

Quelle est l'utilité des interventions de pleine conscience pour les personnes qui ont un cancer et celles qui ont survécu à un cancer ?

Référence

Badaghi N, Buskbjerg C, Kwakkenbos L et al. Positive health outcomes of mindfulness-based interventions for cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2024;114:102505. DOI: 10.1016/j.cpr.2024.102505

Analyse de

Pauline Stas, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie. Absence de conflits d'intérêt avec le sujet.

Question clinique

Quels effets les interventions basées sur la pleine conscience ont-elles sur les aspects positifs de la santé chez les adultes qui ont un cancer et ceux qui ont survécu à un cancer, par rapport à un quelconque groupe témoin ?

Contexte

Minerva a déjà analysé plusieurs articles portant sur le recours à la pleine conscience et sur des interventions basées sur la pleine conscience dans différents contextes, comme la douleur chronique (1-4), la consommation abusive de substances (5,6) et l'anxiété associée à la (rechute de) dépression (7-14). Malgré d'importantes limitations méthodologiques telles qu'une importante hétérogénéité et des études limitées à des populations spécifiques (anciens combattants), des effets positifs ont été constatés en ce qui concerne la réduction des symptômes et la prévention des rechutes. Ces études mettaient toujours l'accent sur des indicateurs de santé dits négatifs, tels que les symptômes. Pourtant, outre la réduction des symptômes, il est également intéressant d'examiner les aspects positifs de la santé, tels que le bien-être, la résilience, le sens et la croissance personnelle. Ceci rejoint la vision de Huber et al. et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (15,16), qui définissent la santé non seulement comme l'absence de maladie ou de symptôme, mais aussi comme un état de bien-être physique, mental et social complet. Par ailleurs, une perspective plus dynamique gagne également en importance en considérant la santé comme la capacité de s'adapter et de prendre le contrôle de sa propre vie, même en cas de maladie. L'effet des interventions de pleine conscience chez les personnes qui ont un cancer et chez celles qui ont survécu à un cancer a déjà été étudié en ce qui concerne la réduction de la douleur, de la détresse psychologique et des symptômes d'anxiété et de dépression (17-20). La recherche qui examine l'effet de ces interventions sur les aspects positifs de la santé demeure toutefois limitée. Une récente synthèse méthodique avec méta-analyse a rassemblé les données probantes à ce sujet (21).

Résumé

Méthodologie

Synthèse méthodique et méta-analyse.

Sources consultées

- PubMed, PsycINFO, Web of Science, CINAH ; jusqu'au 14 juin 2024.

Études sélectionnées

- critères d'inclusion : études randomisées contrôlées (RCTs) comparant des interventions basées sur la pleine conscience et n'importe quel contrôle chez des adultes (âgés de 18 ans ou plus) chez qui avait été diagnostiqué un cancer (en cours de traitement ou dont le traitement était terminé avec succès) en termes de résultats positifs pour la santé (mesurés à l'aide de questionnaires validés) ; les résultats positifs pour la santé étaient définis comme le développement ou le renforcement d'une qualité ou d'une compétence positive contribuant à promouvoir et améliorer la santé et le

bien-être psychologiques ou sociaux (comme les compétences de pleine conscience, l'autocompassion, l'adaptation, le bien-être, la spiritualité)

- critères d'exclusion : littérature grise, publications dans une autre langue que l'anglais
- finalement, inclusion de 46 RCTs (n = 4364), dont 52,2% portant sur le cancer du sein (N = 24), 39,1% sur différents types de cancer (N = 18), 4,3% sur le cancer du poumon (N = 2), 2,2% sur le cancer colorectal (N = 1) et 2,2% sur le mélanome (N = 1) ; les interventions les plus étudiées étaient des interventions basées sur la pleine conscience avec adaptation (N = 21, 45%), suivies par la réduction du stress basée sur la pleine conscience* (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR ; N = 16, 35%) et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience* (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT ; N = 9, 19%) ; les interventions se composaient en moyenne de 7,8 séances (3-30) ; 89% (N = 41) sous forme de séances en groupe ; 80% (N = 37) en face-à-face ; en moyenne 112 minutes par séance (15-180) ; les groupes témoins étaient constitués principalement d'un groupe témoin sur liste d'attente (N = 24) ou recevant la prise en charge habituelle (N = 12), mais il y avait aussi d'autres groupes témoins, comme l'entraînement physique, la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie, le neurofeedback, l'éducation...

*

La MBCT (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*) est une forme de thérapie combinant la pleine conscience et la thérapie cognitive. Habituellement, elle comporte huit séances hebdomadaires de deux heures en groupe, combinées à 60 minutes de travail quotidien à domicile, une retraite en silence d'au moins 5 heures et des exercices de pleine conscience accompagnés ou non.

La MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*) est un programme d'entraînement utilisant la pleine conscience pour réduire le stress et les symptômes physiques ou psychiques. Habituellement, elle comporte huit séances hebdomadaires de 2,5 à 3,5 heures en groupe, combinées à 45 minutes de travail à domicile six fois par semaine et une retraite en silence de 7,5 heures.

Population étudiée

- 4364 adultes (de 21 à 322 par étude) ayant en moyenne 53,4 ans (de 33,0 à 67,3) ; 86% de femmes ; 56,26% (de 4,8 à 100%) avaient fait des études supérieures (> 12 ans).

Mesure des résultats

- principaux critères de jugement :
 - compétences de pleine conscience
 - autocompassion (capacité à se manifester à soi-même de la douceur, de la gentillesse, de la compréhension et une attitude sans jugement en période d'échec ou de souffrance)
 - affect positif (expériences subjectives d'émotions positives telles que le bonheur, la joie, l'intérêt, l'enthousiasme)
 - adaptation
 - soutien social (expérience subjective de soutien dans les relations, disponibilité de soutien social (fonctionnel))
 - bien-être
 - croissance personnelle
 - spiritualité
- les mesures des résultats avaient lieu immédiatement après le traitement (en moyenne 8 semaines (de 3 à 12 semaines) après le début de l'intervention) et lors du suivi (en moyenne 21 semaines (de 11 à 64 semaines))
- différences entre les groupes interventions et les groupes témoins, exprimées en **g de Hedges**.

Résultats

- principaux critères de jugement :
 - immédiatement après l'intervention, des améliorations statistiquement significatives ont été observées pour toutes les mesures des résultats avec les interventions basées sur la pleine conscience, et ce par rapport aux groupes témoins:

	g de Hedges (IC à 95%)	Valeur de p	I ²
Compétences de pleine conscience (N = 31, n = 2635)	0,45 (de 0,25 à 0,65)	< 0,001	83,3
Autocompassion (N = 8, n = 553)	0,35 (de 0,15 à 0,56)	0,001	24,8
Affect positif (N = 5, n = 391)	0,26 (de 0,04 à 0,47)	0,018	11,5
Adaptation (N = 8, n = 503)	0,78 (de 0,37 à 1,20)	< 0,001	65,0
Soutien social (N = 4, n = 403)	0,29 (de 0,05 à 0,52)	0,018	26,4
Bien-être (N = 10, n = 1019)	0,27 (de 0,11 à 0,43)	0,001	34,9
Croissance personnelle (N = 8, n = 648)	0,56 (de 0,22 à 0,90)	0,001	76,9
Spiritualité (N = 5, n = 408)	0,91 (de 0,23 à 1,60)	0,009	90,6

- après le suivi, avec les interventions basées sur la pleine conscience, par rapport aux groupes témoins, des améliorations statistiquement significatives ont été observées pour les compétences de pleine conscience, l'autocompassion, la croissance personnelle et la spiritualité, mais pas pour l'affect positif, l'adaptation, le soutien social et le bien-être.

	g de Hedges (IC à 95%)	Valeur de p	I ²
Compétences de pleine conscience (N = 21, n = 1809)	0,46 (de 0,21 à 0,72)	< 0,001	85,3
Autocompassion (N = 7, n = 507)	0,33 (de 0,16 à 0,51)	< 0,001	0
Affect positif (N = 5, n = 356)		NS	
Adaptation (N = 3, n = 117)		NS	
Soutien social (N = 3, n = 282)		NS	
Bien-être (N = 6, n = 581)		NS	
Croissance personnelle (N = 5, n = 354)	1,4 (de 0,32 à 2,42)	0,011	94,5
Spiritualité (N = 3, n = 253)	0,61 (de 0,07 à 1,15)	0,027	76,6

Conclusion des auteurs

Les auteurs concluent que des effets significatifs des interventions basées sur la pleine conscience ont été constatés pour plusieurs résultats positifs chez les patients atteints de cancer et ceux qui ont survécu à un cancer, les preuves les plus solides se rapportant aux compétences de pleine conscience. Les interventions basées sur la pleine conscience peuvent avoir un rôle essentiel dans l'amélioration du bien-être dans cette population.

Financement de l'étude

Un financement a été octroyé pour la conduite de l'étude et pour la rédaction du manuscrit.

Conflits d'intérêt des auteurs

Les auteurs ne mentionnent pas de conflits d'intérêt.

Discussion

Évaluation de la méthodologie

Cette synthèse méthodique avec méta-analyse suit une méthodologie sérieuse. Le rapport est élaboré à l'aide des directives PRISMA, et le protocole a été préalablement enregistré sur PROSPERO. Les auteurs ont d'abord déterminé des critères d'inclusion et d'exclusion clairs. Ils ont pris en compte le fait que la « pleine conscience » est un concept relativement récent dans la littérature (terme MeSH uniquement depuis 2014) en incluant également des termes de recherche plus larges, tels que « méditation », dans la stratégie de recherche. La sélection des articles a été effectuée de manière indépendante par deux auteurs qui avaient été formés à l'application des critères de sélection. En cas de divergences, un troisième auteur était impliqué pour parvenir à un consensus. Le risque de biais a été évalué à l'aide de l'outil Cochrane évaluant le risque de biais (*Cochrane Risk of Bias*, RoB2). Aucune étude ne présentait un faible risque pour tous les domaines. Dans 90% des études (N = 40), le risque de biais a été noté comme « *some concerns* » (quelques inquiétudes), et dans 10% des études, comme « *high risk* » (risque important). La plupart des études présentaient un faible risque de biais en ce qui concerne la randomisation (88%, N = 43) et les écarts par rapport aux interventions

prévues (59%, N = 29). Les principales sources de biais étaient des rapports insuffisants sur l'intention de traiter et le traitement des données manquantes (57%, N = 28), un manque de clarté concernant l'utilisation d'un plan d'analyse prédéfini (79%, N = 39) et un biais dans la mesure des résultats (100%). Cependant, le biais associé à la mesure des résultats est en grande partie dû au fait que ce sont les participants eux-mêmes qui ont évalué les résultats. Dans les études de psychothérapie, la mise en aveugle des participants et des évaluateurs (en cas d'autoévaluation) n'est souvent pas possible, ce qui rend ce type de biais difficile à éviter et inhérent à ce type de recherche. Les différents résultats ont été mesurés à l'aide de questionnaires d'autoévaluation validés et couramment utilisés.

Un biais de publication a été recherché en utilisant un funnel plot et le test d' Egger pour les critères de jugement avec les résultats de 10 études ou plus. Il n'y avait pas d'indication d'un biais de publication. En plus d'une méta-analyse classique, les auteurs ont également effectué des analyses de sensibilité et une **méta-analyse bayésienne** complémentaire (22). Dans les analyses de sensibilité, les valeurs aberrantes ont été supprimées pour les compétences de pleine conscience (mesurées après l'intervention et lors du suivi) et pour la croissance personnelle (mesurée lors du suivi). Les résultats sont restés similaires, mais la taille de l'effet a légèrement diminué, en particulier pour la croissance personnelle mesurée lors du suivi (de $g = 1,40$ à $g = 0,80$). La méta-analyse bayésienne a confirmé les résultats de la méta-analyse régulière, mais a nuancé la force des preuves : seules les compétences de pleine conscience (mesurées après l'intervention et lors du suivi) ont été trouvées avec des « preuves très solides à concluantes » (**facteur de Bayes 32-147**). Pour le bien-être, l'autocompassion et l'adaptation, les preuves étaient « solides » (facteur de Bayes 15-25), et, pour les autres critères de jugement, elles étaient « limitées » à « modérées ».

Évaluation des résultats

Les résultats de cette méta-analyse montrent des améliorations significatives pour tous les résultats, mais, à plus long terme (21 semaines en moyenne), seuls les effets sur les compétences de pleine conscience, l'autocompassion, la croissance personnelle et la spiritualité sont restés significatifs. Les tailles d'effet suggèrent que les effets sont faibles pour l'autocompassion (lors des deux moments de mesure), l'affect positif (après l'intervention), le soutien social (après l'intervention), le bien-être (après l'intervention) ; elles étaient modérées pour les compétences de pleine conscience (lors des deux moments de mesure), la croissance personnelle (après l'intervention), la spiritualité (lors du suivi), et importantes pour la spiritualité et l'adaptation (après l'intervention) et la croissance personnelle (lors du suivi). Il y a une importante hétérogénéité statistique pour les critères de jugement qui restent significatifs aux deux moments, à savoir les compétences de pleine conscience, la croissance personnelle et la spiritualité ($I^2 = 76,6-94,5$). Uniquement pour l'autocompassion, l'hétérogénéité est limitée lors des deux moments ($I^2 = 24,8$ et 0%). De plus, il y a une importante hétérogénéité clinique dans les groupes témoins utilisés, et le nombre d'études est limité, en particulier pour les mesures lors du suivi. Une puissance plus faible pourrait donc expliquer les résultats significatifs limités à plus long terme. La proportion importante de personnes incluses ayant un niveau d'études supérieures (56,26%) rend les résultats moins extrapolables à tous les niveaux d'études. Toutefois, les analyses de sensibilité ont montré que le niveau de formation n'avait pas d'effet modérateur. Cependant, comme le groupe était assez homogène à cet égard, il est possible que des effets modérateurs n'ont pas pu être détectés. Par ailleurs, les personnes incluses étaient majoritairement des femmes (86%), ce qui rend plus difficile l'extrapolation des résultats aux hommes.

La qualité des interventions a été évaluée selon cinq critères : description de l'intervention, pertinence de la profession et de la formation du formateur, fidélité au protocole de traitement et compétence du formateur. Ces éléments ont donné lieu à un score total compris entre 0 et 9. Plus de la moitié des études (59%, N = 29) ont obtenu un score de 4 ou moins, principalement en raison d'un manque de rapports sur la formation, le parcours professionnel et la compétence du formateur, ainsi que d'informations insuffisantes sur l'observance. En outre, 55% des études (N = 27) ont apporté au protocole d'intervention basée sur la pleine conscience des modifications importantes, et 29% (N = 14), des modifications mineures. Seulement 16% des études (N = 8) ont utilisé une version standard de la MBSR ou de la MBCT telle qu'initialement développée (par ex. 8 séances hebdomadaires en groupe, exercices quotidiens à domicile et une retraite en silence). Cette hétérogénéité des traitements est probablement une bonne représentation de la réalité clinique, où les protocoles ne sont pas toujours suivis à la lettre. Les auteurs ont effectué différentes **analyses de modération** pour identifier les sources potentielles d'hétérogénéité, telles que le statut de traitement du cancer, l'âge moyen, le pourcentage de femmes, le niveau de formation, le type d'intervention, le degré d'adaptation au protocole de pleine conscience, le format de prestation, le score de qualité de l'intervention, le type de groupe témoin, le risque de biais et le taux de sorties d'étude. Ils n'ont effectué ces analyses que pour les critères de jugement examinés par au moins 10 études. De ce fait, seuls sont disponibles les résultats pour les

compétences de pleine conscience (lors des deux moments de mesure) et pour le bien-être (après l'intervention). Les résultats montrent que l'effet sur le bien-être obtenu avec les interventions basées sur la pleine conscience, mesuré après l'intervention, était plus important dans les études avec un plus grand nombre de séances, une meilleure qualité d'intervention et des groupes témoins passifs. Lors du suivi, les effets sur les compétences de pleine conscience semblaient plus importants dans les études présentant un risque de biais plus élevé. Cependant, les études manquent pour explorer de nombreuses sources de biais. La méta-analyse combine des personnes atteintes d'un cancer et des personnes ayant survécu à un cancer. Le nombre exact d'études par sous-groupe n'a pas été rapporté. Pourtant, le fait qu'une personne soit ou non en traitement ou qu'elle soit rétablie semble être une variable importante à prendre en compte lors de la recherche sur l'effet des interventions. Le nombre limité d'études a permis aux auteurs d'examiner si le statut du traitement influençait uniquement les résultats des compétences de pleine conscience (lors des deux moments de mesure) et du bien-être (après l'intervention). Le statut de traitement ne montrait pas de différence significative concernant l'effet. Des recherches supplémentaires avec une répartition systématique des effets de l'intervention en fonction du statut du traitement restent nécessaires.

Que disent les guides de pratique clinique ?

Le « Guide multidisciplinaire sur les soins de suivi oncologiques en soins primaires », publié par le WOREL (23), recommande des interventions psychosociales en cas de douleur (GRADE 2C), de fatigue (GRADE 2B), d'anxiété et de dépression (GRADE 2C). En cas d'anxiété et de dépression, il est spécifiquement question de pleine conscience et de méditation pour réduire l'anxiété et la dépression lors des soins de suivi (GRADE 2C). En général, ces guides de pratique clinique indiquent qu'il existe peu de preuves scientifiques concernant les interventions psychosociales en cas de douleur, de fatigue, d'anxiété et de dépression. L'effet est souvent indirect et repose sur des interventions hétérogènes. La plupart des données probantes sont en faveur de la pleine conscience. Le guide de pratique clinique de la Society for Integrative Oncology et de l'American Society of Clinical Oncology recommande les interventions de pleine conscience pour traiter les symptômes d'anxiété et de dépression chez les personnes qui ont un cancer et chez celles qui ont survécu à un cancer (20).

Conclusion de Minerva

Cette synthèse méthodique avec méta-analyse montre que les interventions basées sur la pleine conscience chez les adultes qui ont un cancer et ceux qui ont survécu à un cancer entraînent des améliorations significatives des aspects de santé positifs, en particulier des compétences de pleine conscience, de l'autocompassion, de la croissance personnelle et de la spiritualité, à la fois immédiatement après l'intervention et lors du suivi. Cette méta-analyse est de bonne qualité méthodologique, mais elle est limitée par une importante hétérogénéité des protocoles d'intervention, des groupes témoins et des caractéristiques des participants, ainsi que par des lacunes méthodologiques telles que le risque de biais et des données limitées sur les mesures de l'effet à long terme.

Références voir site web