgate RL, et al (2020) Association of mindfulness-based interventions with anxiety severity in adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open* 3:e2012598