



Méditation reposant sur la pleine conscience (MBSR)

Intérêt dans la DOULEUR DU CANCER

Dans quel cadre s'inscrit le programme de méditation en pleine conscience du réseau LCD ?

Depuis plus de cinq ans, le réseau Lutter Contre la Douleur (LCD) expérimente avec succès un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) agréé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France. Ce programme ETP propose des ateliers de soins de support en ville, approche non médicamenteuse, aux patients douloureux chroniques. L'atelier MBSR (méditation basée sur la pleine conscience pour la réduction du stress) est l'un des ateliers psychocorporels que le réseau LCD propose aux patients douloureux quelles que soient leurs pathologies. Le réseau LCD est l'une des rares équipes à proposer un programme MBSR en ville, avec des instructeurs professionnels de santé qualifiés, dans le cadre d'un programme éducatif labélisé par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France.

Pourquoi le réseau LCD s'intéresse à la douleur cancéreuse ?

Cette technique est rarement proposée dans les centres de la douleur et de cancérologie. C'est pourquoi le réseau LCD a souhaité ouvrir ses ateliers aux patients souffrant de douleur cancéreuse. La douleur est fréquemment rencontrée dans les pathologies cancéreuses, avec une prévalence à plus de 50% du fait de la maladie, de son traitement, ou d'une raison intercurrente. Les mécanismes de la douleur cancéreuse sont variés : elle peut être inflammatoire, neuropathique, viscérale, aiguë ou chronique.

La douleur a un impact négatif sur la qualité de vie et potentiellement sur la survie. Selon l'enquête nationale menée en 2010 par l'Institut National du Cancer sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer, ceux souffrant de douleur cancéreuse sont sous traités et la prise en charge est considérée comme peu satisfaisante¹.

Le réseau LCD souhaite proposer cette méthode aux patients souffrant de douleur liée à un cancer du sein, dans un premier temps, pour la gestion des douleurs et de son retentissement (anxiété, dépression, trouble du sommeil) afin d'améliorer leur qualité de vie.

Dans quelle mesure la qualité de vie des patients douloureux est-elle améliorée grâce à un tel programme ?

Cette méthode associe le corps et l'esprit et cette approche répond aux besoins d'une approche psychologique et corporelle. Les études, souvent réalisées en Amérique du Nord, démontrent un impact plus significatif sur la santé mentale (anxiété et dépression), la douleur est rarement évaluée auprès des patients souffrant de cancer.

Il n'y aurait à priori pas d'impact sur la douleur dans ces études. La douleur est évaluée par des échelles de qualité de vie dans les études contrôlées et randomisées. Ces échelles varient d'une étude à l'autre et les pathologies cancéreuses concernées sont très hétérogènes.

De nombreuses études explorent l'effet de la pleine conscience dans le cancer du sein, mais la douleur n'est pas mesurée (intensité/type). Dans le cadre du réseau, en revanche notre suivi des patients douloureux inclus dans le programme MBSR, et l'évaluation médico-économique sur un an, mettent en évidence une forte satisfaction et amélioration de la qualité de vie.

Un travail de recherche clinique nous a semblé nécessaire pour évaluer l'effet de la médiation en pleine conscience sur l'expression de la douleur.

Les patients ayant eu un cancer, qui ont déjà participé à l'un des groupes, nous ont signalé de nombreux bénéfices de ce programme. Ainsi, les résultats des évaluations quantitatives ont incité le réseau LCD à diffuser plus largement cet atelier éducatif et à l'évaluer plus précisément. Suite à quelques entretiens lors des consultations d'évaluation post atelier, j'ai pu cibler quelques attentes et besoins des patients. Ils préfèrent être dans un « *groupe hétérogène* », « *sortir du cancer* ». Ils évoquent que le temps le plus propice pour participer à ce groupe est « *après les traitements* (chimiothérapie et radiothérapie) ».

Comment envisagez-vous de mener ce travail de recherche et quels sont les patients qui seront inclus dans ce protocole ?

Depuis 2016 et en accord avec le comité de pilotage du réseau, je mène un travail exploratoire dans le cadre d'un master 2 de recherche clinique en médecine palliative - option recherche (Paris Descartes), master coordonné par le Pr Aubry Régis.

Un protocole de recherche sera soumis au Comité d'éthique et de Protection des Personnes prochainement, la modification de la loi Jardé² parue en début d'année 2017 a modifié les démarches de soumission des protocoles de recherche. Le Pr Jean Baptiste Fassier (hospices civils de Lyon) m'a proposé d'être mon tuteur pour mener à bien ce projet de recherche.

Les patientes ayant eu un cancer du sein et souffrant d'une douleur séquellaire à moins de trois ans de la fin des traitements et en phase curative peuvent être incluses dans ce protocole de recherche clinique.

Recherche qualitative ? Pouvez-vous nous dire en quelques mots en quoi cela consiste ?

Les entretiens sont semi dirigés, enregistrés avec l'accord des patients, puis retranscrits mot à mot, ensuite les verbatim sont analysés, classés par thèmes et concepts.

Il n'y a pas une, mais plusieurs formes d'analyse qualitative : l'analyse phénoménologique, herméneutique ou recherche heuristique mais la plus connue est l'analyse selon ***la théorie ancrée***, traduction et adaptation de la « Grounded theory »³ : approche de théorisation empirique et inductive par Glaser et Strauss en 1967. C'est une conceptualisation et non une analyse de contenu.

Les entretiens doivent être suffisants pour saturer les données, la recherche s'arrête quand les entretiens ne nous donnent plus d'informations supplémentaires.

Il faut comprendre que le chercheur est dans un processus de questionnement. Il a la possibilité de vérifier, lors des entrevues ou lors des observations et les hypothèses formulées à partir d'une première analyse du « corpus » déjà constitué. Il doit constamment se questionner en interviewant, en observant, en lisant les transcriptions d'entrevues.

Les objectifs principaux sont de mieux comprendre, cerner, expliciter, théoriser le phénomène faisant l'objet de son étude.

Quels sont les résultats attendus ?

En retranscrivant les mots, le ressenti et l'expression de la douleur, nous cherchons à mettre en évidence les effets de la méditation sur la douleur et indirectement les paramètres qui influencent l'intensité, le retentissement et la chronicisation des douleurs séquellaires à un cancer du sein. Une meilleure connaissance de l'influence du MBSR sur la perception de la douleur pour chaque patient inclus dans ce programme nous aidera à concevoir une nouvelle grille d'évaluation pour ce programme.

Les résultats de cette recherche seront diffusés auprès des médecins traitants et spécialistes pour encourager les professionnels de santé à penser aux techniques psychocorporelles, dont fait partie le MBSR, pour la gestion du stress, de l'anxiété et de la douleur !

Des médecins généralistes, oncologues, radiothérapeutes, gynécologues sont intéressés par ce projet et on attend les inclusions.

Rappel des modalités pratiques :

Les dossiers de demande d'inclusion sont à faxer au réseau via notre [nouveau numéro de fax 01 82 83 70 90](tel:0182837090).

Pour toute information sur ce projet contactez : reseau.lcd@free.fr

Dr Esther Soyeux
Direction et coordination du réseau LCD

¹ ©Synthèse de l'enquête nationale 2010 sur la prise en charge de la douleur chez des patients adultes atteints de cancer - INCa – mars 2012.

² loi jardé 2017

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=CC895B0A0D9DEA7EEDCC9781ABEC7FBA.tpdila18v_1?cidTexte=JORFTEXT000025441587&dateTexte=20161117

³ *La découverte de la théorie ancrée. Stratégies pour la recherche qualitative*, Barney G. Glaser, Anselm A. Strauss, 2010.