



HAL
open science

Effets des pensées persévératives, de la métacognition, du niveau d'interprétation sur un épisode dépressif caractérisé et son évolution sur sept mois : résultats préliminaires sur un échantillon de 11 patients

Joséphine Rovillain

► To cite this version:

Joséphine Rovillain. Effets des pensées persévératives, de la métacognition, du niveau d'interprétation sur un épisode dépressif caractérisé et son évolution sur sept mois : résultats préliminaires sur un échantillon de 11 patients. *Psychiatrie et santé mentale*. 2018. dumas-02053965

HAL Id: dumas-02053965

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02053965>

Submitted on 1 Mar 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2018

N°2018 - 26

**EFFETS DES PENSEES PERSEVERATIVES, DE LA METACOGNITION ET DU
NIVEAU D'INTERPRETATION SUR UN EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE ET
SON EVOLUTION SUR 7 MOIS**
RESULTATS PRELIMINAIRES SUR UN ECHANTILLON DE 11 PATIENTS

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
- DIPLÔME D'ETUDE SPECIALISEE EN PSYCHIATRIE -
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 16 AVRIL 2018

PAR

Joséphine ROVILLAIN

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

JUGES : Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Valérie YON

REMERCIEMENTS

A mon président de jury :

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adulte

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes plus vifs remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

Aux juges :

Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Nutrition)

Chef du Service Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition

Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"
(D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements respectueux.

Monsieur le Professeur Fabrice WALLOIS

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Physiologie)

Responsable du Groupe de Recherche sur l'Analyse Multimodale de la Fonction Cérébrale

Chef du Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux Pédiatrique

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

*Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail. Veuillez
accepter mes sincères remerciements.*

Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux

*Vous me faites l'honneur de porter attention à mon travail. Veuillez accepter l'expression de ma
respectueuse gratitude.*

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

*Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous prie d'accepter ma sincère
reconnaissance.*

A mon directeur de thèse :

Madame le Docteur Valérie YON

Praticien hospitalier

Unité de psychiatrie adulte

*Je vous remercie pour vos conseils et votre bienveillance et de m'avoir accordé votre confiance
pour diriger ce travail de thèse.*

A Olivier Lefebvre, pour ta disponibilité, ta patience, tes conseils et ton aide pour la réalisation de ce travail.

Aux patients de l'étude qui ont accepté d'y participer.

Aux équipes médicales et paramédicales, qui m'ont accueillie et beaucoup appris tout au long de mon internat, les Primevères, l'UPA, les Myosotis, la Psychiatrie A, la Psychogériatrie, la Capucine et le CMP Jules Ferry. Vous avez contribué à l'attachement que j'ai pour cette spécialité.

Aux patients, auprès de qui j'ai tant appris.

A Florian, ton amour, ton soutien, ta disponibilité et ta grande patience ont permis la réalisation de ce travail, merci infiniment. Nous avons déjà pu réaliser de beaux projets ensemble, je suis impatiente de réaliser les prochains.

A Léonie, ma plus grande fierté, te voir grandir est la plus belle des expériences.

A mes parents, qui m'ont aidée et soutenue tout au long de ces longues années d'étude. Je vous remercie d'avoir été si disponibles et bienveillants.

A Pauline, Edouard et Jean, chacun a trouvé son chemin, je suis fière de vos réussites.

A mes grands parents, j'aurais aimé que vous puissiez assister à ce moment.

A Céline et Marion, j'ai eu la chance de vous rencontrer au début de ces années de médecine et vous êtes toujours là. Merci pour tous ces moments de rires et de complicité. Ça fait maintenant 10 ans d'une amitié si précieuse.

A Aline, hâte de venir à Toulouse profiter de ta joie de vivre !

Laurent, Guillaume, Anna, Vitto, Marion Much, Juliette, pour tous ces souvenirs et ceux à venir.

A Agathe, un grand merci pour ton soutien. Nous avons débuté notre internat ensemble et maintenant je suis heureuse de te rejoindre à Abbeville pour cette nouvelle aventure.

A Nadia, aux souvenirs de cette année aux primevères et du semestre à l'UPA, avec nos anecdotes et petits blues, nos longues discussions en sortant du service, nos courriers à dicter, merci de ton soutien.

A Sofian, à ces souvenirs lors de cet été aux Myosotis, hâte d'en avoir d'autres avec toi.

A Marion R, nous avons appris à être maman en même temps. J'espère que nous continuerons à partager les étapes de notre vie. Je suis heureuse que nos filles grandissent ensemble.

A Yoann, Audrey, Christophe, Marion C, Romaric, Victoria, Guillaume, Aurélie et Edouard.

ABRÉVIATIONS

ACT : *acceptance and commitment therapy*

ANOVA : *analysis of variance*

BADS-SF : *behavioral activation for depression scale - short form*

BAI : *Beck anxiety inventory*

BDI-II : *Beck depression inventory II*

CAS : *cognitive attentional syndrom*

CHU : centre hospitalier universitaire

CIM-11 : 11 ème édition de la classification internationale des maladies

CMP : centre médico-psychologique

DARS : *dimensional anhedonia rating scale*

DBT : *dialectical behavior therapy*

DSM-5 : 5 ème édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

EDC : épisode dépressif caractérisé

FFMQ : *five facets mindfulness questionnaire*

GI : *guilt inventory*

HAS : haute autorité de santé

IC : intervalle de confiance

IRM : imagerie par résonance magnétique

MBCT : *mindfulness based cognitive therapy*

MBSR : *mindfulness based stress reduction*

MCQ-30 : *metacognitive questionnaire 30 items*

MCT : *metacognitive therapy*

MINI : *mini international neuropsychiatric interview*

OMS : organisation mondiale de la santé

PMQ : *processing mode questionnaire*

PTQ : *perseverative thinking questionnaire*

RFCBT : *rumination focused cognitive behavior therapy*

S-REF : *self-regulatory executive function*

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TOC : trouble obsessionnel compulsif

UPA : unité de psychiatrie adulte

VD : variable dépendante

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	6
I. INTRODUCTION	11
II. CADRE THEORIQUE	12
A. La dépression et son évolution	12
1. Epidémiologie de la dépression.....	12
2. Définition de l'épisode dépressif caractérisé.....	13
3. Evolution de l'épisode dépressif caractérisé.....	14
a. Rémission complète.....	15
b. Rémission partielle et symptômes résiduels.....	15
c. Rechute dépressive.....	16
d. Récidive ou récurrence dépressive.....	16
e. Trouble dépressif persistant.....	16
B. Les pensées persévératives	17
1. Définitions.....	17
2. Liens avec la dépression.....	17
C. La métacognition	18
1. Définitions.....	18
2. Aspects de la Métacognition.....	19
a. Les connaissances ou croyances métacognitives.....	19
b. Les expériences métacognitives.....	19
c. Les stratégies métacognitives.....	20
3. Métacognition et dépression.....	21
a. Théorie métacognitive de Wells.....	21
i. Le « <i>Self-regulatory executive function model</i> ».....	21
ii. Le « <i>Cognitive attentional syndrom</i> »	22
iii. Croyances métacognitives dysfonctionnelles positives et négatives.....	23
D. Les niveaux d'interprétation	25
1. Le mode de pensée concret ou expérientiel.....	25
2. Le mode de pensée abstrait ou analytique.....	26
3. Pensée abstraite et dépression.....	26
4. Pensée concrète et pleine conscience.....	27

a.	Définitions et principes généraux de la pleine conscience.....	27
b.	Liens avec la pensée concrète.....	28
E.	Objectifs de l'étude.....	29
1.	Hypothèses de l'étude.....	29
a.	Première hypothèse.....	29
b.	Deuxième hypothèse.....	30
2.	Type d'étude.....	30
III.	MATERIEL ET METHODES.....	30
A.	Déroulement de l'étude.....	30
1.	Participants.....	30
2.	Passation des questionnaires.....	31
3.	Présentation des questionnaires.....	32
a.	Inventaire de dépression de Beck.....	32
b.	Inventaire d'anxiété de Beck.....	32
c.	Echelle d'évaluation dimensionnelle de l'anhédonie.....	33
d.	Inventaire de culpabilité.....	33
e.	Echelle d'activation comportementale-version courte.....	33
f.	Questionnaire de pensées persévératives.....	34
g.	Questionnaire de métacognition.....	34
h.	Questionnaire des cinq facettes de la pleine conscience.....	35
i.	Questionnaire du mode de traitement.....	35
j.	Autres questionnaires.....	36
B.	Méthodes statistiques.....	37
IV.	RESULTATS.....	37
A.	Statistiques descriptives.....	37
1.	Variables sociodémographiques.....	37
2.	Variables affectives aux trois temps (T0, T1, T2)	39
3.	Variables non affectives aux trois temps (T0, T1, T2)	40
B.	Statistiques inférentielles.....	41
1.	Analyse de la variance.....	41
2.	Analyses de corrélation.....	42
a.	Corrélations significatives à T0.....	42

b.	Corrélations significatives à T1.....	43
c.	Corrélations significatives à T2.....	43
d.	Tableaux récapitulatifs des corrélations significatives à T0, T1 et T2.....	44
e.	Corrélations significatives entre T0 et T1.....	45
f.	Corrélations significatives entre T1 et T2.....	45
g.	Corrélations significatives entre T0 et T2.....	46
3.	Régressions linéaires multiples.....	46
a.	Régression linéaire multiple à T0.....	47
b.	Régression linéaire multiple à T1.....	47
c.	Régression linéaire multiple à T2.....	47
d.	Régression linéaire multiple de la BDI-II à T2 en fonction de T0.....	48
e.	Régression linéaire multiple de la BDI-II à T2 en fonction de T1.....	48
f.	Régression linéaire multiple T1 à T2.....	48
g.	Synthèse des régressions linéaires multiples.....	49
4.	Analyses de médiation.....	50
a.	Analyse de médiation des associations concurrentes avec la BDI-II à T0...51	
b.	Analyse de médiation des associations concurrentes avec la BDI-II à T1...53	
c.	Analyse de médiation des associations concurrentes avec la BDI-II à T2...54	
d.	Analyse de médiation des associations concurrentes entre la BDI-II à T1 et les variables à T0.....55	
e.	Analyse de médiation des associations concurrentes entre la BDI-II à T2 et les variables à T1.....56	
f.	Analyse de médiation des associations concurrentes entre la BDI-II à T2 et les variables à T0.....57	
g.	Médiations à T0 et T1 avec la BDI-II à T2.....59	
h.	Synthèse des analyses de médiation.....59	
V.	DISCUSSION.....	61
A.	Interprétation des résultats.....	61
1.	Résultats descriptifs.....	61
a.	Caractéristiques de la population, variables affectives.....	61
b.	Caractéristiques de la population, variables non affectives.....	63
2.	Résultats analytiques.....	65
a.	Vérification de la première hypothèse.....	65

b. Vérification de la deuxième hypothèse.....	66
B. Limites de l'étude.....	67
1. Liées à la taille de l'échantillon.....	67
2. Liées aux caractéristiques de l'échantillon.....	67
3. Biais de non répondants.....	68
4. Liées aux questionnaires.....	69
C. Intérêts thérapeutiques.....	69
1. La thérapie métacognitive.....	69
2. La thérapie cognitive et comportementale ciblée sur les ruminations.....	70
3. Les thérapies de pleine conscience.....	70
a. Programme de pleine conscience pour la réduction du stress.....	70
b. Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.....	71
c. Autres thérapies dérivées de la pleine conscience.....	72
d. Corrélats anatomiques de l'efficacité de la pleine conscience.....	72
D. Ouverture sur d'autres recherches.....	73
VI. CONCLUSION.....	74
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	75
VIII. ANNEXES.....	82
Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement.....	82
Annexe 2 : Questionnaire BDI-II.....	84
Annexe 3 : Questionnaire BAI.....	85
Annexe 4 : Questionnaire DARS.....	86
Annexe 5 : Questionnaire GI.....	87
Annexe 6 : Questionnaire BADS-SF.....	88
Annexe 7 : Questionnaire PTQ.....	89
Annexe 8 : Questionnaire MCQ-30.....	90
Annexe 9 : Questionnaire FFMQQ.....	91
Annexe 10 : Questionnaire PMQ.....	92

I. INTRODUCTION

La dépression est une pathologie fréquente qui touche 5 millions de personnes en France. La prise en charge de cette maladie représente une part importante des dépenses de santé publique. En effet, il s'agit d'une pathologie au cours de laquelle on observe fréquemment des symptômes résiduels invalidants après traitement et qui possède un fort risque de récurrence. Un des principaux facteurs favorisant cette récurrence est la présence de symptômes dépressifs persistants entre les épisodes. En plus de la difficulté que représente la prise en charge adéquate et efficace du premier épisode dépressif caractérisé (EDC), il faut, lors du suivi, rester vigilant à la persistance d'une symptomatologie résiduelle et lutter contre la récurrence dépressive.

En pratique courante, nous pouvons remarquer que les patients atteints d'un EDC ont un niveau de ruminations et d'inquiétudes élevé (pensées persévératives). On retrouve souvent des croyances dysfonctionnelles sur ces ruminations, comme par exemple, penser que ruminer ou s'inquiéter les aide à mieux se préparer à un événement. Ces croyances métacognitives les incitent à persévérer dans ce fonctionnement malgré le retentissement sur leur vie quotidienne. Plusieurs études ont observé le rôle des pensées persévératives dans la genèse et le maintien de la dépression [1-2], notamment par le fait que la rumination soit associée à une réponse au traitement antidépresseur plus lente avec un taux de récupération plus faible [3].

En outre, nous pouvons aussi constater que la prise en charge d'une pathologie dépressive est plus complexe et défavorable quand le patient présente une façon abstraite d'aborder les événements de la vie. Les résultats de certaines études montrent qu'un mode de pensée abstrait est lié à l'humeur dépressive et entraîne une plus faible capacité de résolution des problèmes [4].

Il existe différentes théories psychopathologiques de la dépression. Pour ce travail nous nous sommes intéressés à certains concepts du dernier courant des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) : la troisième vague. La première vague des TCC est représentée par les thérapies comportementales, la deuxième concerne l'approche cognitive de la souffrance psychologique. La troisième, quant à elle, s'intéresse, entre autres, à la métacognition, aux émotions et à la spiritualité avec la théorie métacognitive de la dépression ou encore les notions de pleine conscience.

La thérapie métacognitive et les thérapies basées sur la pleine conscience, issues de cette troisième vague, ont déjà pu montrer leur efficacité pour la prise en charge de patients déprimés ou anxieux avec notamment l'efficacité de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) dans la prévention des rechutes dépressives. [5-6]

Ce travail est le fruit d'une collaboration. Il s'agit de la suite d'une première étude qui s'est intéressée aux liens de ces différents concepts que sont les pensées persévératives, la métacognition, les modes de pensées (abstrait et concret), et la pleine conscience avec la sévérité de la dépression. L'inclusion s'est faite au sein d'une population de patients présentant un syndrome dépressif caractérisé. Pour la deuxième partie de cette recherche, nous avons voulu étudier ces concepts d'une façon longitudinale en évaluant leurs liens avec l'évolution de la dépression et en vérifiant les premiers résultats à différents moments de l'évolution d'une dépression.

Pour la compréhension de ce travail, nous reviendrons sur la définition de la dépression et de son évolution. Nous présenterons ce que sont les pensées persévératives, la métacognition et les niveaux d'interprétation (ces concepts étant vastes, nous nous sommes focalisés sur les aspects directement en lien avec notre travail pour permettre une meilleure clarté). Puis nous exposerons les objectifs de cette étude ainsi que les résultats retrouvés que nous discuterons.

II. CADRE THEORIQUE

A. LA DEPRESSION ET SON EVOLUTION

1. Epidémiologie de la dépression

La dépression est un trouble mental courant. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) elle touche mondialement plus de 300 millions de personnes et représente la première cause d'incapacité dans le monde [7]. Le rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France [8] montre une prévalence des épisodes dépressifs caractérisés estimée à 7,5 % de la population de 15 à 85 ans soit plus de cinq millions d'individus. On retrouve une fréquence plus élevée chez la femme à partir de l'adolescence avec un sex-ratio de un homme pour deux femmes. Sur le plan de l'activité des établissements de santé, le trouble dépressif est le premier motif de recours en psychiatrie [9].

La dépression est associée à un risque suicidaire important. Trente à 50 % des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et plus de 80 % des suicidés présentaient un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte [10].

Au-delà des coûts directs, le baromètre santé de 2005 indique qu'une personne sur trois souffrant de dépression est en arrêt de travail [11], ce qui représente d'importantes dépenses de santé publique.

2. Définition de l'épisode dépressif caractérisé

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est clinique et requiert des critères précis. La 11^{ème} édition de la classification internationale des maladies (CIM-11) de l'OMS et la 5^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) sont les deux classifications de référence. Dans ce travail, nous nous sommes appuyés sur le DSM-5, celui-ci étant le plus utilisé dans le cadre des recherches. [12]

Les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé doivent :

- être présents durant une période minimum de deux semaines et chacun d'entre eux à un degré de sévérité certain, presque tous les jours.
- avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur (professionnel, social, familial).
- induire une détresse significative.

Pour diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé à partir du DSM-5, la présence d'au moins cinq des neuf symptômes suivants est requise avec au moins un des deux symptômes clés : l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir (anhédonie).

1- Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, signalée par la personne ou observée par les autres.

2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités ou presque quasiment toute la journée.

3- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit.

4- Insomnie ou hypersomnie.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur.

6- Fatigue ou perte d'énergie.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée.

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision.

9- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

On ne doit pas retrouver dans l'anamnèse d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

De surcroît, l'épisode ne doit pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- léger (symptômes juste suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé / peu de perturbations sociales ou professionnelles) ;
- moyen (plus de symptômes que nécessaire / perturbations sociales ou professionnelles modérées) ;
- sévère (quasiment tous les symptômes / perturbations sociales ou professionnelles nettes).

Il précise également des spécifications de l'épisode dépressif caractérisé qui vont correspondre à des formes cliniques distinctes :

- caractéristiques mélancoliques ;
- caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur ;
- caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur ;
- caractéristiques mixtes ;
- caractéristiques atypiques ;
- caractéristiques catatoniques ;
- caractéristiques anxieuses ;
- début dans le péri-partum ;
- caractéristiques saisonnières.

3. Evolution de l'épisode dépressif caractérisé (Fig. 1)

La durée spontanée d'un épisode dépressif est en moyenne de six à huit mois. Chez les patients traités, le délai moyen de rétablissement est d'environ cinq mois. Les premiers accès sont généralement plus brefs que les accès ultérieurs. [13-15]

Il est de plus en plus reconnu que la dépression est une pathologie chronique et récurrente. Les recherches actuelles sur les thérapeutiques de la dépression ciblent les symptômes résiduels, la prévention des rechutes et des récurrences.

Pour caractériser les phases évolutives d'un épisode dépressif, nous nous sommes basés sur les définitions du DSM-5.

a. Rémission complète

En rémission totale ou complète, il n'existe aucun signe ou symptôme significatif de dépression depuis 2 mois.

b. Rémission partielle et symptômes résiduels

La rémission partielle est définie par une amélioration clinique mais elle reste partielle car il persiste des symptômes invalidants de la dépression, ce sont les « symptômes résiduels ». La réponse aux traitements est dite partielle.

Selon le DSM-5, la rémission est partielle quand :

- la symptomatologie est insuffisante pour établir la persistance du syndrome dépressif caractérisé, les critères complets de l'épisode dépressif caractérisé ne sont pas remplis ;
- Ou une période sans aucun symptôme significatif < 2 mois.

Selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) sur la prise en charge et le suivi [16], la rémission partielle ou réponse partielle est définie par une réduction des symptômes de 25 à 50 % du score d'une échelle quantitative avant et après traitement.

La fréquence des symptômes résiduels après traitement d'un épisode dépressif caractérisé reste importante. Comme le rappellent Spadone et Corruble [17], la persistance de symptômes résiduels est retrouvée dans environ un tiers des cas. Dans une étude menée par Serafini *et al.* [18] en 2017, sur un échantillon de 210 patients, plus de la moitié des sujets ont présenté des symptômes résiduels dépressifs dont les plus fréquents étaient des troubles du sommeil (35%), une tension interne (30%), une lassitude (25%) et des pensées pessimistes (10%).

De nombreuses études montrent que la persistance de symptômes résiduels constitue un facteur de risque de rechute et de récurrence (= récurrence) dépressive avec des délais plus courts entre les épisodes mais aussi des taux de suicide plus importants. [14] [19-21]

Outre le risque de rechute et de récurrence, la symptomatologie résiduelle constitue une cible importante. Elle impacte le fonctionnement socioprofessionnel à l'origine d'une tension au domicile, d'une irritabilité sociale, de préoccupations financières, d'une altération des capacités au travail, de limitations des activités quotidiennes et d'un mauvais état de santé. [22]

La rémission partielle induit des coûts de santé publique directs, avec les consultations, les hospitalisations et les traitements médicamenteux mais aussi indirects avec les décès par suicides et les arrêts de travail.

c. Rechute dépressive

La rechute dépressive est caractérisée par une aggravation des symptômes de la dépression après une période de réponse avec amélioration d'une durée inférieure à 2 mois.

d. Récidive ou récurrence dépressive

Le trouble dépressif caractérisé récurrent ou récurrence dépressive, se définit par la présence d'au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés séparés d'une période sans symptôme d'au moins 2 mois consécutifs (rémission complète). Après rémission complète, le risque de récurrence peut atteindre jusque 50% durant les deux premières années, 60% dans les 5 premières années et 75% après 10 ans. Plus le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs est élevé, plus le risque de récurrence est fort. [23]

e. Trouble dépressif persistant

Le trouble dépressif persistant, anciennement trouble dysthymique, correspond à la présence d'une humeur dépressive pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux et cela pendant au moins 2 ans.

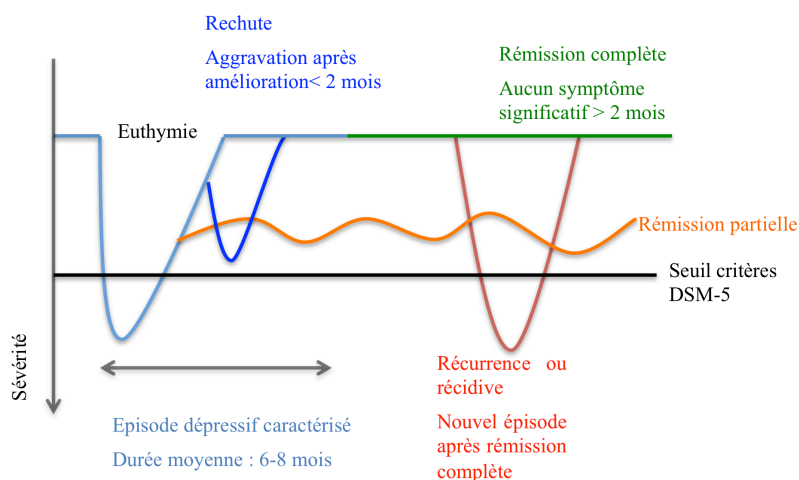


Figure 1 : Les évolutions possibles d'un épisode dépressif caractérisé.

B. LES PENSEES PERSEVERATIVES

1. Définitions

Tous les individus ont des pensées récurrentes, passives, relativement incontrôlables à propos de leurs préoccupations et de leurs expériences personnelles. Ce processus, souvent initié automatiquement, peut être partiellement conscient. S'il s'agit d'une expérience commune à la plupart des individus, ces pensées sont également liées à la psychopathologie de certains troubles mentaux. Les données de la littérature suggèrent que ce processus est transdiagnostique et contribue au développement et au maintien de plusieurs troubles comme la dépression, le trouble anxieux généralisé, la phobie sociale ou encore le trouble obsessionnel compulsif (TOC). [24]

Deux formes de ces pensées ont été particulièrement étudiées, les ruminations et les inquiétudes :

- Les ruminations sont définies comme étant une classe de pensées conscientes qui tournent autour d'un thème instrumental commun et qui se répètent en l'absence de demandes environnementales immédiates les requérant [25]. La rumination dépressive s'inscrit dans une réflexion répétitive et passive sur les symptômes et leurs causes et conséquences possibles.
- L'inquiétude représente une tentative de s'engager dans une résolution mentale de problèmes dont l'issue est incertaine mais dont une ou plusieurs issues pourraient être négatives. C'est une chaîne de pensées et d'images, négativement chargée d'affects et relativement incontrôlable. [26]

2. Liens avec la dépression

Lorsqu'un individu vit un évènement négatif ou qu'il ne parvient pas à atteindre ses objectifs, il rentre dans un processus d'attention sur soi. Ce processus est une stratégie adaptative qui a pour but la réflexion sur sa situation. Quand cette stratégie devient excessive et inflexible avec une attention accrue et prolongée sur les problèmes non résolus, les pensées répétitives s'installent et s'entretiennent. [27]

Certains auteurs suggèrent que la rumination est le processus cognitif principal impliqué dans l'apparition et la persistance de la dépression en étant un mode de réponse à la détresse [1-2]. Certaines études se sont intéressées spécifiquement aux rôles de la rumination dépressive dans le maintien de la dépression. L'induction expérimentale de ruminations exacerbe l'humeur

dysphorique déjà existante, amplifie les pensées négatives en activant les réseaux de souvenirs négatifs, elle est à l'origine de troubles de la concentration et d'une résolution moins performante des problèmes [28]. D'autres auteurs retrouvent que la rumination est associée à une réponse au traitement antidépresseur plus lente avec un taux de récupération plus faible [3].

De même, les inquiétudes semblent jouer un rôle dans la dépression mais seraient d'avantage impliquées dans l'anxiété généralisée [26, 29].

La thérapie cognitive et comportementale ciblée sur les ruminations place la rumination comme un phénomène d'habitude. Cette thérapie a pour principe d'examiner quand, comment et où la rumination se produit ou ne se produit pas et incite à élaborer des stratégies qui vont la remplacer ou la réduire [30]. Certaines études ont montré que cette thérapie permet une amélioration significative du niveau de rumination et des symptômes résiduels [31].

En 2011, Ehring *et al.* [32] qualifient ce type de pensées, de « pensées persévératives » et les classent selon leurs caractéristiques et non leur contenu : la répétition, l'intrusion, la difficulté à se désengager, l'improductivité et le caractère envahissant. Ces auteurs ont élaboré un questionnaire : *Perseverative thinking questionnaire* (PTQ).

C. LA METACOGNITION

1. Définitions

Le préfixe « méta » signifie « au-delà de », « qui appartient à un niveau supérieur ». La cognition est l'ensemble des structures et des activités psychologiques dont la fonction est la connaissance. Les fonctions cognitives (intellectuelles, dites « supérieures ») recouvrent la mémoire, les fonctions instrumentales (langage, gestes, capacités visuo-spatiales, calcul) et les fonctions exécutives et d'attention (permettant l'action, la résolution de problème, la planification, l'anticipation, le raisonnement et la prise de décision) [33]. En psychologie, la métacognition est « la cognition sur la cognition » c'est-à-dire l'activité mentale appliquée à ses propres processus mentaux.

Wells compare la métacognition à un chef d'orchestre et sa partition : « La pensée peut être comparée à l'activité d'un grand orchestre impliquant de nombreux joueurs et instruments. Pour produire une ouverture acceptable, il doit y avoir une partition musicale et un conducteur. La métacognition est la partition et le conducteur » [34]. Pour Flavell, en 1976, [35] : « la

métacognition fait référence à la connaissance qu'on a de ses propres processus cognitifs et de leurs produits ou de ce qui leur est relié. La métacognition se rapporte, entre autres, au contrôle actif, à la régulation et à l'orchestration de ces processus en fonction des objets cognitifs et des données sur lesquels ils portent habituellement pour servir un objectif ou un but concret ».

2. Aspects de la métacognition

Le concept de métacognition a fait l'objet de nombreuses études à partir des années 1960-1970. Selon Flavell, le suivi de processus cognitifs se fait à travers des interactions entre l'action à réaliser, les connaissances métacognitives, les expériences métacognitives et les stratégies métacognitives [36].

a. Les connaissances ou croyances métacognitives

Ce sont les croyances que chacun a de ses processus cognitifs et des caractéristiques de leur fonctionnement. Ces connaissances sont sollicitées lors de la réalisation d'une tâche et en influencent le déroulement et le résultat. Elles sont relatives à la personne, à la stratégie et à la tâche. Par exemple :

- Une personne peut estimer qu'elle a une meilleure mémoire pour les chiffres que d'autres personnes de son entourage (connaissance relative à la personne).
- Répéter plusieurs fois une information va aider à la mémoriser (connaissance relative à la stratégie).
- Un individu peut se sentir plus apte à retenir un texte présenté de manière auditive qu'un texte présenté à l'écrit (connaissance relative à la tâche). [37]

b. Les expériences métacognitives

Elles sont impliquées dans la planification, la surveillance et le contrôle d'une activité cognitive en cours. Elles fournissent un « retour » d'informations sur l'efficacité des stratégies utilisées et sur la progression vers l'objectif de l'activité.

Nous pouvons prendre comme exemple la préparation d'un examen. Un étudiant effectue une première session de révisions. Une fois celle-ci terminée, il se questionne sur son degré de savoir et de compréhension. S'il peut répondre aux questions susceptibles d'être posées, il a le sentiment de savoir, il arrête alors ses révisions. Si, au contraire, il n'est pas en mesure de

répondre, il va adapter son comportement en fonction de son degré de sentiment de savoir, en retravaillant ses cours, soit avec les mêmes stratégies d'apprentissage, soit en les modifiant s'il constate qu'elles ne sont pas assez efficaces.

Les expériences métacognitives surviennent notamment au cours de tâches cognitives nouvelles ou difficiles. Les connaissances et les expériences métacognitives sont complémentaires, les connaissances métacognitives sont enrichies par les informations issues des expériences métacognitives qui font appel réciproquement au savoir stocké dans les connaissances métacognitives. [37]

c. Les stratégies métacognitives

Les stratégies métacognitives se rapportent aux stratégies spécifiques que les individus utilisent pour contrôler ou modifier leur pensée. Elles dépendent des connaissances métacognitives et des modèles internes que les individus ont sur le fonctionnement de leurs cognitions et de leurs émotions.

Les stratégies sélectionnées peuvent intensifier, supprimer ou modifier la nature des activités cognitives. Par exemple, afin d'améliorer un apprentissage, nous pouvons utiliser des stratégies comme relire des exercices, répéter la tâche, solliciter une personne expérimentée, revoir la théorie ou encore utiliser des moyens mnémotechniques.

Certaines stratégies visent à réduire les pensées ou les émotions négatives en modifiant les aspects de la cognition. Et certaines sont contre-productives sur le long terme comme la rumination, l'inquiétude, les suppressions de certaines pensées, l'analyse des expériences pour trouver des réponses, les tentatives de prédictions de ce qui pourrait arriver dans le futur afin d'éviter des problèmes.

Les connaissances métacognitives, les expériences et les stratégies sont interdépendantes et fonctionnent ensemble. [34]

3. Métacognition et dépression

a. Théorie métacognitive de Wells

Wells et Matthews [38] ont développé une théorie générale qui explique notamment la dépression et l'anxiété en plaçant la métacognition au centre des explications physiopathologiques. Elle est basée sur le fait que les croyances métacognitives sont à l'origine de stratégies inadaptées qui contribuent au développement et à la persistance des troubles psychiques. Dans cette théorie, on retrouve le modèle métacognitif des troubles psychologiques : *Self-Regulatory Executive Function Model* (S-REF) et le *Cognitive Attentional Syndrom* (CAS) que l'on détaille ci-après. Cette approche métacognitive de la dépression a conduit à l'élaboration d'une thérapie basée sur la métacognition : la thérapie métacognitive (MCT).

i. Le « *Self-regulatory executive function model* »

Ce modèle est basé sur une architecture cognitive à 3 niveaux (Fig. 2) :

- un niveau inférieur composé de processus automatiques et réflexes. Il est non conscient et alimenté par des stimuli internes ou externes (sensations corporelles, émotions, cognitions).
- un niveau médian composé de processus volontaires, contrôlés : le S-REF, dépendant des ressources attentionnelles et des croyances sur soi venant du niveau supérieur.
- un niveau supérieur, métacognitif, de connaissances stockées dans la mémoire à long terme contenant les croyances personnelles sur soi et sur les règles implicites qui guident les processus cognitifs.

Le S-REF se déclenche quand un stimulus est considéré comme une menace. L'information « menace » sort du processus automatique réflexe (niveau inférieur) pour faire intrusion dans le niveau contrôlé (niveau médian) afin de demander de l'attention pour une évaluation consciente du stimulus. Les croyances personnelles (niveau supérieur) vont alors permettre de choisir le plan de traitement adéquat. La réussite ou l'échec du traitement contrôlé du stimulus va engendrer une rétroaction au niveau des croyances personnelles. [38]

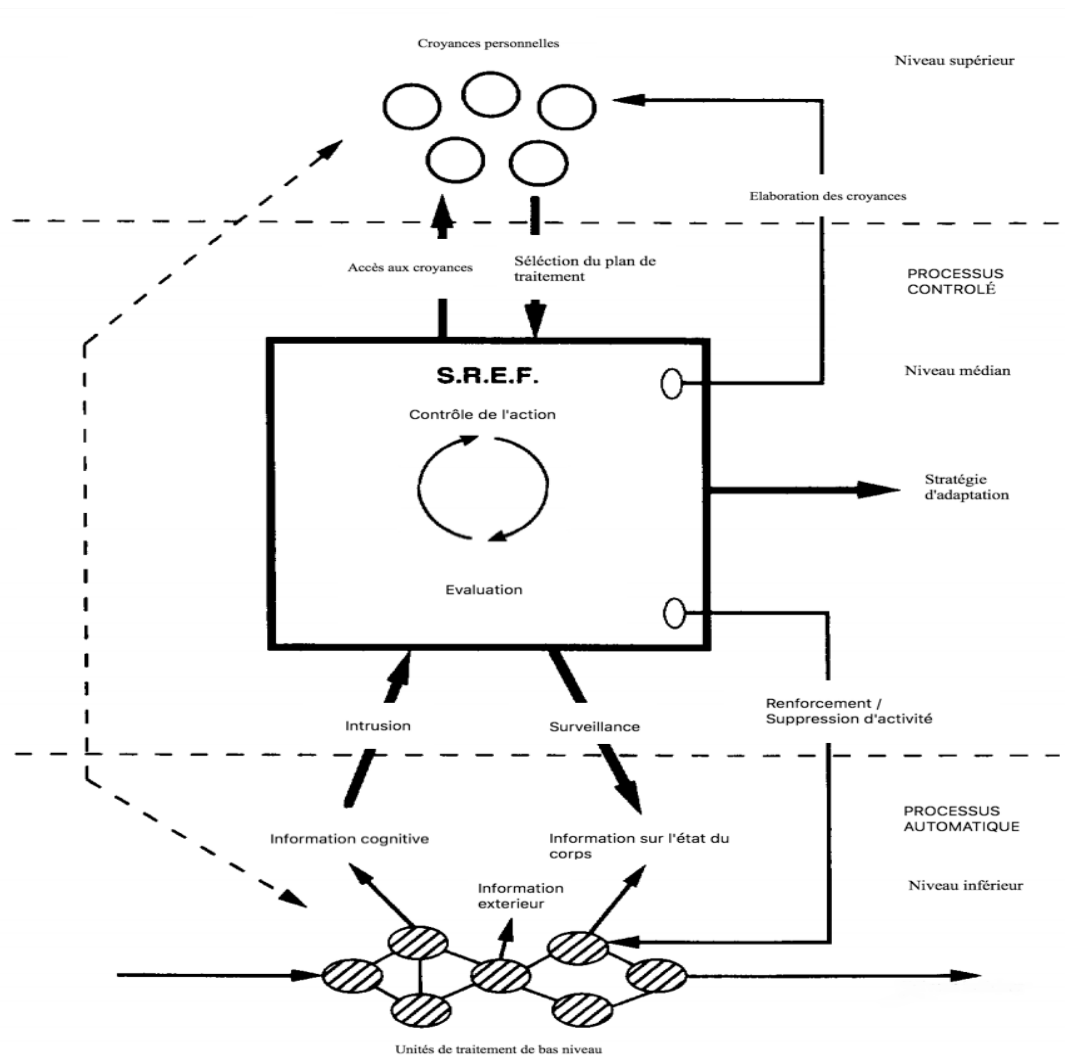


Figure 2 : Modèle d’auto-régulation de la fonction exécutive : S-REF par Wells et Matthews 1996 [38]

ii. Le « Cognitive attentional syndrom »

Le CAS correspond à un fonctionnement cognitif rigide avec une persistance de l’activité du S-REF. Le CAS maintient l’émotion et renforce les idées négatives en favorisant la persistance du sentiment de menace. Le CAS va résulter d’un style particulier de gestion des pensées et des émotions caractérisé par une attention focalisée sur soi, des pensées répétitives négatives (ruminations et inquiétudes), des stratégies attentionnelles de surveillance des menaces, des stratégies dysfonctionnelles de contrôle de la pensée (suppression de pensées) ou encore des comportements d’adaptation comme l’évitement.

Les croyances métacognitives positives et négatives que l’individu a de son fonctionnement cognitif causeraient la persistance de l’activité du S-REF et de l’activation du CAS. C’est parce qu’un individu a certaines croyances qu’il qualifie d’utiles, qu’il aura tendance à utiliser des

stratégies comme ressasser ses difficultés, être pessimiste, s'inquiéter ou surveiller excessivement son environnement. Par exemple :

- « analyser les causes de ma tristesse me donnera la réponse à mon problème » ;
- « il vaut mieux être pessimiste qu'être déçu » ;
- « Penser le pire me fera sortir de là, m'aidera à être mieux préparé ».

Et paradoxalement, c'est aussi parce qu'un individu croit que ses pensées sont dangereuses ou incontrôlables, qu'il tentera de les supprimer ou de les contrôler. [34]

iii. Les croyances métacognitives dysfonctionnelles positives et négatives

En effet, Wells, dans son livre sur la thérapie métacognitive sur la dépression et l'anxiété [34], explique que les individus ont des croyances positives et négatives sur la pensée. Ces croyances vont influencer leur évaluation des événements. Les croyances métacognitives positives concernent les avantages de l'inquiétude de la rumination et de la surveillance des menaces. En surface, ces croyances peuvent paraître raisonnables. Par exemple :

- « Si je m'inquiète, je serai préparé »
- « Mettre l'accent sur le danger me permettra de rester en sécurité »
- « Si j'analyse pourquoi je ressens cela, je trouverai des réponses »
- « Je dois contrôler mes pensées ou sinon je risque de faire quelque chose de mal »

Les croyances métacognitives négatives sont des croyances concernant l'incontrôlabilité, la signification, l'importance et la dangerosité des pensées et des expériences cognitives. Par exemple :

- « Je n'ai aucun contrôle sur mes pensées, sur mes inquiétudes »
- « Je pourrais endommager mon esprit en m'inquiétant »
- « La détresse psychologique peut me faire perdre la tête »
- « Les pensées incontrôlables sont un signe de folie »
- « Si je me sens anxieux, c'est que je dois être en danger »

Ces croyances métacognitives peuvent être à l'origine de styles de réponse inadaptés, qui à leur tour contribuent au développement et à la persistance du trouble psychologique.

Plusieurs études ont observé que les croyances métacognitives ont un effet significatif sur la dépression et son évolution. L'étude de Delavar *et al.* [39] a montré que les croyances métacognitives négatives sont corrélées avec la dépression. De leur côté, Papageorgiou et Wells ont démontré que les croyances métacognitives positives sur la rumination sont significativement et positivement associées à la rumination et à la dépression. [40-42]

Papageorgiou et Wells vont préciser ce modèle (Fig.3) sur la rumination et la dépression en suggérant que les croyances métacognitives sur la rumination sont une stratégie d'adaptation issues des croyances métacognitives positives : « ruminer m'aidera à comprendre pourquoi cela m'arrive ». Ces croyances conduisent à l'utilisation de la rumination pour faire face au stress. Cependant ce type de stratégie aboutit à des évaluations négatives de la maîtrise et des conséquences de la rumination et donc à des croyances métacognitives négatives : « je n'arriverai pas à m'arrêter de penser, je n'ai pas de contrôle sur mes pensées ». [40]

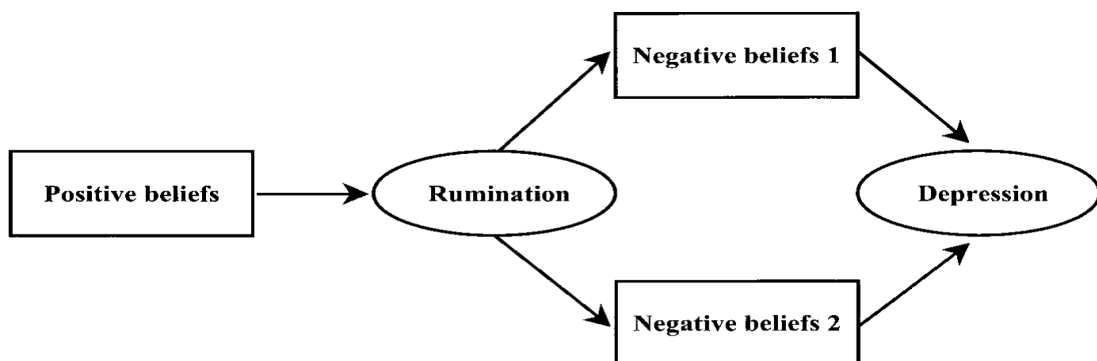


Figure 3 : Modèle métacognitif clinique de rumination et de dépression (Papageorgiou et Wells, 2003) [41]

Les croyances métacognitives positives (*positive beliefs*) sur les avantages et les bénéfices de la rumination sont susceptibles de motiver les individus à s'engager dans une rumination soutenue. Une fois la rumination activée, les individus jugent alors ce processus à la fois incontrôlable et nuisible (croyances métacognitives négatives 1: *negative beliefs 1*) et susceptible de produire des conséquences sociales et interpersonnelles préjudiciables (croyances métacognitives négatives 2 : *negative beliefs 2*). L'activation des croyances négatives et la rumination contribuent alors à la dépression. Cela est responsable d'un cercle vicieux de ruminations, de dépression et de croyances métacognitives contribuant au maintien de la dépression.

La thérapie métacognitive met l'accent sur la remise en question de ces croyances métacognitives et entraîne les patients à se désengager des stratégies métacognitives dysfonctionnelles comme l'attention focalisée sur soi, les ruminations ou inquiétudes, le contrôle de la pensée ou encore l'évitement [34].

Il existe différents questionnaires qui permettent d'évaluer les croyances métacognitives dont un des plus utilisés est le *Métacognitive Questionnaire* à 30 items (MCQ-30).

D. LES NIVEAUX D'INTERPRETATION

Selon la théorie de l'identification de l'action élaborée par Vallacher et Wegner en 1987 [43], toute action peut être interprétée à différents niveaux d'abstraction. Une interprétation dite de « haut niveau » véhicule une compréhension générale de l'action indiquant pourquoi elle est réalisée et quelles en sont les causes et conséquences, cela correspond à une interprétation abstraite. Et une interprétation dite de « bas niveau » se focalisant sur les détails et les spécificités de l'action qui correspond à une interprétation concrète.

On entend par niveau d'interprétation, la façon avec laquelle un individu va interpréter les événements de la vie quotidienne et orienter les résolutions de problème. On fait la distinction entre une interprétation abstraite et une interprétation concrète. Watkins et Moulds [4] ont mis en évidence deux modes de rumination: un mode « concret ou expérientiel » et un « mode abstrait ou analytique ». Selon lui, les conséquences positives ou négatives des ruminations ne résident pas dans le contenu mais dans la manière dont l'information est traitée dans les ruminations.

1. Le mode de pensée concret ou expérientiel

Les pensées qui résultent d'un mode concret ou expérientiel se caractérisent par une attention focalisée sur l'expérience directe de la situation actuelle, dans le moment présent. Cette attention inclut les émotions actuelles, les détails du contexte et la manière dont la situation évolue moment après moment. Ce mode de pensée peut être qualifié de constructif, basé sur une élaboration détaillée et spécifique des moyens à mettre en œuvre pour résoudre le problème. La pensée concrète ou expérientielle permet de se poser la question : « comment ? ».

2. Le mode de pensée abstrait ou analytique

Ces pensées proviennent d'une attention focalisée sur les causes et les conséquences de l'état psychologique de l'individu et consistent en des interrogations sur les raisons pour lesquelles l'humeur ou les événements associés se sont produits. Le but de ces pensées est d'analyser la signification des événements. Par leur caractère abstrait, ces pensées ne permettent pas la mise en œuvre de stratégies de résolution de problèmes efficaces. Ce mode de pensée peut être qualifié de non constructif, il induit la question : « pourquoi ? ».

3. Pensée abstraite et dépression

Watkins *et al.* [44] ont montré que la pensée abstraite (de haut niveau) était associée à la vulnérabilité émotionnelle, à l'humeur dépressive et à de faibles capacités de résolution de problèmes. La pensée concrète, quant à elle, permettait une meilleure récupération après l'exposition à un événement stressant, à une protection contre les baisses d'humeur et à de meilleures capacités de résolution de problèmes. Dans une étude de 2005, Watkins et Moulds [4] ont retrouvé que les patients déprimés ont une pensée plus abstraite que les non déprimés pendant les tentatives de résolution de problèmes suggérant que ces patients déprimés ont un style de pensée abstrait. Dans une autre en 2007 [45], ils montrent que les patients souffrant d'un syndrome dépressif caractérisé utilisent moins de descriptions concrètes.

La thérapie cognitive centrée sur les ruminations vise à modifier le mode de pensée analytique-abstrait en favorisant un mode de pensée concret-expérientiel. Elle a montré son efficacité dans la réduction des symptômes dépressifs résiduels [31, 46].

Le *Processing Mode Questionnaire* (PMQ) est un des questionnaire pouvant être utilisé pour mesurer le caractère abstrait ou concret de la résolution des problèmes.

4. Pensée concrète et pleine conscience

a. Définition et principes généraux de la pleine conscience

La pleine conscience ou *mindfulness* est un concept à visée thérapeutique qui fait partie de la troisième vague de thérapies cognitivo-comportementales. Elle a comme définition la plus utilisée, celle introduite par Kabat-Zinn en 1990 pour décrire son programme thérapeutique de réduction du stress (MBSR : *Mindfulness Based Stress Reduction*) : « un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement au moment présent, sans juger, sur l'expérience qui se déploie moment après moment ». [47]

Pour Heeren et Philippot, cet état de pleine conscience résulte du maintien de l'attention sur un stimulus (ou un pattern de stimuli) donné, dont « l'expérience présente » constitue le stimulus essentiel. Cette « expérience présente » fait référence tant aux données sensori-motrices (ce que l'individu voit, entend, sent...etc.), cognitives (les pensées et les images mentales), qu'émotionnelles qui surgissent spontanément dans le champ de la conscience. En outre, une attitude de non-jugement est également impliquée. Cette attitude consiste à accepter toutes les facettes de l'expérience présente, quelle qu'en soit la valence émotionnelle. En ce sens, l'élément décisif est donc d'entraîner l'attention à ne pas être capturée par les « a priori » associés à une expérience donnée. [48]

Wells définit la pleine conscience comme un état de vigilance détachée, un type de conscience intérieure, mais en l'absence d'un traitement actif de soi. C'est la conscience du flux et du reflux automatique et non-volontaire des événements internes, principalement des pensées. Dans cet état, la personne est « décentrée cognitivement », ce qui signifie que les pensées sont vues comme des objets de l'esprit, séparés de la réalité. Cela nécessite donc la suspension des pensées analytiques et persévératives habituelles. Par exemple : décider de ne pas s'inquiéter en réponse à une pensée intrusive, mais permettre à la pensée d'occuper son propre espace mental sans interprétation en se disant qu'il s'agit d'un simple événement mental. [49]

Pour Bishop *et al.* [50] la disposition à la pleine conscience est une capacité métacognitive. Elle implique une auto-régulation de l'attention. Quand, lors d'un exercice de pleine conscience, l'attention est capturée par un distracteur, il faut pouvoir en prendre conscience, s'en désengager et ensuite réengager l'attention sur le point de focalisation déterminé par l'exercice. Elle

implique également une orientation vers l'expérience en prenant conscience de la capture automatique de l'attention par différentes pensées, émotions ou sensations corporelles surgissant à l'esprit. Cette prise de conscience s'accompagne d'une modulation de l'attention, de sorte à observer avec curiosité les différents aspects de l'expérience qui se déploient, sans volonté de les modifier ou de les éviter. Cela doit amener à un réengagement volontaire de l'attention sur les aspects expérientiels et spécifiques de l'expérience émotionnelle.

La pleine conscience est parfois assimilée, voire confondue, avec les pratiques de méditation. Cependant, la pleine conscience n'est pas simplement un résultat de la méditation même si la méditation peut s'avérer être un moyen efficace pour augmenter cette disposition [51]. Selon Brown et Ryan, la pleine conscience est une capacité naturelle, présente chez tous les individus à des degrés divers. Elle facilite des modes de réponse plus adaptatifs aux événements et aide à minimiser les comportements automatiques. Un niveau faible de pleine conscience est associé à des symptômes dépressifs et à des attitudes non-adaptatives. En revanche, une attention portée sur le moment présent est associée à un fort niveau d'optimisme et d'estime de soi. La pleine conscience a été corrélée positivement avec les stratégies de régulation émotionnelles adaptatives tels que l'acceptation et l'abandon de pensées négatives, une capacité de compréhension accrue et un développement des aptitudes permettant de repérer et de corriger les ressentis déplaisants. [52]

b. Liens avec la pensée concrète

En 2011, Heeren et Phillipot ont réalisé une étude [53] montrant que l'entraînement à la pleine conscience est efficace parce qu'il réduit la rumination inadaptée et augmente les pensées concrètes caractéristiques des pensées adaptatives. En effet, un style de pensée concret nécessite notamment d'avoir certaines aptitudes comme l'observation et la conscience de l'action avec une attention particulière aux gestes.

Baer *et al.* ont élaboré [54] une échelle, *Five facet mindfulness questionnaire* (FFMQ), afin d'évaluer la disposition à la pleine conscience en mesurant cinq facettes : la capacité d'observation, de description, l'action en pleine conscience, le non jugement et la non réactivité des expériences intérieures (sentiments, émotions).

5. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1. Hypothèses de l'étude

Il existe différentes propositions psychopathologiques concernant la genèse et la persistance d'un épisode dépressif caractérisé, comme la présence de pensées persévératives, de métacognitions dysfonctionnelles ou encore d'un mode de pensée abstrait.

Nous avons souhaité préciser les liens entre les pensées persévératives, la métacognition et les niveaux d'interprétation avec la sévérité de la dépression et son évolution, au sein d'une population de patients atteint d'un syndrome dépressif caractérisé.

Pour cela, nous avons effectué un travail collaboratif. Nous présentons ici la deuxième partie d'une recherche menée sur ce sujet par un collègue dont les résultats ont été présentés lors de sa soutenance de thèse en octobre 2017. Cette première étude quantitative, observationnelle et transversale était exploratoire sur 15 patients. Elle émettait l'hypothèse que la métacognition et la pleine conscience étaient les médiateurs du lien entre les pensées persévératives et le mode de pensée sur l'humeur.

Les résultats ont pu confirmer partiellement cette hypothèse en montrant un effet de médiation par la métacognition du lien entre le mode de pensée abstrait et la sévérité de la dépression. En d'autre terme, il a été retrouvé que le lien entre le mode de pensée abstrait et la sévérité de la dépression se faisait par l'intermédiaire de la métacognition. Par ailleurs, les résultats ont révélé que la plus forte corrélation retrouvée avec la sévérité de la dépression était celle avec les pensées persévératives.

Nous nous sommes donc intéressés à cette corrélation en voulant vérifier si nous retrouvions que les pensées persévératives médiatisaient le lien entre les différentes variables non affectives (métacognitions dysfonctionnelles, mode de pensée abstrait et pleine conscience) avec la sévérité de la dépression, avec vérification de cela à plusieurs moments évolutifs d'un épisode dépressif caractérisé. Nous avons suivi les 15 patients avec des mesures à trois mois et demi et à sept mois.

a. Premières hypothèses

Notre première hypothèse était que les liens entre la sévérité de la dépression et les variables non affectives que sont la métacognition, le mode de pensée abstrait, et la disposition à la pleine conscience étaient médiatisés par les pensées persévératives. C'est-à-dire que ces liens existaient par l'intermédiaire des pensées persévératives.

Nous avons vérifié cela à trois temps de l'évolution d'un épisode dépressif caractérisé au sein d'une population clinique, à l'inclusion (T0), à trois mois et demi (T1) et à sept mois (T2).

b. Deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse concernait l'aspect évolutif, c'est-à-dire que le niveau des pensées persévératives initialement retrouvé au diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé (T0) influençait son évolution. Nous avons émis l'hypothèse que les liens retrouvés entre la métacognition, le mode de pensée abstrait, et la disposition à la pleine conscience avec la sévérité de la dépression à 7 mois d'évolution, étaient médiatisés par les pensées persévératives.

2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, observationnelle et prospective sur 7 mois avec trois temps d'évaluation : à l'inclusion (T0), à trois mois et demi (T1), à sept mois (T2). Cette étude a obtenu un accord favorable du comité de protection des personnes secteur Nord Ouest II. Il s'agissait d'une étude exploratoire puisque qu'il n'a été inclus que 15 patients et que nous n'avons pu effectuer les analyses statistiques que sur les 11 patients restant dans l'étude à 7 mois. Les résultats présentés dans ce travail sont préliminaires, l'objectif étant de poursuivre cette étude en augmentant la taille de l'échantillon.

III. MATERIEL ET METHODES

A. Déroulement de l'étude

1. Participants

L'inclusion s'est effectuée au sein de patients hospitalisés dans l'unité de psychiatrie adulte (UPA) sur la période de février 2017 à juin 2017. L'UPA est un service de psychiatrie du centre hospitalier Philippe Pinel situé au sein du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens. Ce service prend en charge des patients consentants aux soins, présentant généralement des troubles dépressifs, anxieux ou de la personnalité, avec ou sans idées suicidaires et avec ou sans passage à l'acte suicidaire.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- la présence d'un tableau clinique d'épisode dépressif caractérisé objectivé par le questionnaire : *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) ;
- un âge compris entre 18 ans et 65 ans.

Les critères de non-inclusion dans l'étude étaient :

- la présence d'une pathologie addictive actuelle, d'une psychose ou d'une maladie bipolaire ;
- la présence d'antécédent de maladie cérébrale organique ;
- la réalisation de séances de sismothérapie dans les 6 derniers mois.

Un formulaire d'information et de consentement était remis au patient (Annexe 1). Son consentement écrit était requis pour l'inclusion.

2. Passation des questionnaires

Plusieurs questionnaires ont été soumis aux patients à différents moments de l'évolution de la dépression: lors de l'inclusion (T0), à trois mois et demi (T1), puis à sept mois après l'inclusion (T2). Nous souhaitions couvrir l'évolution d'un épisode dépressif caractérisé (six à huit mois), d'un point de vue organisationnel nous nous sommes arrêtés à sept mois et avons choisi d'effectuer une mesure intermédiaire (trois mois et demi).

Un questionnaire, le MINI, n'a été soumis aux patients que lors de la première rencontre. Il permettait l'inclusion des patients en objectivant le syndrome dépressif caractérisé et en éliminant la psychose, la maladie bipolaire et les addictions.

Dix questionnaires ont été présentés aux patients à T0, T1 et T2 :

- Cinq questionnaires sur les variables affectives qui, en plus d'évaluer la présence et la sévérité de la dépression, caractérisaient le niveau d'anxiété, le sentiment de culpabilité, l'anhédonie et l'activation comportementale afin de préciser la prépondérance de certains symptômes et d'éclaircir les corrélations retrouvées avec les variables non affectives.

- Quatre questionnaires sur les variables non affectives qui évaluaient les pensées persévératives, les métacognitions, le mode de pensée abstrait ou concret et la disposition à la pleine conscience.
- Un questionnaire sur les caractéristiques sociodémographiques.

Afin de s'assurer d'un traitement antidépresseur à dose efficace et bien conduit et de la présence associée d'une psychothérapie, les patients inclus ont rempli un questionnaire à propos de leurs traitements, à trois mois et demi et à sept mois.

Les questionnaires étaient présentés sous la forme d'un tableau Excel sur un écran d'ordinateur. Ils étaient invités à les remplir seul en cochant les cases ou en inscrivant le numéro qui désignait leur réponse en face de la question correspondante.

Pour les réévaluations, après contact téléphonique, les patients ont, pour la plupart, été revus à l'UPA afin de répondre à nouveau aux questionnaires. Ceux ne pouvant pas ou ne souhaitant pas se déplacer ont pu répondre chez eux par voie postale ou via internet (les questionnaires étaient présentés au patient via la plateforme « Google Forms »).

3. Présentation des questionnaires

a. Inventaire de dépression de Beck (BDI-II : *Beck depression inventory-II*)

Constitué de 21 items, le BDI-II [55] évalue la présence et la sévérité des symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines. La version française de cette échelle a été validée en 1982 [56]. Chaque item est gradué par 4 niveaux d'intensité permettant de coter de 0 à 3. Le score global constitué de la somme des cotations indique la présence et la gravité de la dépression. De 0 à 13 : absence de dépression, de 14 à 19 : dépression légère, de 20 à 28 : dépression modérée, de 29 à 63 : dépression sévère. (Annexe 2)

b. Inventaire d'anxiété de Beck (BAI: *Beck anxiety inventory*)

Le BAI [57] évalue la présence et la sévérité de l'anxiété sur la semaine qui s'est écoulée à l'aide de 21 items dont il faut coter l'intensité : de 0 (pas du tout) à 3 (beaucoup). Le score global calculé en additionnant la cotation de chaque item indique : de 0 à 9 : normal ou pas d'anxiété, de 10 à 18 : anxiété légère à modérée, de 19 à 29 : anxiété modérée à sévère, de 30 ou plus : anxiété sévère. (Annexe 3)

c. Echelle d'évaluation dimensionnelle de l'anhédonie (DARS : *dimensional anhedonia rating scale*)

La DARS, a été développée par Rizvi *et al.* [58] en 2015, elle mesure l'anhédonie dans 4 domaines différents : les passe-temps (de nature non sociale), le plaisir alimentaire, les activités sociales et les expériences sensorielles. Dans chaque domaine, les participants doivent fournir au moins deux exemples et par la suite répondre à des questions standardisées sur le désir, la motivation, l'effort et le plaisir consommateur de ces activités. Plus le score est **élevé**, plus l'anhédonie est **faible**. (Annexe 4)

d. Inventaire de culpabilité (GI : *guilt inventory*)

Cet auto-questionnaire traduit en français en 2010 [59] évalue le sentiment de culpabilité. On y retrouve 45 items répartis en 3 échelles: 20 items mesurant le sentiment de culpabilité « trait » (ex : « d'aussi loin que je m'en souviens, la culpabilité et les remords ont fait partie de ma vie »), 10 items mesurant le sentiment de culpabilité « état » (ex : « récemment j'ai fait quelque chose que je regrette profondément ») et 15 items concernant les standards moraux (ex : « je crois en une interprétation rigoureuse de ce qui est bien et de ce qui est mal »). Nous avons utilisé la sous-échelle de 10 items évaluant la culpabilité « état ». Plus le score est élevé, plus la culpabilité est forte. (Annexe 5)

e. Echelle dimensionnelle d'activation comportementale-version courte (BADS-SF : *the behavioral activation for depression scale-short form*)

L'activation comportementale fait référence au niveau d'engagement dans les activités. Le syndrome dépressif induit une diminution de cet engagement, que ce soit pour des activités agréables ou domestiques. Par l'intermédiaire de 9 items, cette échelle créée par Manos *et al.* en 2011 [60] et traduite en français par Wagener *et al.* [61] en 2014 mesure l'activation comportementale en évaluant deux facteurs, l'activation et l'évitement qui vont composer les deux sous échelles du score global. Plus ce score est élevé, plus il y a d'activation comportementale. (Annexe 6)

f. Questionnaire de pensées persévératives (PTQ : *perseverative thinking questionnaire*)

Ce questionnaire développé en 2011 par Ehring *et al.* [32] est composé de 15 items et a pour but d'évaluer la présence et les caractéristiques des pensées persévératives. Les items doivent être quantifiés sur une échelle allant de 0 (jamais) à 5 (presque toujours). L'analyse des résultats se base sur cinq sous-scores dégagant ainsi les caractéristiques principales des pensées: répétitives (« les mêmes pensées continuent à traverser mon esprit encore et encore »), intrusives (« des pensées s'immiscent dans mon esprit »), improductives (« je pense à beaucoup de problèmes sans réussir à en résoudre un seul »), la difficulté à s'en dégager (« je ne peux pas m'arrêter d'y penser ») et le caractère envahissant qui capture les capacités mentales (« je ne peux rien faire d'autre quand je suis en train de penser à mes problèmes »). Plus le score est élevé, plus les pensées persévératives sont importantes. (Annexe 7)

g. Questionnaire de métacognition (MCQ-30 : *metacognition questionnaire-30 items*)

Le MCQ-30 est la version abrégée du MCQ développée par Wells et Cartwright-Hatton en 2004 [62] et mesure d'une façon multidimensionnelle les facteurs métacognitifs impliqués dans le développement et la persistance des troubles psychiques. Il comporte cinq sous-échelles :

- Les croyances positives sur l'inquiétude : « l'inquiétude m'aide à éviter les problèmes qui pourraient survenir ». Ces croyances comprennent également les éléments qui suggèrent que l'inquiétude est essentielle à une personnalité normale.
- Les croyances négatives sur l'incontrôlabilité et le danger de l'inquiétude: « quand je commence à me tracasser, je ne peux pas m'arrêter », « le fait de m'inquiéter est dangereux pour moi ».
- Le manque de confiance cognitive, c'est-à-dire, le manque de confiance en ses capacités d'attention et de mémoire : « Je n'ai pas confiance en ma mémoire ».
- Les croyances négatives concernant le besoin de contrôle de ses pensées et les conséquences de l'absence de contrôle : « le fait de ne pas pouvoir contrôler mes pensées est un signe de faiblesse », « je serai puni(e) pour ne pas avoir contrôlé certaines pensées », avec une dimension de superstition et de punition si l'individu a eu certaines pensées.
- La conscience de ses propres pensées (réflexivité cognitive): « je suis conscient de la façon dont mon esprit fonctionne quand j'examine un problème en détail ».

Des scores élevés à ces différentes sous-échelles manifestent des dysfonctionnements métacognitifs. (Annexe 8)

h. Questionnaire des cinq facettes de la pleine conscience (FFMQ : *five facets mindfulness questionnaire*)

Cet auto-questionnaire créé par Baer *et al.* [54] et validé en français par Heeren *et al.* [64] évalue la disposition à la pleine conscience. Il contient 39 items qu'il faut noter sur une échelle allant de 1 (jamais ou très rarement vrai) à 5 (très souvent à toujours vrai). Le score global est structuré par 5 facettes de la pleine conscience :

-l'observation c'est-à-dire la capacité à remarquer les stimuli intérieurs et extérieurs comme les odeurs, les sensations corporelles, les émotions, les cognitions : « je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures. »

-la description c'est-à-dire la capacité à transcrire les expériences en mots : « je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments. »

-l'attention aux gestes ou l'action en pleine conscience c'est-à-dire la participation consciente aux activités : « quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e). »

-le non-jugement des expériences intérieures (pensées, sentiments) : « lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée ou image. »

-la non-réactivité des expériences intérieures c'est-à-dire la capacité à laisser aller les sentiments et pensées sans se laisser emporter par eux : « lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir. »

Plus les sous-scores sont élevés, plus le fonctionnement en pleine conscience est développé. (Annexe 9)

i. Questionnaire de mode de traitement (PMQ: *processing mode questionnaire*)

Ce questionnaire [63] a été utilisé afin d'analyser le mode de pensée préférentiel devant des événements négatifs de la vie quotidienne. Il est illustré par 8 photographies représentant des situations inattendues et déplaisantes. Chaque photographie est suivie de deux récits décrivant deux façons de réagir devant la situation : soit l'individu se pose la question du « comment »

illustrant une résolution concrète des événements, soit il se pose la question du « pourquoi » illustrant une résolution abstraite. (Annexe 10)

Par exemple, sous la photographie représentant un accident de voiture, deux possibilités (1 et 2) sont proposées :

- 1 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il devient nerveux et des pensées lui viennent à l'esprit : « je suis malchanceux ! », « comment puis-je résoudre cela maintenant ? », « quel est la meilleure solution que je puisse trouver ? », « Et si G. était dans cette situation, comment ferait-il ? » « Quelle stratégie alternative puis-je utiliser ? ».
- 2 : Pour M. c'était vraiment inattendu. Il devient nerveux et des pensées lui viennent à l'esprit. Tournant autour de la voiture, il commence à penser : « pourquoi ça m'arrive à moi ? », « pourquoi suis-je si malchanceux ? », « je vais être en retard au travail », « pourquoi je me mets toujours dans ces situations ? », « pourquoi suis-je si tête en l'air ? », « je dois comprendre pourquoi cela m'est arrivé », « je devrais réfléchir à la manière de gérer ma vie ».

Dans le premier scénario, l'individu se pose la question du « comment » et dans le second, il se pose la question du « pourquoi ». Après avoir décrit la photographie, on demande au patient de choisir le scénario qui se rapproche le plus de sa façon de réagir.

Dans les analyses de corrélations, les régressions linéaires et les analyses de médiation, nous ne considérerons que les réponses « pourquoi » caractérisant un mode de pensée abstrait. Cela apparaîtra dans les tableaux avec la dénomination : PMQ-P (PMQ-Pourquoi).

j. Autres questionnaires

- Questionnaire sur les données sociodémographiques où il était demandé l'âge, le sexe, la situation familiale, le statut parental, la situation professionnelle et le niveau scolaire. Lors de l'inclusion, le patient devait préciser si l'hospitalisation était consécutive à une tentative de suicide et s'il avait déjà été hospitalisé en psychiatrie par le passé. Lors de la réévaluation à 7 mois, deux questions ont été ajoutées afin de savoir si le patient avait eu une période d'au moins deux mois consécutifs sans symptômes afin de préciser l'évolution de la dépression. Mais aussi s'il avait pu reprendre le travail après l'hospitalisation pour évaluer le retentissement de la dépression ou d'une rémission partielle.

- Questionnaire des traitements qui a été créé afin de connaître quel traitement antidépresseur était prescrit au patient depuis les trois derniers mois, à quelle posologie et si la prise était bien quotidienne afin de valider la délivrance d'un traitement bien conduit. Il fallait également que le patient indique s'il bénéficiait d'une psychothérapie comme le précise les recommandations de la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé.

B. Méthodes statistiques utilisées

Afin d'analyser les réponses des patients et de vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé une analyse de la variance à l'aide d'ANOVA non paramétriques, une analyse des coefficients de corrélation linéaire, des régressions linéaires multiples et pour finir des analyses de médiation. Nous détaillerons ces méthodes dans la partie « résultats » afin de faciliter la compréhension.

IV. RESULTATS

A. Statistiques descriptives

1. Variables sociodémographiques

L'étude a inclus initialement 15 patients, deux patients se sont retirés pour l'évaluation à trois mois et demi, et deux patients ont été perdus de vue. Nous avons donc effectué les statistiques auprès des 11 patients ayant participé entièrement à l'étude.

- On retrouvait 9 femmes et 2 hommes avec un âge moyen de 47.6 ans. Concernant leur situation sentimentale, 36.4% étaient divorcés, 27.3% étaient célibataires, 27.3% étaient mariés ou pacsés et 9% vivaient en concubinage. Dans notre échantillon, 81.8% avaient un ou plusieurs enfants. Sur le plan professionnel, 45.5% exerçaient un emploi à temps complet, 18.2% avaient un emploi à temps partiel et 36.4% étaient sans emploi. Environ la moitié des patients avaient un niveau inférieur au baccalauréat. (Tableau 1)

- Parmi les 11 patients, 100% ont bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse de posologie efficace et de durée suffisante ainsi qu'une prise en charge psychothérapeutique. Sur le plan évolutif, nous avons pu observer 9% de rémission totale, 36,4% de rémission partielle, 36,4% de rechute, 9% de récurrence, 9% de persistance de la dépression. Sur les 7 patients qui avaient un emploi (temps plein ou partiel), 5 patients, soit 71.4%, n'ont pas repris le travail ou sont arrêtés très fréquemment à sept mois d'évolution de l'épisode dépressif caractérisé. (Tableau 2)

Tableau 1 : Description des données socio-professionnelles de notre échantillon

		Effectif	Pourcentage
Sexe	Homme	2	18,18
	Femme	9	81,81
Situation sentimentale	Célibataire	3	27,27
	Concubinage	1	9,09
	Marié ou Pacsé	3	27,27
	Divorcé	4	36,36
Statut parental	Sans enfant	2	18,18
	Avec enfant	9	81,81
Niveau scolaire	Inférieur au Bac	6	54,54
	Baccalauréat	3	27,27
	Bac +2	2	18,18
Situation professionnelle	Sans emploi	4	36,36
	Mi-temps	2	18,18
	Temps complet	5	45,45

Tableau 2 : Description de la prise en charge et de l'évolution de l'EDC dans notre échantillon

		Effectif	Pourcentage
Traitement antidépresseur	Bien conduit	11	100
	Posologie insuffisante	0	0
	Inobservance ou rupture	0	0
Psychothérapie associée	Psychothérapie de soutien	9	81,81
	Psychanalyse	1	9,09
	Thérapie cognitivo-comportementale	1	9,09
Evolution de la dépression (selon les scores BDI)	Rémission totale	1	9,09
	Rémission partielle	4	36,36
	Persistance	1	9,09
	Rechute	4	36,36
	Récidive	1	9,09
Reprise du travail	Reprise du travail	2	71,43
	Pas de reprise ou arrêts très fréquents	5	28,57

2. Variables affectives aux trois temps (T0, T1, T2)

Les variables affectives étaient la dépression (BDI-II), l'anhédonie (DARS), l'activation comportementale (BADSF), la culpabilité (GI) et l'anxiété (BAI). L'ensemble des moyennes, médianes et écarts types des variables affectives sont dans le tableau 3.

- Le score moyen de la **BDI-II** était de 39.3 à T0, 33.7 à T1 et de 29.6 à T2 indiquant une moyenne de dépression d'intensité sévère présente à T0, se poursuivant à la même intensité à 7 mois d'évolution.

- Les résultats de la **BAI** étaient globalement stables avec des scores moyens de 22.6 à T0, 23.7 à T1 et de 20.6 à T2 indiquant une persistance d'une anxiété modérée à sévère.

- On observait une diminution du **GI** qui s'opérait dès 3 mois et demi, 38.7 à T0, 31.6 à T1 et 31.5 à T2.

- L'anhédonie a diminué au cours des 7 mois par l'augmentation de la **DARS** dès 3 mois et demi avec 50.3 à T0, 58.8 à T1 et 60.4 à T2 avec une augmentation particulière pour la sous-échelle d'expérience sensorielle passant de 14.7 à T0 à 20 à T2.

- Les scores de l'échelle d'activation comportementale ont augmenté durant ces 7 mois avec la **BADS-SF** allant de 23.2 à T0, 25.5 à T1 et à 27.2 à T2, cette augmentation s'explique par l'augmentation de la dimension d'activation (T0 : 6.6, T2 : 11.8), la dimension d'évitement restant stable.

Tableau 3 : Moyennes, médianes et écart-types des variables affectives aux trois temps

Echelles (min-max)	T0			T1			T2		
	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Moyenne	Médiane	Ecart-type
BDI-II (0-63)	39,27	45	12,38	33,73	30	12,55	29,64	25	15,02
BAI (0-63)	22,60	23	10,82	23,73	20	9,7	20,64	21	10,08
GI (10-50)	38,73	38	5,90	31,55	33	9,83	31,45	35	11,87
DARS Score global (0-85)	50,27	52	17	58,82	65	22,89	60,36	60	17,79
Passe-temps (0-20)	13,91	17	6,58	14,36	16	6,07	14,91	16	5,80
Plaisir alimentaire (0-20)	12,73	15	4,50	14,45	16	5,13	11,73	10	5,14
Activités sociales (0-20)	8,91	7	5,24	12,55	14	5,70	13,73	11	5,24
Expériences sensorielles (0-25)	14,73	20	7,79	17,45	20	7,95	20	24	6,26
BADS-SF Score global (0-54)	23,18	18	9,62	25,45	26	8,48	27,18	27	11,08
Activation (0-24)	6,64	6	5,68	9,18	10	6,08	11,82	10	6,55
Evitement (0-18)	7,36	8	4,72	7,18	7	4,17	8,27	9	6,25

3. Variables non affectives aux trois temps (T0, T1, T2)

Les variables non affectives étaient les pensées répétitives (PTQ), la métacognition (MCQ-30), la disposition à la pleine conscience (FFMQ), et le mode de pensée abstrait ou concret (PMQ). L'ensemble des moyennes, médianes et écarts types des variables non affectives sont dans le tableau 4.

- Sur le plan des pensées persévératives, on a observé une diminution du score global du **PTQ** par un score à T0 de 57.4, à T1 de 55.6, puis à T2 de 53.7.

- Pour les métacognitions dysfonctionnelles, les résultats du **MCQ-30** diminuaient avec à T0 : 77.6, T1 :78.8 et T2: 75.7, cela s'expliquait principalement par la diminution des croyances négatives sur l'incontrôlabilité et le danger de l'inquiétude, passant de 20.1 (T0) à 18.1 (T2).

- La disposition à la pleine conscience par la **FFMQ**, augmentait, cela dès 3 mois et demi avec des scores passant de 103 (T0) à 108 (T1 et T2).

- Le mode de pensée évalué par la **PMQ** montrait une évolution en faveur d'une diminution d'une vision abstraite (score « pourquoi » à T0 : 2.7 et à T2 : 1.8) avec augmentation de la vision concrète (score « comment » à T0 : 5.5 et à T2 : 6.2).

Tableau 4 : Moyennes, médianes et écart-types des variables non affectives aux trois temps

Echelles (min-max)	T0			T1			T2		
	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Moyenne	Médiane	Ecart-type
PTQ									
Score global (0-75)	57,36	62	16,81	55,55	63	15,19	53,73	61	17,4
Pensées répétitives (0-15)	11,82	13	3,63	11,09	12	3,42	10,55	12	3,91
Pensées intrusives (0-15)	10,64	12	3,38	10,91	13	4,13	10,45	11	3,70
Difficulté à se désengager (0-15)	12,36	14	3,85	11,18	13	3,82	11,36	12	4,13
Non productives (0-15)	11,45	12	3,53	11,55	12	2,77	11,18	13	3,84
Envahissantes (0-15)	11,09	12	3,91	10,82	11	3,46	10,18	12	3,22
MCQ-30									
Score global (30-120)	77,64	80	12,50	78,82	75	10,51	75,73	77	8,05
Croyances positives (6-24)	9,09	9	2,98	10	10	3,55	10	7	4,98
Croyances négatives (6-24)	20,09	21	3,51	19,82	22	5,19	18,09	18	5,11
Défaut confiance cognitive (6-24)	15	14	6,93	14,91	15	4,89	15,45	15	5,68
Besoin de contrôle (6-24)	16,18	16	4,53	15,91	15	2,63	15,36	15	2,38
Réflexivité cognitive (6-24)	17,27	18	3,95	17,73	18	2,90	16,82	17	3,09

FFMQ	Score global (39-195)	103,36	111	18,17	108,18	110	14,76	108,09	106	20,75
	Observation (8-40)	23,36	23	5,77	21,73	22	6,87	22,36	21	8,07
	Description (8-40)	18	19	6,78	21,64	20	7,66	22	23	6,56
	Attention aux gestes (8-40)	27,27	29	7,89	25	24	7,17	24,73	25	6,03
	Non-réaction (7-35)	14,36	16	4,01	16,36	18	5,3	15,82	15	5,08
	Non-jugement (8-40)	20,36	23	4,37	23,45	25	4,91	23,18	24	4,87
PMQ	Pourquoi (0-8)	2,73	2	2,1	2,18	2	1,72	1,82	2	1,33
	Comment (0-8)	5,47	6	1,88	5,82	6	1,72	6,18	6	1,33

B. Statistiques inférentielles

Tous les tests statistiques employés dans les analyses suivantes ont visé à réduire le risque d'erreur dit de type I, à savoir celui de rejeter, à tort, l'existence d'une différence statistique réellement généralisable à la population parente. Les résultats que nous qualifions de significatifs dans les prochaines sections ont donc une chance élevée d'être répliquée avec de plus larges échantillons. Cependant, il n'en est pas de même avec les résultats que nous n'avons pu qualifier de significatifs. En effet, la faible taille de l'échantillon ($N=11$) ne permet pas de minimiser aussi bien le risque d'erreur de type II, à savoir celui de rejeter une différence statistique alors qu'elle existe. Cette faible taille d'échantillon limite en d'autres termes la puissance statistique de cet échantillon, en réduisant la portée des résultats que nous n'avons pas pu interpréter comme statistiquement significatifs. Par conséquent, tous les résultats non significatifs doivent être considérés avec prudence, sous réserve de vérification statistique avec un échantillon plus grand.

1. Analyses de la variance (ANOVA)

Toutes les ANOVA ont été réalisées avec le logiciel Matlab ® afin de tester l'effet du temps sur les variables affectives. Le choix du type d'ANOVA s'est porté sur le test non paramétrique de type Kruskal-Wallis à une voie pour mesures répétées, car il permet de s'affranchir des conditions d'application de l'ANOVA paramétrique que sont l'homogénéité des variances des échantillons ainsi que leur normalité.

Il n'a pas été possible de démontrer un effet principal significatif du temps sur les variables affectives, que ce soit sur la BDI-II ($\chi^2(2,30)=2.44$, $p=0.295$), la DARS ($\chi^2(2,30)=1.90$, $p=0.388$), la BADS-SF ($\chi^2(2,30)=1.23$, $p=0.540$), ou la BAI ($\chi^2(2,30)=0.18$, $p=0.913$).

Etant donné l'absence d'évolution significative des variables affectives avec le temps (sous réserve de vérification statistique avec un échantillon plus grand), l'objectif des analyses a été d'abord de modéliser les variations inter-individuelles des scores de la BDI-II à T0, T1 et T2. Ces premières modélisations visaient à établir si les prédicteurs de la BDI-II restaient les mêmes à travers le temps, ou alors si les associations qu'elle entretenait pouvaient à l'inverse changer de manière dynamique. Ensuite, d'autres analyses ont eu pour but de modéliser de manière plus prospective les variations inter-individuelles de la BDI-II à T2, en se basant sur les mesures obtenues à T0 et à T1. Enfin, des analyses de médiation, que nous définirons plus loin, ont été employées afin d'établir si les principaux prédicteurs extraits par ces modélisations pouvaient être des médiateurs des autres associations mesurées par les analyses de corrélation.

2. Analyses de corrélation

Nous avons procédé avec le logiciel Matlab®, à une analyse des coefficients de corrélation linéaire r , de type Bravais-Pearson et à leur test de significativité du t de Student. Afin d'améliorer la lisibilité de cette section, nous ne présenterons ici que les corrélations entre les scores globaux. Les sous-scores les plus pertinents étant analysés dans la section sur les régressions linéaires multiples et les analyses de médiation.

a. Corrélations significatives à T0

Les variables corrélées significativement avec la sévérité de la dépression (BDI-II) à T0 étaient respectivement et dans l'ordre le PTQ ($r=0.85, p<0.001$), le MCQ-30 ($r=0.79, p<0.01$), et la BAI ($r=0.62 ; p<0.05$). Le FFMQ ($r=-0.71, p<0.05$) et la BADS-SF ($r=-0.68, p<0.05$) étaient à l'inverse corrélées négativement avec la BDI-II. A T0, on retrouvait également que le niveau d'anxiété (BAI) et l'activation comportementale (BADS-SF) étaient négativement corrélés ($r=-0.74, p<0.01$). (Tableau 5)

Tableau 5 : Ensemble des corrélations entre les scores globaux à T0

(*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001)

	MCQ-30	BDI-II	FFMQ	BAI	PTQ	GI	DARS	BADS-SF
MCQ-30								
BDI-II	0,79**							
FFMQ	-0,48	-0,71*						
BAI	0,41	0,62*	-0,37					
PTQ	0,54	0,85***	-0,54	0,69*				
GI	0,20	0,16	-0,09	0,24	0,53			
DARS	0,12	-0,26	0,70*	-0,08	-0,08	0,40		
BADS-SF	-0,41	-0,68*	0,67*	-0,74**	-0,63*	-0,15	0,39	
PMQ-P	0,62*	0,45	-0,37	0,16	0,17	-0,11	0,09	-0,23

b. Corrélations significatives à T1

Le score de la BDI-II était corrélé négativement avec la DARS ($r=-0.80$, $p<0.01$) et donc positivement avec le niveau d'anhédonie. Il était négativement corrélée avec la BADS-SF ($r=-0.79$, $p<0.01$) et le FFMQ ($r=-0.76$, $p<0.01$). On retrouvait également à T1 que la BDI-II était corrélée significativement avec le PTQ ($r=0.62$, $p<0.05$). La BADS-SF était corrélée le FFMQ ($r=0.85$, $p<0.001$). (Tableau 6)

Tableau 6 : Ensemble des corrélations entre les scores globaux à T1

(*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001)

	MCQ-30	BDI-II	FFMQ	BAI	PTQ	GI	DARS	BADS-SF
MCQ-30								
BDI-II	0,30							
FFMQ	-0,62*	-0,76**						
BAI	0,60*	0,35	-0,45					
PTQ	0,61*	0,62*	-0,73*	0,40				
GI	0,35	0,49	-0,44	0,20	0,50			
DARS	-0,16	-0,80**	0,52	-0,20	-0,30	-0,09		
BADS-SF	-0,70*	-0,79**	0,85***	-0,43	-0,71*	-0,42	0,69*	
PMQ-P	0,74**	0,20	-0,58	0,29	0,54	0,04	-0,10	-0,57

c. Corrélations significatives à T2

La BDI-II à T2 était corrélée positivement avec le PTQ ($r=0.83$, $p<0.01$), le GI ($r=0.79$, $p<0.01$) et la BAI ($r=0.77$, $p<0.01$). Elle présentait également des corrélations négatives avec la BADS-SF ($r=-0.75$, $p<0.01$) et le FFMQ ($r=-0.66$, $p<0.05$).

A T2, on constatait aussi que le niveau d'anxiété (BAI) était corrélé significativement avec celui de la culpabilité (GI) : $r=0.87$; $p<0.001$. (Tableau 7)

Tableau 7 : Ensemble des corrélations entre les scores globaux à T2

(* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$)

	MCQ-30	BDI-II	FFMQ	BAI	PTQ	GI	DARS	BADS-SF
MCQ-30								
BDI-II	0,25							
FFMQ	-0,39	-0,66*						
BAI	0,48	0,77**	-0,55					
PTQ	0,48	0,83**	-0,58	0,68*				
GI	0,57	0,79**	-0,40	0,87***	0,81**			
DARS	0,16	-0,39	0,06	0,11	-0,41	-0,18		
BADS-SF	-0,11	-0,75**	0,46	-0,30	-0,73*	-0,44	0,77**	
PMQ-P	0,29	0,37	-0,19	0,05	0,37	0,20	-0,62*	-0,75**

d. Tableaux récapitulatifs des corrélations significatives à T0, T1 et T2

Tableau 8 : Corrélations significatives à T0, T1 et T2

	Dépression BDI-II	Anxiété BAI	Faible anhédonie DARS	Culpabilité GI	Activation Comport BADS-SF	Pensées Persévéra PTQ	Métaco- gnition MCQ-30	Pensée Abstraite PMQ-P	Pleine Conscience FFMQ
Dépression BDI-II									
Anxiété BAI	T0 T2								
Faible anhédonie DARS	-T1								
Culpabilité GI	T2	T2							
Activation Comport BADS-SF	-T0 -T1 -T2	-T0	T1 T2						
Pensées Persévéra PTQ	T0 T1 T2	T0 T1 T2		T2	-T0 -T1 -T2				
Métaco- gnition MCQ-30	T0	T1			-T1				
Pensée Abstraite PMQ-P			-T2		-T2		T0 T1		
Pleine Conscience FFMQ	-T0 -T1 -T2		T0		T0 T1		-T1		

Le signe « - » devant T0, T1 ou T2 signifie la présence d'une corrélation négative, « Comport » pour comportementale et « Persévéra » pour persévératives.

e. Corrélations significatives entre T0 et T1

On ne retrouvait aucune variable de T0 corrélée d'une façon significative avec le score de la BDI-II à T1. Par contre on constatait que le score de la BAI à T0 était corrélé avec le niveau de culpabilité (GI) à T1 ($r=0.85, p<0.001$). (Tableau 9)

Tableau 9 : Ensemble des corrélations entre les scores globaux, entre T0 et T1

(* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$)

T0 \ T1	MCQ-30	BDI-II	FFMQ	BAI	PTQ	GI	DARS	BADS-SF	PMQ
MCQ-30	0,40	-0,11	-0,38	0,51	0,41	0,09	0,39	-0,03	0,39
BDI-II	0,71*	0,27	-0,66*	0,74**	0,64*	0,39	0	-0,53	0,59
FFMQ	-0,55	-0,26	0,64*	-0,63*	-0,22	-0,04	0,36	0,55	-0,45
BAI	0,32	0,38	-0,46	0,44	0,42	0,85***	-0,05	-0,30	0,05
PTQ	0,62*	0,18	-0,45	0,61*	0,40	0,59	0,14	-0,44	0,33
GI	0,21	-0,51	0,31	0,19	-0,39	0,19	0,57	0,29	-0,20
DARS	-0,23	-0,52	0,50	-0,33	-0,10	0,11	0,77**	0,59	-0,39
BADS-SF	-0,68*	-0,42	0,64*	-0,46	-0,51	-0,59	0,34	0,60	-0,41
PMQ P	0,39	0,25	-0,63*	0,38	0,51	0,10	-0,03	-0,32	0,24

f. Corrélations significatives entre T1 et T2

Le score à la BDI-II à T2 était le plus fortement corrélé à T1 avec le GI ($r=0.84, p<0.001$), suivi par le PTQ ($r=0.64, p<0.05$). On observait également que le niveau de culpabilité (GI) à T1 était corrélé significativement avec les pensées persévératives (PTQ) à T2 ($r=0.80, p<0.01$).

Tableau 10 : Ensemble des corrélations entre les scores globaux, entre T1 et T2

(* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$)

T1 \ T2	MCQ-30	BDI-II	FFMQ	BAI	PTQ	GI	DARS	BADS-SF	PMQ
MCQ-30	0,82**	0,32	-0,48	0,50	0,49	0,57	-0,06	-0,32	0,46
BDI-II	0,14	0,58	-0,69*	0,41	0,59	0,34	-0,51	-0,59	0,35
FFMQ	-0,51	-0,53	0,80**	-0,43	-0,61*	-0,32	0,24	0,63*	-0,56
BAI	0,59	0,30	-0,25	0,64*	0,32	0,51	0,14	-0,08	0,38
PTQ	0,76**	0,64*	-0,71*	0,62*	0,83**	0,69*	-0,21	-0,48	0,29
GI	0,13	0,84***	-0,58	0,77**	0,80**	0,76**	-0,23	-0,61*	0,09
DARS	0,03	-0,16	0,20	0,06	-0,31	-0,01	0,71*	0,51	-0,49
BADS-SF	-0,44	-0,41	0,66*	-0,36	-0,62*	-0,37	0,43	0,58	-0,52
PMQ P	0,68*	0,26	-0,54	0,11	0,33	0,24	-0,19	-0,39	0,63*

g. Corrélations significatives entre T0 et T2

On observait que la BDI-II à T2 était corrélée significativement avec la BAI à T0 ($r=0.85$, $p<0.001$). Elle était négativement corrélée avec l'activation comportementale de T0 ($r=-0.64$, $p<0.05$). On pouvait également constater que l'échelle de l'anhédonie (DARS) à T0 était corrélée négativement avec mode de pensée abstrait (PMQ-P) à T2 ($r=-0.82$; $p<0.01$). (Tableau 11)

Tableau 11 : Ensemble des corrélations entre les scores globaux, entre T0 et T2

(* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$)

	T2	MCQ-30	BDI-II	FFMQ	BAI	PTQ	GI	DARS	BADS-SF	PMQ
T0										
MCQ-30	0,66*		0,31	-0,29	0,49	0,22	0,35	0,41	-0,09	0,27
BDI-II	0,73*	0,31		-0,52	0,70*	0,55	0,60	0,05	-0,41	0,53
FFMQ	-0,38	-0,13	-0,13		-0,19	-0,20	-0,09	0,15	0,43	-0,77**
BAI	0,19	0,85***	-0,40	-0,40		0,75**	0,75**	-0,20	-0,67*	0,37
PTQ	0,44	0,55	-0,45	-0,45	0,79**		0,62*	0,11	-0,33	0,28
GI	-0,01	-0,09	0,25	0,25	0,31	-0,25		0,48	0,31	-0,25
DARS	0,01	-0,08	0,12	0,12	0,17	-0,13	0,14		0,63*	-0,82**
BADS-SF	-0,46	-0,64*	0,34	0,34	-0,55	-0,65*	-0,64*	0,45		0,77**
PMQ-P	0,60	0,08	-0,45	-0,45	0,31	0,25	0,11	0,45	0,02	

3. Régressions linéaires multiples

La régression linéaire multiple est une technique qui vise à déterminer quelle équation linéaire permet le mieux de s'ajuster aux données empiriques. Elle suppose d'estimer les deux paramètres β_1 et β_2 , inconnus de l'équation linéaire : $y = \beta_1 x + \beta_2$.

Cette technique de régression permet également d'estimer la qualité d'ajustement de cette équation, en établissant d'une part, si la valeur de ces coefficients est significativement supérieure à 0 grâce au test du t de Student et d'autre part si le coefficient de détermination R^2 est aussi significativement supérieur à 0 grâce au test de Fisher. Ce coefficient de détermination augmente proportionnellement entre 0 et 1 avec la qualité d'ajustement de l'équation.

Afin de sélectionner les meilleurs modèles de variations de la BDI-II, la méthode de régression *Stepwise* a été choisie. Cette dernière propose un algorithme informatique permettant de déterminer le modèle ayant la meilleure qualité d'ajustement aux données, parmi l'ensemble des prédicteurs corrélés significativement avec la BDI-II.

a. Régression linéaire multiple à T0

La technique de régression Stepwise appliquée à la BDI-II à T0, montrait que le modèle ayant la meilleure qualité d'ajustement aux variations de la BDI-II, combinait la sous-facette intrusive des pensées persévératives et la dimension d'évitement du score d'activation comportementale. Le coefficient de détermination R^2 s'élevait à 0.76 pour la dimension de pensées intrusives et passait à 0.91 en y associant la dimension d'évitement, les deux étant de manière respective significativement supérieurs à 0 : $F(\text{intru})=32.79$, $p<0.001$ et $F(\text{évitement})=49$, $p<0,001$. Les pensées intrusives associées à l'évitement expliquaient donc à T0, 91% de la variance de la dépression T0. (Tableau 12)

Tableau 12 : Résultats de la régression linéaire multiple à T0

	<i>Intercept</i>	<i>RMSE</i>	<i>R</i>	<i>Adj. R2</i>	<i>F</i>	<i>Significativité</i>
PTQ Pensées intrusives	4,814	6,055	0,785	0,761	32,791	0,0001
BADS-F évitement	4,417	3,802	0,925	0,906	49,000	0,0001

b. Régression linéaire multiple T1

A T1, on retrouvait que la dimension d'expérience sensorielle de l'échelle de l'anhédonie expliquait la variance de la dépression : R^2 s'élevait à 0.68, de manière significative avec $F=22.34$, $p<0.001$. (Tableau 13)

Tableau 13 : Résultats de la régression linéaire multiple à T1

	<i>Intercept</i>	<i>RMSE</i>	<i>R</i>	<i>Adj. R2</i>	<i>F</i>	<i>Significativité</i>
DARS Expérience sensorielle	56,972	7,087	0,713	0,681	22,344	0,001

c. Régression linéaire multiple T2

Au moment T2, c'est-à-dire à 7 mois du diagnostic de dépression, la régression montrait qu'il s'agissait de la sous facette répétitive des pensées persévératives qui était à l'origine de 84% de la variance de la dépression avec un R^2 qui s'élevait à 0.84, et de manière significative avec $F=52.21$, $p<0.001$. (Tableau 14)

Tableau 14 : Résultats de la régression linéaire multiple à T2

	<i>Intercept</i>	<i>RMSE</i>	<i>R</i>	<i>Adj. R2</i>	<i>F</i>	<i>Significativité</i>
PTQ Pensées Répétitives	7,800	6,072	0,853	0,837	52,208	0,0001

d. Régression linéaire multiple de la BDI-II à T2 en fonction de T0

Le niveau d'anxiété à T0 expliquait 69% de la variance de la dépression à T2 avec R^2 qui s'élevait à 0.69, $F=23.41$, $p<0.001$. (Tableau 15)

Tableau 15 : Résultats de la régression linéaire multiple entre T0 et T2

	<i>Intercept</i>	<i>RMSE</i>	<i>R</i>	<i>Adj. R2</i>	<i>F</i>	<i>Significativité</i>
BAI	3,301	8,344	0,722	0,691	23,414	0,001

e. Régression linéaire multiple de la BDI-II à T2 en fonction de T1

Nous n'avons pas réalisé de régression linéaire entre T0 et T1 puisque nous n'avons pas retrouvé de variables corrélées significativement avec la BDI-II.

f. Régression linéaire multiple T1 à T2

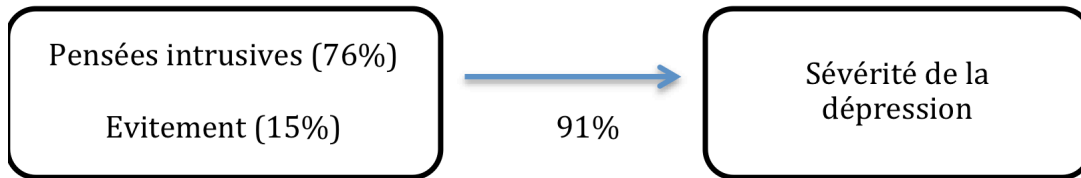
Le niveau de culpabilité à T1 expliquait 68% de la variance de la dépression à T2 avec R^2 qui s'élevait à 0.68, $F=22.24$, $p<0.001$.

Tableau 16 : Résultats de la régression linéaire multiple entre T1 et T2

	<i>Intercept</i>	<i>RMSE</i>	<i>R</i>	<i>Adj. R2</i>	<i>F</i>	<i>Significativité</i>
GI	-11,028	8,499	0,712	0,680	22,238	0,001

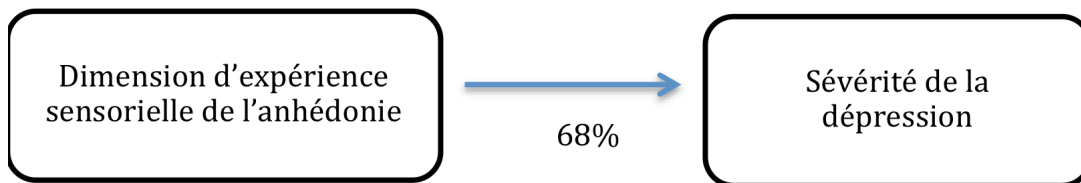
g. Synthèse des régressions linéaires multiples

Au moment T0 :



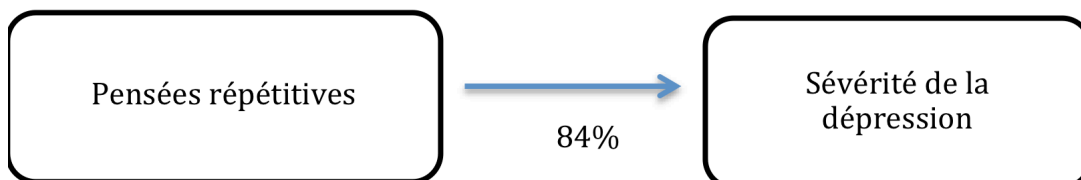
Les pensées intrusives et l'évitement expliquaient 91% de la variance de la sévérité de la dépression à T0. Sachant que les pensées intrusives seules, expliquaient 76% de la variance de la dépression à T0.

Au moment T1 :



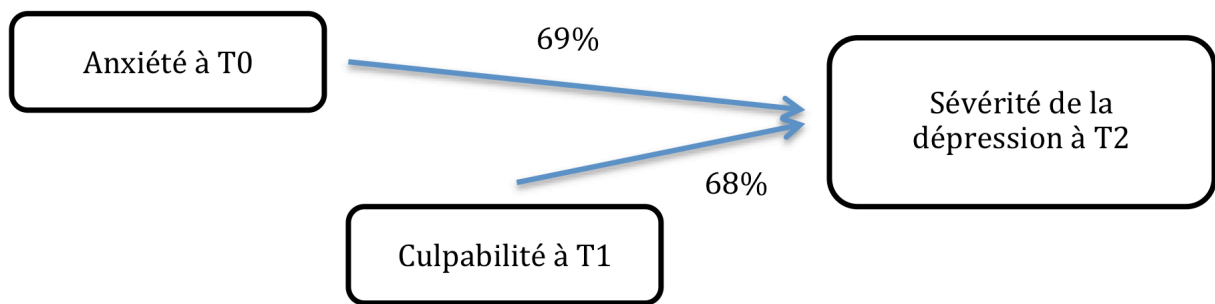
Le manque de plaisir par la dimension d'expérience sensorielle expliquait 68% de la variance de la sévérité de la dépression à T1.

Au moment T2 :



Les pensées répétitives expliquaient 84% de la variance de la sévérité de la dépression à T2.

Entre T0, T1 et T2 :



L'anxiété à T0 expliquait 69% de la variance de la sévérité de la dépression à T2.

La culpabilité à T1 expliquait 68% de la variance de la sévérité de la dépression à T2.

4. Analyses de médiation

Les analyses de médiation reposent sur un modèle théorique de l'effet de prédicteurs concurrents (par exemple : X1 et X2) sur une variable dépendante (VD). Le prédicteur X1 est considéré comme pouvant avoir un effet direct « c » sur la variable dépendante ainsi qu'un effet direct « a » sur le prédicteur concurrent X2. Ce dernier peut lui même avoir un effet direct « b » sur la variable dépendante. On dit que X1 a un effet indirect « a × b » sur la VD lorsque l'effet « a » disparaît une fois l'effet « b » pris en compte. Dans ce cas, l'effet de X1 sur VD se fait par l'intermédiaire de X2 qui est considéré comme le médiateur de l'effet de X1 sur VD. (Fig. 4)

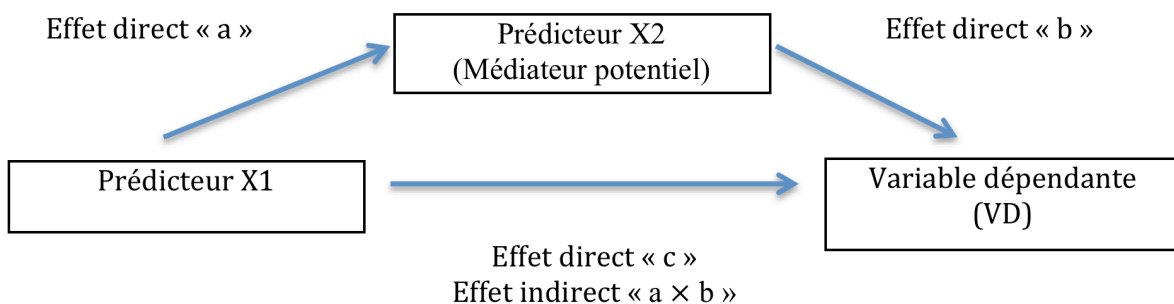


Figure 4 : Illustration graphique du modèle d'interprétation des associations entre des prédicteurs concurrents X1 et X2 et une même variable dépendante.

Afin d'établir la validité empirique de cette médiation, Baron et Kenny (1986) ont défini un ensemble de 4 conditions mathématiques :

- La condition 1 requiert d'établir que la variable X1 est un prédicteur significatif de X2 (effet direct « a »).
- La condition 2 consiste à confirmer que X1 est un prédicteur significatif de VD (effet direct « c »).

Les conditions 3 et 4 ne peuvent être vérifiées que si les deux premières sont remplies.

- La condition 3 implique que X2, médiateur potentiel, prédit significativement la VD (effet direct « b »)
- La condition 4 permet de prouver un effet de médiation total, c'est à dire que le coefficient de régression du modèle de la condition 2 (effet direct « c ») perd sa significativité une fois le médiateur intégré.
- La condition 4 est remplie lorsque l'effet « b » reste significatif une fois contrôlé l'effet direct « c ». Une médiation est dite partielle si l'effet « c » reste néanmoins significatif. Elle est dite totale si l'effet « c » perd sa significativité. En d'autres termes, la condition 4 vérifie que, sous réserve de vérification statistique, l'effet de X1 sur VD est au moins partiellement indirect (effet indirect « a × b »).

Tofighi et MacKinnon (2011) ont proposé un processus statistique permettant de vérifier la généralisabilité de la médiation à la population parente de l'échantillon. Pour cela, on estime un intervalle de confiance à 95% ($IC_{95\%}$) à l'intérieur duquel le produit des coefficients de régression correspondant à l'effet indirect « a × b » a au minimum 95 chances sur 100 de se trouver. Si ce produit des coefficients présente au moins 95 chances sur 100 d'être non nul, l'hypothèse d'une absence de médiation peut être rejetée au seuil $\alpha=0.05$.

Une synthèse schématique des médiations totales se trouve page 59.

a. Analyse de médiation des associations concurrentes avec la BDI-II à T0

A T0, la régression linéaire multiple a montré que le meilleur prédicteur de la BDI-II était la **dimension intrusive des pensées de la PTQ**. Nous pouvions donc considérer cette variable comme le prédicteur X2, médiateur potentiel d'autres corrélations avec la BDI-II (variable dépendante).

Parmi toutes les variables ayant une corrélation significative avec la sévérité de la dépression (BDI-II) et avec les pensées intrusives (PTQ) à T0, seules les variables MCQ-30 (score global), FFMQ (attention aux gestes) ou encore MCQ-30 (manque de confiance cognitive) ont rempli les conditions pour une analyse de médiation. Ces prédicteurs ont à tour de rôle pris la fonction de X1 dans le modèle théorique de médiation. Le détail des paramètres estimés et des tests de significativité est donné dans le Tableau 17. Et une synthèse schématique se trouve Figure 5.

Sous réserve de vérification statistique avec un échantillon plus large, **les pensées intrusives médiatisaient totalement la relation entre le score global du MCQ-30 et la sévérité de la dépression (BDI-II)**. Premièrement, l'effet direct du score global de la MCQ-30 perdait sa significativité ($\beta=0.29$, $p>0.05$) quand l'effet du PTQ intrusive était pris en compte. Et l'effet indirect du score global de la MCQ-30 par l'intermédiaire de ces pensées intrusives restait par contre significatif ($\beta=2.46$, $p<0.05$). Deuxièmement, le test de Tofghi et MacKinnon confirmait la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [1.405; 2.628]$).

Avec les mêmes réserves, ces **pensées intrusives médiatisaient totalement la relation entre la facette d'attention à l'action du FFMQ et la BDI-II**. Tout d'abord, l'effet direct de la facette d'attention à l'action du FFMQ sur la BDI-II perdait sa significativité ($\beta=0.37$, $p>0.05$), alors que l'effet indirect ($\beta=2.68$, $p<0.01$) par l'intermédiaire des pensées intrusives, le restait. Le test de Tofghi et MacKinnon confirmait aussi la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [-1.554; -0.141]$).

L'existence d'une **médiation totale de la relation entre la facette de manque de confiance cognitive du MCQ-30 et la BDI-II par les pensées intrusives** était aussi vérifiée. Premièrement, l'effet direct de la facette de manque de confiance cognitive du MCQ-30 sur la BDI-II perdait sa significativité ($\beta=0.35$, $p>0.05$) alors que l'effet indirect la conservait ($\beta=2.84$, $p<0.01$). Cette médiation semblait de plus, être généralisable à la population parente ($IC_{95\%} = [0.022; 1.727]$).

Tableau 17 : Médiations avec la BDI-II à T0

PTQ Pensées intrusives	Effet direct <i>c</i>			Effet du prédicteur <i>a</i>			Effet du médiateur <i>b</i>			Effet indirect <i>a</i> × <i>b</i>			Significativité
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC</i> _{95%}
MCQ-30 score global	0,290	1,300	0,229	0,200	3,288	0,009	0,627	4,861	0,001	2,460	3,040	0,016	[1,405; 2,628]
FFMQ Attention aux gestes	0,370	1,188	0,269	-0,278	-2,550	0,031				2,680	3,692	0,006	[-1,554; -0,141]
MCQ-30 Manque de confiance cognitive	0,35	1,05	0,326	0,273	2,021	0,074				2,84	4,19	0,003	[0,022; 1,727]

b. Analyse de médiation des associations concurrentes avec la BDI-II à T1

A T1, la régression linéaire multiple montrait que le meilleur modèle des variations de la BDI-II incluait simplement **la dimension de l'expérience sensorielle de l'échelle de l'anhédonie (DARS)**. Nous pouvions donc considérer cette variable comme le prédicteur X2, médiateur potentiel d'autres variables avec la BDI-II.

Parmi les variables ayant une corrélation significative avec la BDI-II et la dimension de l'expérience sensorielle de l'échelle de l'anhédonie (DARS) à T1, la sous facette d'observation de l'échelle de la pleine conscience (FFMQ) et la dimension d'activation comportementale de la BADS-SF ont rempli les conditions pour une analyse de médiation. Le détail des paramètres estimés et des tests de significativité est donné dans le Tableau 18.

La dimension sensorielle de la DARS semblait en premier lieu médiatiser totalement la relation entre la facette d'observation du FFMQ et la BDI-II, en n'étant toutefois que proche de la significativité. D'une part, l'effet direct de cette facette perdait sa significativité ($\beta=-0.59$, $p>0.05$) lorsque l'effet de l'anhédonie sensorielle était pris en compte, alors que l'effet indirect restait significatif ($\beta=1.01$, $p<0.05$). D'autre part, le produit des coefficients de Tofighi et MacKinnon ne pouvait être considéré comme non-nul, l'intervalle de confiance incluant zéro ($IC_{95\%} = [-0,081; 1,895]$).

Ensuite, **la dimension sensorielle de la DARS médiatisait de manière partielle et significative la relation entre la facette d'activation de la BADS-SF et la BDI-II**. Premièrement son effet direct sur la BDI restait significatif ($\beta=-1.46$, $p<0.05$), comme celui de l'effet indirect ($\beta=1.27$, $p<0.05$). Deuxièmement, cette médiation partielle semblait être généralisable à la population parente ($IC_{95\%} = [0.032; 3.37]$).

Tableau 18 : Médiations avec la BDI-II retrouvées à T1

DARS Expériences sensorielles	Effet direct <i>c</i>			Effet du prédicteur <i>a</i>			Effet du médiateur <i>b</i>			Effet indirect <i>a</i> × <i>b</i>			Significativité
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC</i> _{95%}
FFMQ Observation	-0,592	-1,501	0,172	0,731	2,446	0,037	-1,332	-4,727	0,001	1,009	2,962	0,018	[-0,081;1,895]
BADS-SF Activation comportementale	-1,459	-3,001	0,015	1,072	4,282	0,002				1,27	2,442	0,04	[0,032;3,37]

c. Analyse de médiation des associations concurrentes avec la BDI-II à T2

A T2, la régression linéaire multiple montrait que le modèle ayant la meilleure qualité d'ajustement aux variations de la BDI était **la dimension répétitive des pensées de la PTQ**. Nous pouvons donc considérer cette variable comme le prédicteur X2, médiateur potentiel d'autres variables avec la BDI-II.

Parmi toutes les variables ayant une corrélation significative avec la BDI-II et avec la dimension répétitive du PTQ à T2, les dimensions de croyances négatives de la MCQ-30, d'observation de la FFMQ, de non réaction de la FFMQ et la GI ont rempli les conditions pour une analyse de médiation. Le détail des paramètres estimés et des tests de significativité est donné dans le Tableau 19. Et une synthèse schématique se trouve Figure 6.

Sous réserve de vérification statistique avec un échantillon plus large, **les pensées répétitives médiatisaient totalement la relation entre la dimension de croyances négatives du MCQ-30 et la sévérité de la dépression (BDI-II)**. Premièrement, l'effet direct de la dimension de croyances négatives de la MCQ-30 perdait sa significativité ($\beta=0.65$, $p>0.05$) quand l'effet du PTQ répétitive était pris en compte. Et l'effet indirect du MCQ-30 (croyances négatives) par l'intermédiaire de ces pensées répétitives restait par contre significatif ($\beta=2.80$, $p<0.05$). Deuxièmement, le test de Tofighi et MacKinnon confirmait la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [0.416; 3.654]$).

Avec les mêmes réserves, ces **pensées répétitives médiatisaient totalement la relation entre la facette d'observation du FFMQ et la BDI-II**. Tout d'abord, l'effet direct de la facette d'observation du FFMQ sur la BDI-II perdait sa significativité ($\beta=-0.35$, $p>0.05$) alors que l'effet indirect ($\beta=3.39$, $p<0.001$) par l'intermédiaire des pensées répétitives, le restait. Le test de

Tofighi et MacKinnon confirmait aussi la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [-0.141; -1,977]$).

Concernant la facette de non réaction de la FFMQ, **les pensées répétitives médiatisaient totalement la relation entre la dimension de croyances négatives du MCQ-30 et la sévérité de la dépression (BDI-II)**. L'effet direct perdait sa significativité ($\beta=-0.15, p>0.05$) quand l'effet du PTQ répétitive était pris en compte. Et l'effet indirect le devenait ($\beta=3.39, p<0.01$). Le test de Tofighi et MacKinnon confirmait la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [-0.827; -3,856]$).

L'existence d'une **médiation totale de la relation entre l'échelle de culpabilité (GI) et la BDI-II par les pensées répétitives** était aussi vérifiée. Premièrement, l'effet direct de GI sur la BDI-II perdait sa significativité ($\beta=0.02, p>0.05$) alors que l'effet indirect la conservait ($\beta=3.51, p<0.01$). Cette médiation semblait de plus, être généralisable à la population parente ($IC_{95\%} = [1.189; 6.312]$).

Tableau 19 : Médiations avec la BDI-II retrouvées à T2

PTQ	Effet direct <i>c</i>			Effet du prédicteur <i>a</i>			Effet du médiateur <i>b</i>			Effet indirect <i>a</i> × <i>b</i>			Significativité	
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	$IC_{95\%}$	
Pensées répétitives														
MCQ-30 Croyances négatives	0,647	0,770	0,463	0,680	5,823	0,000	3,550	7,226	0,000	2,798	2,549	0,034	[0,416;3,654]	
FFMQ Observation	-0,346	-1,160	0,279	-0,294	-2,289	0,048				3,394	6,779	0,000	[-0,141;-1,977]	
FFMQ Non réaction	-0,145	-0,204	0,843	-0,636	-4,401	0,002				3,394	3,678	0,006	[-0,827;-3,856]	
GI	0,016	0,048	0,963	0,974	4,029	0,003				3,509	3,5	0,008	[1,189;6,312]	

d. Analyse de médiation des associations concurrentes entre BDI-II à T1 et les variables à T0

Aucune médiation n'a été possible entre T0 et T1 puisque nous n'avons retrouvé aucune variable à T0 corrélée significativement avec la BDI-II à T1.

e. Analyse de médiation des associations concurrentes entre BDI-II à T2 et les variables à T1

La régression linéaire multiple entre T1 et T2 montrait que le modèle ayant la meilleure qualité d'ajustement aux variations de la BDI était **la culpabilité (GI)**. Nous pouvions donc considérer cette variable comme le prédicteur X2, médiateur potentiel d'autres variables avec la BDI-II.

Parmi toutes les variables ayant une corrélation significative avec la sévérité de la dépression (BDI-II) et avec la culpabilité (GI) entre T1 et T2, les croyances négatives de la MCQ-30, les facettes d'observation et de non réaction de la FFMQ, les dimensions de pensées répétitives et de difficulté de désengagement de la PTQ, et l'évitement de la BADS-SF ont rempli les conditions pour une analyse de médiation. Le détail des paramètres estimés et des tests de significativité est donné dans le Tableau 20. Et une synthèse schématique se trouve Figure 8.

Sous réserve de vérification statistique avec un échantillon plus large, **la culpabilité à T1 médiatisait totalement la relation entre la dimension de croyances négatives du MCQ-30 à T1 et la BDI-II à T2**. Premièrement, l'effet direct de la dimension de croyances négatives de la MCQ-30 perdait sa significativité ($\beta=0.82$, $p>0.05$) quand l'effet de GI était pris en compte. Et l'effet indirect du MCQ-30 (croyances négatives) par l'intermédiaire de ces pensées répétitives restait par contre significatif ($\beta=0.97$, $p<0.05$). Deuxièmement, le test de Tofighi et MacKinnon confirmait la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [0.177; 3.007]$).

Avec les mêmes réserves, **la culpabilité à T1 médiatisait totalement la relation entre les facettes d'observation et de non réaction du FFMQ à T1 et la BDI-II à T2**. Tout d'abord, les effets directs des facettes d'observation et de non réaction du FFMQ sur la BDI-II perdaient leur significativité (observation : $\beta=-0.23$, $p>0.05$ et non réaction : $\beta=0.09$, $p>0.05$) alors que les effets indirects, par l'intermédiaire des pensées répétitives, le restaient (observation : $\beta=1.19$, $p<0.05$ et non réaction : $\beta=1.32$, $p<0.05$). Le test de Tofighi et MacKinnon confirmait aussi la significativité de cette médiation (observation : $IC_{95\%} = [-0.172; -2.382]$ et non réaction : $IC_{95\%} = [-0.464; -3.691]$).

La culpabilité à T1 semblait médiatiser totalement la relation entre les pensées répétitives à T1 et la BDI-II à T2. L'effet direct perdait sa significativité ($\beta=0.77$, $p>0.05$) quand l'effet de la GI

était pris en compte. Et l'effet indirect le devenait ($\beta=1.11, p<0.05$). Cependant, le test de Tofghi et MacKinnon ne confirmait pas la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} [-1.982; 7.469]$).

L'existence d'une **médiation totale de la facette de difficulté de désengagement de la PTQ à T1 et la BDI-II à T2 par la culpabilité à T1** était aussi vérifiée. Premièrement, l'effet direct de PTQ (difficulté de désengagement) sur la BDI-II perdait sa significativité ($\beta=0.97, p>0.05$) alors que l'effet indirect la conservait ($\beta=1.04, p<0.05$). Cette médiation semblait de plus, être généralisable à la population parente ($IC_{95\%} = [0.266; 3.897]$).

La culpabilité à T1 médiatisait totalement la relation entre la dimension d'évitement de la BADS-SF à T1 et la BDI-II à T2. L'effet direct perdait sa significativité ($\beta=0.26, p>0.05$) quand l'effet de la GI était pris en compte. Et l'effet indirect le devenait ($\beta=1.21, p<0.05$). Le test de Tofghi et MacKinnon confirmait la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [0.447; 4.313]$).

Tableau 20 : Médiations avec la BDI retrouvées entre T1 et T2

GI	Effet direct <i>c</i>			Effet du prédicteur <i>a</i>			Effet du médiateur <i>b</i>			Effet indirect <i>a</i> × <i>b</i>			Significativité
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	$IC_{95\%}$
MCQ-30 Croyances négatives	0,818	1,051	0,324	1,421	3,405	0,008	1,289	4,716	0,001	0,965	2,347	0,047	[0,177;3,007]
FFMQ Observation	-0,228	-0,424	0,682	-0,922	-2,528	0,032				1,187	3,165	0,013	[-0,172;-2,382]
FFMQ Non réaction	0,087	0,108	0,917	-1,384	-3,354	0,008				1,324	3,046	0,016	[-0,464;-3,691]
PTQ Pensées répétitives	0,772	0,711	0,497	1,920	2,690	0,025				1,110	2,938	0,019	[-1,982;7,469]
PTQ Difficulté Désengagement	0,974	1,047	0,326	1,695	2,622	0,028				1,040	2,881	0,021	[0,266;3,897]
BADS-F Evitement	0,255	0,257	0,803	1,710	3,155	0,012				1,211	2,89	0,002	[0,447;4,313]

f. Analyse de médiation des associations concurrentes entre BDI-II à T2 et les variables à T0

La régression linéaire multiple entre T0 et T2 montrait que le modèle ayant la meilleure qualité d'ajustement aux variations de la BDI-II était **l'anxiété (BAI)**. Nous pouvons donc considérer cette variable comme le prédicteur X2, médiateur potentiel d'autres variables avec la BDI-II.

Parmi toutes les variables ayant une corrélation significative avec la sévérité de la dépression (BDI-II) et avec l'anxiété (BAI) entre T0 et T2, les croyances négatives de la MCQ-30,

dimension de difficulté de désengagement de la PTQ, score global de la BADS-SF et facette d'évitement de la BADS-SF ont rempli les conditions pour une analyse de médiation. Le détail des paramètres estimés et des tests de significativité est donné dans le Tableau 21. Et une synthèse schématique se trouve Figure 7.

La BAI à T0 médiatisait totalement la relation entre la dimension des croyances négatives du MCQ-30 à T0 et la sévérité de la dépression (BDI-II) à T2. Premièrement, l'effet direct de la dimension des croyances négatives de la MCQ-30 perdait sa significativité ($\beta=-1.81, p>0.05$) quand l'effet de la BAI était pris en compte. Et l'effet indirect du MCQ-30 (croyances négatives) par l'intermédiaire de la BAI restait par contre significatif ($\beta=1.64, p<0.01$). Deuxièmement, le test de Tofighi et MacKinnon semblait confirmer la significativité de cette médiation ($IC_{95\%} = [1.803; 7.578]$).

L'existence d'une **médiation totale de la relation de la dimension de difficulté à se désengager du PTQ à T0 et la BDI-II à T2 par la BAI à T0** était aussi vérifiée. Premièrement, l'effet direct perdait sa significativité ($\beta=-0.53, p>0.05$) alors que l'effet indirect la conservait ($\beta=1.31, p<0.05$). Cette médiation semblait de plus, être généralisable à la population parente ($IC_{95\%} = [0.897; 5.886]$).

La BAI à T0 médiatisait totalement la relation entre le score global et la dimension d'évitement de la BADS-SF à T0 et la BDI-II à T2. Les effets directs perdaient leur significativité (score global : $\beta=-0.02, p>0.05$ et évitement : $\beta=-1.27, p>0.05$) quand l'effet de la BAI était pris en compte. Et les effets indirects le devenaient (score global : $\beta=1.14, p<0.05$ et évitement : $\beta=1.64, p<0.05$). Le test de Tofighi et MacKinnon confirmait la significativité de cette médiation (score global : $IC_{95\%} = [-0.238; -1.964]$ et évitement : $IC_{95\%} = [1.148 ; 6.159]$).

Tableau 21 : Médiations avec la BDI-II entre T0 et T2

BAI	Effet direct <i>c</i>			Effet du prédicteur <i>a</i>			Effet du médiateur <i>b</i>			Effet indirect <i>a</i> × <i>b</i>			Significativité <i>IC</i> _{95%}
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	
MCQ-30 Croyances négatives	-1,814	-1,352	0,213	2,662	0,565	0,001	1,154	4,839	0,001	1,639	3,855	0,005	[1,803;7,578]
PTQ Difficulté désengagement	-0,528	-0,418	0,687	2,361	4,341	0,002				1,305	2,966	0,018	[0,897;5,886]
BADS-SF Score global	-0,024	-0,056	0,956	-0,851	-3,301	0,009				1,138	3,027	0,016	[-0,238;-1,964]
BADS-SF Evitement.	-1,266	-1,004	0,345	2,102	6,064	0,0001				1,638	3,046	0,016	[1,148;6,159]

g. Médiations à T0 et T1 avec la BDI-II à T2

Nous avons effectué une analyse de médiation par la dimension des pensées répétitives de la PTQ concernant les liens entre l'anxiété (BAI) à T0, la culpabilité (GI) à T1 avec la sévérité de la dépression à T2. (Tableau 22)

Sous réserve de vérification statistique avec un échantillon plus large, nous avons retrouvé que l'effet direct de la BAI à T0 sur la BDI-II T2 perdait sa significativité ($\beta=0.38, p>0.05$) alors que l'effet indirect la conservait ($\beta=0.38, p<0.05$), nous permettant de supposer une médiation totale par la dimension des pensées répétitives de la PTQ. Cependant cette médiation ne se vérifiait pas, elle n'était pas significative, avec un IC contenant le zéro ($IC_{95\%} = [-0.487; 0.889]$).

Il en était de même pour la médiation totale supposée entre la GI à T1 avec la BDI-II à T2. On retrouvait qu'effectivement, l'effet direct perdait sa significativité ($\beta=0.18, p>0.05$) quand on prenait en compte l'effet des pensées répétitives et que l'effet indirect, le restait ($\beta=3.15, p<0.05$). Cela nous permettait de supposer une médiation totale par la dimension des pensées répétitives de la PTQ. Cependant cette médiation ne se vérifiait pas, elle n'était pas significative, avec un IC contenant le zéro ($IC_{95\%} = [-4.426; 7.253]$).

Tableau 22 : Médiations entre BAI T0 et GI T1 avec BDI-II à T2 par PTQ répétitives de T2

PTQ Pensées répétitives	Effet direct <i>c</i>			Effet du prédicteur <i>a</i>			Effet du médiateur <i>b</i>			Effet indirect <i>a</i> × <i>b</i>			Significativité
	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	$IC_{95\%}$
BAI T0	0,381	1,299	0,230	0,290	4,321	0,0019	3,550	7,226	0,000	0,381	3,209	0,013	[-0,487;0,889]
GI T1	0,177	0,399	0,700	0,352	5,754	0,0003				3,155	2,826	0,022	[-4,426;7,253]

h. Synthèse des analyses de médiation

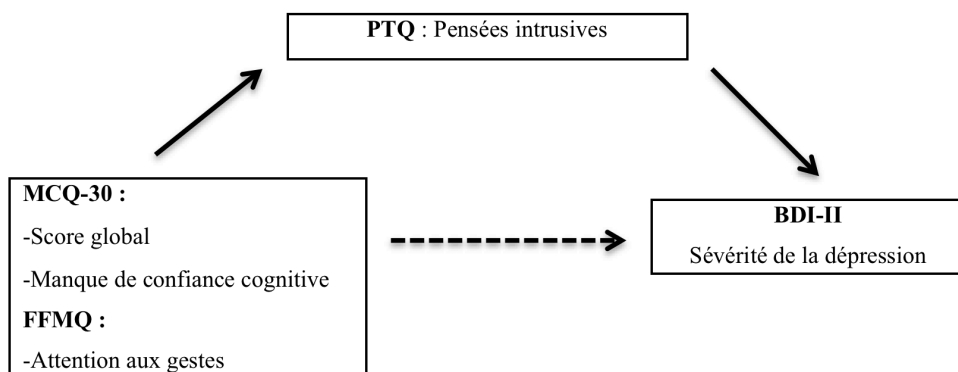


Figure 5 : Médiations totales à l'inclusion (T0)

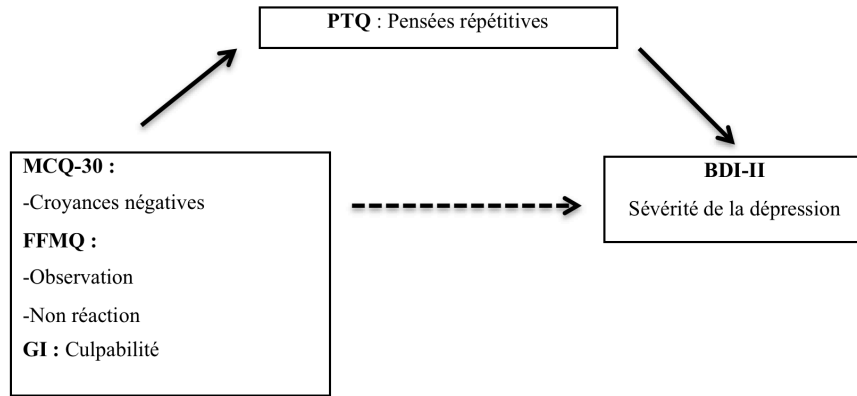


Figure 6 : Médiations totales à 7 mois (T2)

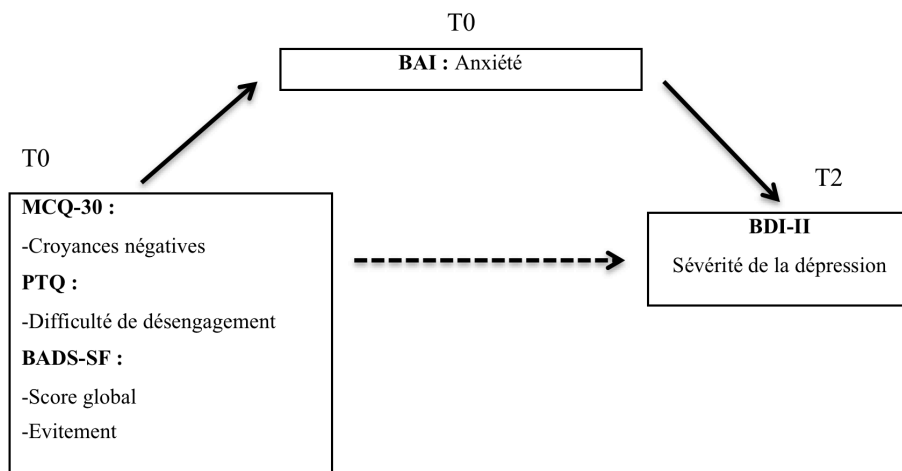


Figure 7 : Médiations totales entre T0 et T2

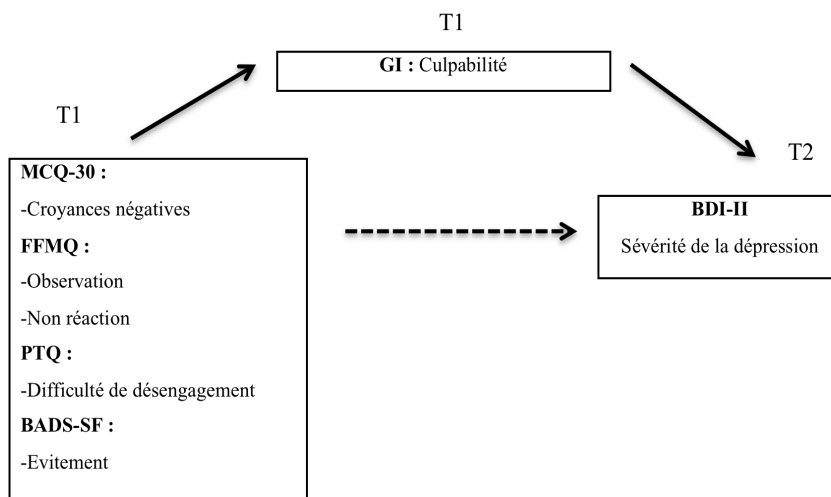


Figure 8 : Médiations totales entre T1 et T2

V. DISCUSSION

A. Interprétation des résultats

1. Résultats descriptifs

a. Caractéristiques de la population, variables affectives

Notre échantillon était composé de 11 de patients. Ils présentaient initialement, pour une grande majorité (81%), un **syndrome dépressif caractérisé d'intensité sévère**, expliqué par le recrutement au sein d'une unité d'hospitalisation. A 7 mois, selon les scores de la BDI-II, on retrouvait 9,1% de rémission complète, 36,4% de rémission partielle, 36,4% de rechute, 9,1% de récurrence et 9,1% de persistance de la dépression. A 7 mois d'un traitement antidépresseur apparemment bien conduit, 54,5% avait un score de BDI-II qui indiquait la présence d'un épisode dépressif caractérisé et 36,4% des patients présentaient des symptômes dépressifs résiduels.

Le score moyen d'anxiété initial dans notre échantillon évalué par la BAI était de 23 indiquant un **niveau d'anxiété moyen à sévère**. Ce score élevé était attendu. En effet, de nombreuses études se sont intéressées au lien entre anxiété et dépression. L'association est fréquente, l'anxiété constitue un facteur de risque de dépression [65].

Concernant les scores de l'échelle de l'anhédonie (DARS), nous n'avons pas retrouvé de population française pour comparer nos scores mais nous pouvons comparer notre échantillon à l'échantillon canadien de 37 patients présentant un EDC lors de l'étude de Rizvi *et al* pour la validation du questionnaire [58]. Pour rappel, plus les scores sont élevés, plus la dimension d'anhédonie est faible. Nous remarquons donc que notre échantillon présentait un niveau d'**anhédonie plus faible** que la population clinique canadienne, prédominant sur les passe-temps et les expériences sensorielles. (Tableau 23)

Tableau 23 : Comparaison des scores de la DARS avec un échantillon clinique

DARS	Echantillon de notre étude	Echantillon clinique canadien
	Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)
Score global (0-85)	50.3 (17)	36.3 (15.5)
Passe-temps (0-20)	13.9 (6.6)	8.6 (4.4)
Plaisir alimentaire (0-20)	12.7 (4.5)	10.0 (4.2)
Activités sociales (0-20)	8.9 (5.2)	7.1 (3.9)
Expériences sensorielles (0-25)	14.7 (7.8)	10.7 (5.6)

Nous avons mesuré la culpabilité à l'aide de l'échelle de culpabilité (GI : Guilt inventory). Le niveau de culpabilité « état » moyen à l'inclusion de notre population était de 39 (minimum : 10 ; maximum : 50). Ce niveau de **culpabilité était élevé**, presque deux fois plus important que celui retrouvé lors de la validation de la version française [59]. En effet, le niveau de culpabilité « état » moyen de 738 étudiants français était de 21. Ce résultat était attendu, Kugler et Jones [66] ont montré des corrélations positives entre la culpabilité et les symptômes dépressifs. Ce sentiment de culpabilité élevé pouvait être expliqué par le niveau de sévérité de la dépression. Ce symptôme représente un des critères pour la caractéristique mélancolique de l'épisode dépressif caractérisé (DSM-5).

Pour la dimension d'activation comportementale, nous avons utilisé la BADS-SF. Plus le score global est élevé, plus la dimension d'activation est forte. Ce questionnaire évaluait également l'évitement. On remarque que notre population de patients avec un syndrome dépressif caractérisé présentait un **score global plus faible d'activation** qu'un échantillon de 406 patients allemands [67] avec symptômes dépressifs et qu'un échantillon de 504 individus issus de la population générale belge [61]. Par contre la dimension d'évitement était plus faible que pour l'échantillon clinique allemand mais plus fort qu'une population non clinique (échantillon belge). (Tableau 24)

Tableau 24 : Comparaison des scores de la BADS-SF avec un échantillon clinique et un échantillon non clinique

BADS-SF	Echantillon de notre étude	Echantillon clinique Allemand	Echantillon non clinique belge
	Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)
Score global (0-54)	23.2 (9.6)	25.0 (7.7)	32.8 (9.8)
Activation (0-24)	6.6 (5.7)	10.2 (4.4)	13.3 (5.5)
Evitement (0-18)	7.4 (4.7)	8.2 (3.7)	5.4 (4.6)

b. Caractéristiques de la population, variables non affectives

Concernant le score de l'échelle de métacognition (MCQ-30), en comparaison avec la population non clinique de 182 individus britanniques de l'étude de Wells et Cartwright-Hatton lors de la présentation de ce questionnaire [62], notre population présentait à l'inclusion des scores élevés de métacognitions dysfonctionnelles surtout concernant les croyances négatives envers l'inquiétude. En comparaison avec un échantillon [68] de 55 patients français atteints d'un trouble anxieux et/ou dépressif, on remarque que notre échantillon avait un **score global plus élevé de métacognitions dysfonctionnelles** qui portait essentiellement sur les croyances négatives, le besoin de contrôle, et la réflexivité cognitive. (Tableau 25)

Tableau 25 : Comparaison des scores de la MCQ-30 avec un échantillon clinique français et non clinique britannique.

MCQ-30	Echantillon de notre étude	Echantillon français	Echantillon britannique non clinique de Wells
	Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)
Score global (30-120)	77.6 (12.5)	71.9 (13.6)	48.4 (13.3)
Croyances positives (6-24)	9.1 (3.0)	10.8 (4.6)	9.6 (3.5)
Croyances négatives (6-24)	20.1 (3.5)	17.4 (4.0)	9.3 (4.0)
Manque de confiance cognitive (6-24)	15.0 (6.9)	14.4 (5.5)	9.5 (4.1)
Besoin de contrôle (6-24)	16.2 (4.5)	13.9 (4.0)	8.3 (2.6)
Réflexivité cognitive (6-24)	17.3 (4.0)	15.4 (4.2)	11.7 (4.7)

Concernant les pensées persévératives, une grande étude réalisée sur 2088 étudiants [69] (Pays bas, Australie et Etats unis) a montré un score global de PTQ de 40/75. Notre échantillon montrait un **niveau de pensées persévératives plus important** avec un score global de 57/75 avec prédominance au niveau de la dimension de difficulté de désengagement de ces pensées.

Notre échantillon était caractérisé par une **plus faible disposition à la pleine conscience** que la population générale. Nous avons comparé nos résultats avec ceux de la population de 214 volontaires francophones : belges et français de l'étude d'Heeren *et al.* [64], qui n'ont jamais pratiqué de pleine conscience ni de méditation. Cette plus faible disposition à la pleine conscience prédominait sur les sous-facettes de description, de non réaction et de non jugement. (Tableau 26)

Tableau 26 : Comparaison des scores de la FFMQ avec un échantillon non clinique francophone

FFMQ	Echantillon de notre étude	Echantillon francophone non clinique
	Moyenne (Ecart-type)	Moyenne (Ecart-type)
Score global (39-195)	103,4 (18,2)	124.1 (18.4)
Observation (8-40)	23,4 (5.8)	24.4 (5.6)
Description (8-40)	18.0 (6.8)	25.8 (6.4)
Attention aux gestes (8-40)	27.3 (7.9)	27.3 (6.6)
Non réaction (7-35)	14.4 (4.0)	18.8 (4.5)
Non jugement (8-40)	20.4 (4.4)	27.8 (6.9)

Les résultats du PMQ, évaluant le niveau d'interprétation abstrait (question « Pourquoi ? ») et concret (question « Comment ? »), montrait que notre échantillon avait globalement une **résolution concrète** des problèmes de vie quotidienne. En effet, on retrouvait un score moyen de 5,5/8 « comment ? » et 2,5/8 « pourquoi ? ». Cela était en contradiction avec nos hypothèses.

2. Résultats analytiques

1. Vérification de la première hypothèse

Notre première hypothèse était que les effets de la métacognition, des modes de pensées et de la disposition à la pleine conscience sur la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé sont médiatisés par les pensées persévératives.

Avec un échantillon de 11 patients, nos résultats permettaient de vérifier cette hypothèse concernant la métacognition et la disposition à la pleine conscience, cela, à 2 moments distincts d'une prise en charge pour un épisode dépressif caractérisé, T0 et T2.

- A T0, les pensées persévératives étaient très fortement corrélées à la sévérité de la dépression ($r=0.85$, $p<0.001$) et particulièrement **les pensées de nature intrusive** qui expliquaient 76% de la variance de la sévérité de la dépression à T0. Il apparaissait que ces pensées intrusives médiatisaient totalement le lien entre les métacognitions dysfonctionnelles et la dépression, en concernant à la fois le score global mais aussi la dimension de manque de confiance cognitive. Les pensées intrusives médiatisaient aussi, totalement, le lien entre une faible attention aux gestes de la disposition à la pleine conscience et la sévérité de la dépression à T0.
- A sept mois d'évolution de la dépression (T2), il s'agissait des pensées persévératives qui étaient le plus fortement corrélées avec la dépression ($r=0.83$, $p<0.01$), particulièrement **les pensées de nature répétitive**, qui expliquaient 84% de la variance de la dépression. Nous retrouvons que ces pensées répétitives médiatisaient totalement le lien entre les croyances métacognitives négatives et la dépression mais aussi le lien entre les facettes d'observation et de non réaction de l'échelle de pleine conscience et la sévérité de la dépression à T2.

En revanche, à trois mois et demi (T1), on trouvait qu'il existait une forte corrélation entre les pensées persévératives avec la sévérité de la dépression ($r=0.62$, $p<0.05$) mais on n'observait pas de médiation par ces pensées persévératives, de la métacognition dysfonctionnelle, du niveau d'interprétation abstrait ou encore de la pleine conscience avec la dépression. A T1, il s'agissait de l'anhédonie qui était le plus fortement corrélé avec la sévérité de la dépression par sa dimension d'expérience sensorielle qui expliquait 68% de la variance de la dépression.

Nous n'avons retrouvé aucune corrélation du score du questionnaire de mode de pensée (PMQ-P : mode de pensée « Pourquoi ? », abstrait) avec la BDI-II aux trois temps. Cela est très probablement dû au manque de puissance. En effet, les résultats de la première étude portant sur le moment T0 avec les 15 patients inclus, montraient une corrélation significative du PMQ-P avec la BDI-II. Cependant, les sous facettes d'observation et d'attention aux gestes (attitude de concrétude) de l'échelle de pleine conscience, nous ont permis d'étudier le mode de pensée concret avec la dépression. On retrouvait :

- à T0 : l'attention aux gestes était corrélée négativement avec la BDI-II et ce lien était médiatisé totalement par les pensées intrusives.
- à T2 : la dimension d'observation était également corrélée négativement avec la BDI-II, et ce lien était médiatisé, totalement, par les pensées répétitives.

Cela signifie qu'à T0 et à T2, nous avons pu vérifier, par l'intermédiaire de la dimension d'observation et d'attention aux gestes, l'hypothèse d'une médiation par les pensées persévératives du mode de pensée avec la sévérité de la dépression. Comme il s'agissait d'une corrélation négative, cela signifie que la pensée abstraite avait un effet sur la sévérité de la dépression par l'intermédiaire des pensées persévératives.

2. Vérification de la deuxième hypothèse

La deuxième hypothèse concernait l'aspect évolutif, c'est-à-dire l'effet du niveau des pensées persévératives à T0 sur l'évolution à sept mois d'un épisode dépressif caractérisé. Nous n'avons pas pu confirmer cette hypothèse. Les résultats de l'analyse de variance retrouvaient une stabilité de la BDI-II au cours des sept mois. Il était donc difficile dans cette étude, de parler d'évolution de la dépression au bout de ces sept mois d'observation.

Même si le niveau de dépression restait stable, il était intéressant de remarquer que les liens avec les variables évoluaient au cours du temps. Les variables les plus fortement corrélées avec la sévérité de la dépression étaient:

- à T0 : **les pensées intrusives**
- à T1 : **l'anhédonie sensorielle**
- à T2 : **les pensées répétitives**

Mais, les symptômes qui semblaient avoir la meilleure valeur pronostique étaient l'**anxiété** et la **culpabilité**. En effet, nos résultats indiquaient qu'il existait des prédicteurs de sévérité, il s'agissait de l'anxiété observée à T0 et de la culpabilité observée à 3 mois et demi, qui

prédisaient le mieux la sévérité de la dépression à sept mois. Ces résultats concernant l'anxiété et la dépression concordent avec les études antérieures, une anxiété importante associée à un état dépressif constitue un facteur de risque de sévérité, de chronicité et de moins bonne réponse au traitement antidépresseur [70-71].

On retrouvait également que l'anxiété à T0 était très fortement corrélée ($r=0.85$; $p<0.001$) avec le niveau de culpabilité à T1. On pourrait donc supposer un lien entre le niveau d'anxiété initial, le degré de culpabilité à trois mois et demi et la sévérité de la dépression à sept mois. Nous pourrions envisager l'anxiété initiale mais aussi la culpabilité à trois mois et demi comme des facteurs pronostiques de l'évolution de la dépression. Cela souligne le grand intérêt de cibler, sur le plan thérapeutique, initialement l'anxiété mais aussi le sentiment de culpabilité à trois mois et demi.

Au regard de nos résultats sur un échantillon de 11 patients, nous n'avons pas pu confirmer l'hypothèse d'un lien entre les pensées persévératives et la dépression à sept mois. Cependant l'analyse de médiation a tout de même supposé une médiation par les pensées répétitives à T2, de l'effet de l'anxiété T0 et de la culpabilité T1 avec la dépression à T2. Mais ces hypothèses n'ont pas pu être confirmées par le manque de puissance. En augmentant l'échantillon, nous pourrions éventuellement observer une significativité de ces hypothèses de médiation.

B. Limites de cette étude

1. Liées à la taille de l'échantillon

Malgré un nombre faible de participants, nous avons trouvé des résultats significatifs, ces résultats restent préliminaires. Cette étude nécessite une poursuite des inclusions afin d'augmenter la taille de la population.

2. Liées aux caractéristiques de l'échantillon

Pour minimiser le biais de recrutement, nous avons initialement ciblé cette recherche sur le service d'hospitalisation UPA mais aussi les centres médico-psychologiques (CMP) de chaque secteur de la Somme afin d'inclure des patients suivis en ambulatoire. Après présentation du projet de recherche auprès des équipes des différents CMP et des contacts réguliers avec eux, nous n'avons pas eu de retour concernant des patients pouvant être inclus. Les raisons données étaient entre autres, la présence d'une addiction à l'alcool, comorbidité faisant partie des critères de non inclusion, mais aussi l'absence de motivation de la part des patients, ne souhaitant pas

s'investir dans une étude avec des réévaluations dans le temps, en plus des rendez-vous de suivi. Nous n'avons pu inclure que des patients hospitalisés, créant un biais de recrutement avec des patients qui présentaient pour la majorité un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère (82%).

Pour des raisons organisationnelles, cette étude est uni-centrique, il serait intéressant, par la suite, de l'étendre à d'autres régions de France pour une meilleure généralisation des résultats.

De surcroît, on sait qu'un épisode dépressif caractérisé s'accompagne de troubles cognitifs notamment des troubles de la concentration et de l'attention. La passation de ces questionnaires était longue et nécessitait une attention et une concentration soutenue, parfois difficile pour ces patients atteints de dépression.

On peut aussi se poser la question du biais de désirabilité sociale, le patient choisissant, d'une façon consciente ou inconsciente, une réponse qu'il évaluait comme étant la meilleure, sans prendre en compte ce qu'il pensait ou ressentait. Ce biais a été favorisé par notre présence lors de la passation des questionnaires mais il a été limité par le rappel de l'importance de l'authenticité des réponses. Pour la réévaluation à trois mois et demi et à sept mois, 45,5% des patients ont préféré remplir les questionnaires par internet ou les renvoyer par voie postale, limitant également ce biais.

Nous nous sommes posés également la question de l'interaction des différentes variables avec un trouble de la personnalité co-morbide qu'il aurait été intéressant d'évaluer. Mais cette évaluation s'avérait non faisable sur le plan organisationnel. La passation des questionnaires était longue et ne pouvait pas contenir en plus un questionnaire comme par exemple le NEO PI-R qui contient 240 items. Il s'agirait de s'intéresser à cela dans le cadre d'une autre recherche. Avec l'étude des liens entre les pensées persévératives, la métacognition, les niveaux d'interprétation et les troubles de la personnalité pouvant alors orienter vers des prises en charge psychothérapeutiques encore plus ciblées.

3. Biais de non répondants

Lors du contact téléphonique pour la réévaluation à trois mois et demi, deux patientes ont souhaité se retirer de l'étude. Pour la première patiente, la raison du retrait était de ne pas vouloir repenser aux moments ayant conduit à l'hospitalisation. Pour la deuxième, il s'agissait de problèmes organisationnels, elle ne pouvait pas se déplacer et n'avait pas le temps de répondre aux questionnaires au domicile.

Nous avons eu deux patients « perdus de vue », un à trois mois et demi et l'autre à sept mois malgré les sollicitations téléphoniques et la vérification des coordonnées sur le logiciel de l'hôpital.

4. Liées aux questionnaires

Le nombre et la longueur de certains questionnaires ont rendu la passation longue. Le temps estimé était d'environ une heure, or certaines passations pouvaient durer jusqu'à 2 heures parfois plus, la moyenne était de 1h30 à 1h45. Cela a été probablement à l'origine de biais dans les réponses de ces patients présentant une fatigabilité importante du fait de l'EDC. Nous avons essayé d'en tenir compte en proposant des pauses à plusieurs reprises.

L'augmentation du temps global de passation s'expliquait par le besoin des patients de verbaliser autour de certaines propositions des questionnaires, en revenant sur leur histoire personnelle. Mais aussi par des difficultés de compréhension de certains items. Quelques patients demandaient des explications ou des précisions quant aux sens des phrases.

C. Intérêts thérapeutiques

Parallèlement à un traitement antidépresseur, nos résultats orientent vers des propositions de psychothérapies ciblées sur les pensées persévératives mais aussi sur les métacognitions dysfonctionnelles ou encore des psychothérapies de pleine conscience. Ces résultats appuient également l'idée d'une prise en charge initiale renforcée de l'anxiété.

1. La thérapie métacognitive : *métacognitive therapy* (MCT)

La théorie métacognitive de la dépression a abouti à une nouvelle forme de traitement psychothérapeutique, la thérapie métacognitive (MCT). Elle est considérée comme un élargissement de la thérapie cognitive classique.

L'approche traditionnelle de la thérapie cognitive pour les troubles psychologiques amène au fait que ce ne sont pas les événements eux-mêmes qui sont à l'origine des affections psychologiques mais la façon dont les événements sont interprétés. La thérapie cognitive porte sur le changement du contenu de la pensée et la croyance de la personne dans la validité de ce contenu.

En revanche, la thérapie métacognitive traite de la façon dont les gens pensent, en supposant que le problème réside dans des styles de pensée inflexibles et récurrents en réponse à des pensées, des sentiments et des croyances négatifs. Elle met l'accent sur la remise en question des

croyances métacognitives et sur la suppression des styles de traitement dysfonctionnels que sont les ruminations, les inquiétudes, les suppressions de pensées. [34]

Normann *et al.* ont effectué une méta-analyse [72] sur l'efficacité de la thérapie métacognitive de la dépression et des troubles anxieux. Ils retrouvent une meilleure efficacité de cette thérapie comparée à la thérapie cognitivo-comportementale classique.

2. La thérapie cognitive et comportementale ciblée sur les ruminations : *ruminaton focused cognitive behavior therapy (RFCBT)*

Cette thérapie a comme fondement le fait qu'un style abstrait, décontextualisé et global, caractéristique de la rumination dépressive est à l'origine d'une mauvaise résolution des problèmes et d'une réactivité émotionnelle accrue, par rapport à un style concret, spécifique et contextualisé. Cette approche considère la rumination comme un comportement habituel appris [30]. La RFCBT a pour but de favoriser un style de pensée plus utile et de faire rendre compte au patient que la rumination est une expérience personnelle négative. Il s'agit d'examiner comment, quand et où la rumination se produit ou ne se produit pas et d'élaborer des plans qui la réduisent ou la remplacent comme un engagement efficace dans les tâches ou encore une reconnaissance des signes avant coureur de rumination. [46]

En 2011, une étude menée par Watkins *et al.* [31] a montré l'efficacité de cette thérapie dans la dépression résiduelle et dans la lutte contre la récurrence.

3. Les thérapies de pleine conscience

a. Programme de pleine conscience pour la réduction du stress : *mindfulness based stress reduction (MBSR)*

La MBSR a été développée par Kabat-Zinn (1982) auprès de patients souffrants d'un problème de santé chronique pour lequel il n'y avait pas de traitement médical satisfaisant. Pour tous les exercices de pleine conscience, les participants sont invités à concentrer leur attention sur une cible d'observation (par exemple : respirer ou marcher) et à en prendre conscience à chaque instant. Lorsque des émotions, des sensations ou des cognitions apparaissent, elles sont observées sans jugement, le but étant de se décentrer de ses émotions négatives. Lorsque le participant remarque que l'esprit a erré dans des pensées, des souvenirs ou des fantasmes, sa nature ou son contenu est brièvement noté si possible, puis l'attention est ramenée au moment

présent. Cette thérapie améliore la gestion de la détresse et du handicap dans la vie quotidienne mais aussi dans des conditions de pathologie grave (néoplasie). [73]

b. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : *mindfulness based cognitive therapy* (MBCT)

Elaborée par Teasdale, Segal et Williams en 1995 [74], cette thérapie est en grande partie basée sur le programme MBSR. Le programme MBCT a été conçu essentiellement dans le cadre de la prévention des rechutes et des récurrences après une rémission d'un épisode dépressif caractérisé. Il incorpore des éléments de thérapie cognitive qui facilitent une vision détachée ou décentrée de ses pensées, avec des énoncés tels que « les pensées ne sont pas des faits » ou « je ne suis pas mes pensées ». Cette approche décentrée s'applique également aux émotions et aux sensations du corps. La MBCT prévient les rechutes dépressives en apprenant aux personnes anciennement déprimées à observer leurs pensées et leurs sentiments sans les juger ni les analyser et à les considérer simplement comme des événements mentaux qui vont et viennent, plutôt que comme des aspects d'eux-mêmes ou comme des reflets précis de la réalité [30]. En effet, Segal *et al.* [75] ont remarqué qu'une humeur triste réactive des styles de pensées associées à des humeurs tristes passées et qu'un faible changement d'humeur chez d'anciens déprimés entraînerait de grands changements en terme de pensées négatives, ils nomment cela « la réactivité cognitive ». Les individus ont tendance à porter davantage attention aux émotions négatives, lesquelles induisent souvent des pensées négatives, une propension à l'autocritique et des ruminations, favorisant la rechute dépressive. Le but de la MBCT est de diminuer cette réactivité cognitive.

Une étude prospective de 2015 [5] réalisée au Royaume Uni sur 2 ans avec une population de patients à fort risque de récurrence (ayant eu au moins trois épisodes dépressifs caractérisés) a montré que les délais de rechute et de récurrence ne sont pas différents entre un groupe avec un traitement antidépresseur d'entretien et un groupe avec une psychothérapie MBCT seule (avec interruption progressive du traitement antidépresseur). Cette étude indique que la MBCT constitue une alternative aux antidépresseurs d'entretien dans la prévention d'une rechute ou d'une récurrence. D'autres études [6,76] ont montré l'efficacité de la thérapie MBCT chez des patients symptomatiques aux antécédents de dépression récurrente. En effet, les auteurs ont observé que la participation au programme MBCT en plus du traitement courant était plus efficace que le traitement antidépresseur seul dans la réduction des symptômes dépressifs et anxieux résiduels.

c. Autres thérapies dérivées de la pleine conscience

- La thérapie d'acceptation et engagement (*Acceptance and commitment therapy*: ACT) enseigne aux patients l'abandon des tentatives de contrôle des pensées et des sentiments en les observant sans jugement et en les acceptant tels qu'ils sont, tout en changeant leurs comportements de façon constructive pour améliorer leur vie. [77]
- La thérapie comportementale dialectique (*Dialectical behavior therapy*: DBT) est une approche multidimensionnelle du traitement du trouble de la personnalité borderline.

d. Corrélats anatomiques de l'efficacité de la pleine conscience

Quelques études se sont intéressées aux modifications cérébrales sous-jacentes de la pleine conscience. En 2009, une étude réalisée par Luders *et al.* [78] a examiné les effets de la méditation à long terme en étudiant les structures anatomiques sur imagerie à résonance magnétique (IRM) de 22 individus pratiquant la méditation depuis au moins 5 ans versus 22 individus témoins. Les résultats ont montré des volumes plus importants de matière grise au niveau du cortex orbito-frontal droit (ainsi que dans le thalamus droit et le gyrus temporal inférieur gauche) et de l'hippocampe droit. Les régions orbito-frontales et hippocampiques sont impliquées dans la régulation émotionnelle et le contrôle de la réponse. Ainsi, des volumes plus importants dans ces régions pourraient expliquer les capacités et habitudes singulières des méditants à cultiver des émotions positives, à maintenir leur stabilité émotionnelle et à adopter un comportement conscient.

Une étude de Lutz *et al.* [79] s'est intéressée aux effets d'une courte intervention de pleine conscience pendant une excitation émotionnelle (l'attente et la perception d'images négatives), grâce à la réalisation d'IRM fonctionnelle chez 24 individus en bonne santé comparativement à 22 témoins. La pleine conscience était associée à :

- un recrutement marqué de structures cérébrales impliquées dans la régulation descendante des émotions (régions préfrontales et insulaires) pendant la phase d'attente du stimulus négatif par rapport au groupe témoin.
- une activation réduite des régions impliquées dans le traitement des émotions (amygdale et gyrus para-hippocampique) à la perception des stimuli négatifs par rapport au groupe témoin.

La pleine conscience semble donc avoir un effet atténuant sur l'excitation émotionnelle et cela, sans entraînement intensif.

D. Ouverture sur d'autres recherches

Cette étude nécessite d'être poursuivie en augmentant le nombre d'inclusion. Avec une population plus importante, nous pourrions vérifier nos résultats mais aussi tester différentes hypothèses de médiation afin d'éclaircir les liens entre ces différentes variables affectives et non affectives avec la dépression. Nous pourrions également obtenir des résultats significatifs concernant le mode de pensée (abstrait/concret) avec le PMQ. Ou encore pouvoir établir une médiation par les pensées persévératives du lien entre l'anxiété à T0 et la culpabilité à T1 sur la sévérité de la dépression à T2.

En plus d'augmenter la taille de l'échantillon, il serait également intéressant de la diversifier concernant le niveau de sévérité et d'augmenter le temps de suivi des patients.

De plus, quelques études se sont intéressées au sentiment de culpabilité et de honte dans l'anxiété mais elles sont rares et les hypothèses proposées font le plus souvent état que la culpabilité et la honte pourraient être considérées comme des facteurs de vulnérabilité des troubles anxieux [80]. Dans notre étude, il s'agit du niveau d'anxiété qui serait prédicteur du niveau de culpabilité. Il serait donc intéressant de préciser les liens retrouvés entre ces deux symptômes.

VI. CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de préciser les effets des pensées persévératives, de la métacognition, et du niveau d'interprétation sur la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé et son évolution. Nous présentons ici les résultats préliminaires sur 7 mois d'évolution avec un échantillon de 11 patients.

Avec cet échantillon, nous retrouvons qu'il apparaît que la variable « pensées persévératives » étaient le plus fortement corrélées à la sévérité de la dépression. Nous confirmons cela à deux moments différents de l'évolution d'un épisode dépressif caractérisé c'est-à-dire au moment du diagnostic (T0) et à sept mois d'évolution (T2).

Nous avons pu confirmer notre hypothèse d'une médiation par les pensées persévératives concernant l'effet de la métacognition et de la disposition à la pleine conscience avec la sévérité de la dépression. A T0, les pensées persévératives à caractère intrusif médiatisaient totalement les effets de la métacognition et de la dimension d'attention aux gestes de la pleine conscience sur la sévérité de la dépression. A T2, les pensées persévératives à caractère répétitif médiatisaient totalement les effets des croyances métacognitives négatives et des dimensions d'observation et de non réaction de la pleine conscience sur la sévérité de la dépression.

Par ailleurs, nos résultats ont montré que l'anxiété à T0 et la culpabilité à T1 étaient les meilleurs prédicteurs de la sévérité de la dépression à T2.

La poursuite de cette étude avec l'augmentation de la taille de la population permettra de vérifier ces premiers résultats. Il est important de pouvoir diversifier notre échantillon en incluant des patients issus des prises en charge ambulatoire comme il était prévu initialement. Mais aussi d'augmenter le temps d'observation de l'évolution des épisodes afin de pouvoir observer un effet du temps sur la dépression.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci* 2008 ; 3 (5) : 400-24.
2. Spasojević J, Alloy LB. Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion* 2001 ; 1 (1) : 25-37.
3. Ciesla JA, Roberts JE. Self-Directed Thought and Response to Treatment for Depression: A Preliminary Investigation. *J Cogn Psychother* 2002 ; 16 (4) : 435-53.
4. Watkins E, Moulds M. Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion* 2005 ; 5 (3) : 319-28.
5. Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet* 2015 ; 386 (9988) : 63-73.
6. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009 ; 47 (5) : 366-73.
7. OMS-La dépression. Organisation mondiale de la santé. [Internet]. [consulté le 22 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/>
8. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - L'état de santé de la population - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [consulté le 26 déc 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr>
9. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. [Internet]. [consulté le 27 déc 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>
10. Observatoire national du suicide [Internet]. [consulté le 16 janv 2018]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
11. Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé. [Internet]. [consulté le 22 déc 2017]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
12. American Psychiatric Association. Mini DSM-5 Critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.

13. Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. Third Edition - ProQuest [Internet]. [consulté le 3 mars 2018]. Disponible sur: <https://search.proquest.com/openview/8ff8c795e81d9e43ea240f9dda7578f5/1?pqorigsite=gscholar&cbl=40661>
14. Pintor L. Relapse of major depression after complete and partial remission during a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 2003 ; 73 (3) : 237-44.
15. Spadone C. Évolution des maladies dépressives. *Presse Médicale* 2004 ; 33 (20) : 1469-73.
16. Haute Autorité de santé - dépression adulte argumentaire pec.pdf [Internet]. [consulté le 21 déc 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_pec.pdf
17. Spadone C, Corruble E. Symptômes résiduels et récurrence dans le trouble dépressif majeur. *L'Encéphale* 2010; 36 : S 108-11.
18. Serafini G, Nebbia J, Cipriani N, Conigliaro C, Erbutto D, Pompili M, et al. Number of illness episodes as predictor of residual symptoms in major depressive disorder. *Psychiatry Res* 2017.
19. Judd LL, Paulus MJ, Schettler PJ, Akiskal HS, Endicott J, Leon AC, et al. Does Incomplete Recovery From First Lifetime Major Depressive Episode Herald a Chronic Course of Illness? *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 (9) : 1501-4.
20. Thase ME. Update on Partial Response in Depression. *J Clin Psychiatry* 2009 ; 70 (suppl 6) : 4-9.
21. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995 ; 25 (06) : 1171.
22. Judd, L. L., Paulus, M. P., Wells, K. B., & Rapaport, M. H. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry* 1996 ; 153 (11) : 1411.
23. Keller MB, Boland RJ. Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol Psychiatry* 1998 ; 44 (5) : 348-60.
24. Douilliez C, Heeren A, Lefèvre N, Watkins E, Barnard P, Philippot P. Validation de la version française d'un questionnaire évaluant les pensées répétitives constructives et non constructives. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport* 2014 ; 46 (2) : 185-92.

25. Martin LL, Tesser A. Some of Ruminative Thought. *Ruminative thoughts: Advances in social cognition*. IS Wyer 1996. Vol.9 p1-47.
26. Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther* 1983 ; 21 (1) : 9-16.
27. Mor N, Winquist J. Self-focused attention and negative affect: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2002 ; 128 (4) : 638.
28. Lyubomirsky S, Tkach C. The consequences of dysphoric rumination. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. John Wiley & Sons Ltd 2003 ; p. 21-41.
29. Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behav Res Ther* 2007 ; 45 (2) : 277-90.
30. Watkins E. Psychological treatment of depressive rumination. *Curr Opin Psychol* 2015 ; 4 : 32-6.
31. Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, Rimes K, Steiner H, Bathurst N, et al. Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011 ; 199 (04) : 317-22.
32. Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schönfeld S, Ehlers A. The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011 ; 42 (2) : 225-32.
33. Collège des Enseignants de Neurologie. Sémiologie des fonctions cognitives [Internet]. [consulté le 17 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.cen-neurologie.fr/premier-cycle/semiologie>
34. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. John Wiley & Sons Ltd ; 2009. p. 1-16
35. Flavell JH. Metacognitive aspects of problem solving. *The nature of intelligence*. 1976. p. 231-5.
36. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *Am Psychol*. 1979 ; 34 (10) : 906-11.
37. Le Berre AP, Eustache F, Beaunieux H. La métamémoire : théorie et clinique. *Rev Neuro psychol* 2009 ; 1 (4) : 312.

38. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996 ; 34 (11-12) : 881-8.
39. Delavar B, Dolatshahi B, Nouri M, Aryanfar K. Metacognition and Depression, State Anxiety and Trait Anxiety Symptoms. *Pract Clin Psychol* 2014 ; 2 (3) : 195-200.
40. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract* 2001 ; 8 (2) : 160-4.
41. Papageorgiou, C., & Wells, A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research* 2003 ; 27 (3) : 261-273.
42. Papageorgiou C, Wells A. Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther* 2001 ; 32 (1) : 13-26.
43. Vallacher RR, Wegner DM. What Do People Think They're Doing? Action Identification and Human Behavior. *Psychol Rev* 1987 ; 94 (1) : 3-15.
44. Watkins E, Moberly NJ, Moulds ML. Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion* 2008 ; 8 (3) : 364-78.
45. Watkins E, Moulds ML. Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Personal Individ Differ* 2007 ; 43 (6) : 1386-95.
46. Watkins E, Scott J, Wingrove J, Rimes K, Bathurst N, Steiner H, et al. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behav Res Ther* 2007 ; 45 (9) : 2144-54.
47. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York : Dell Publishing ; 1990.
48. Heeren A, Philippot P. Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique. 2010. Vol. 31. p. 37
49. Wells A. Detached Mindfulness In Cognitive Therapy: A Metacognitive Analysis And Ten Techniques. *J Ration-Emotive Cogn-Behav Ther* 2005 ; 23 (4) : 337-55.
50. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice* 2004 ; 11 (3) : 230-241.

51. Csillik A, Tafticht N. Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Prat Psychol* 2012 ; 18 (2) : 147-59.
52. Brown K, Ryan R. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being 2003. Vol. 84. p. 822
53. Heeren A, Philippot P. Changes in Ruminative Thinking Mediate the Clinical Benefits of Mindfulness: Preliminary Findings. *Mindfulness* 2011 ; 2 (1) : 8-13.
54. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment* 2006 ; 13 (1) : 27-45.
55. Beck A. Manuel du BDI-II. Centre de Psychologie Appliquée. Paris; 1996.
56. Bourque P, Beaudette D. Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Can J Behav Sci* 1982 ; 14 (3) : 211-8.
57. Beck AT, Steer RA. Beck anxiety inventory (BAI). *BiB* 2010. 1988 ; 54.
58. Rizvi SJ, Quilty LC, Sproule BA, Cyriac A, Michael Bagby R, Kennedy SH. Development and validation of the Dimensional Anhedonia Rating Scale (DARS) in a community sample and individuals with major depression. *Psychiatry Res* 2015 ; 229 (1-2) : 109-19.
59. Kedia G, Berthoz S. Psychometric properties of the French version of the Guilt Inventory. *Can J Psychiatr* 2010 ; 55 (12) : 800-9.
60. Manos RC, Kanter JW, Luo W. The Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form: Development and Validation. *Behav Ther* 2011 ; 42 (4) : 726-39.
61. Wagener A, Van der Linden M, Blairy S. Psychometric properties of the French translation of the Behavioral Activation for Depression Scale–Short Form (BADs-SF) in non-clinical adults. *Compr Psychiatry* 2015 ; 56 (Supplement C) : 252-7.
62. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004 ; 42 (4) : 385-96.
63. Bassanini A, Caselli G, Fiore F, Ruggiero GM, Sassaroli S, Watkins ER. Why “why” seems better than “how”. Processes underlining repetitive thinking in an Italian non-clinical sample. *Personal Individ Differ* 2014 ; 64 : 18-23.

64. Heeren A, Douilliez C, Peschard V, Debrauwere L, Philippot P. Cross-cultural validity of the Five Facets Mindfulness Questionnaire: Adaptation and validation in a French-speaking sample. *European Rev Appl Psychol* 2011 ; 61 (3) : 147-51.
65. Weger M, Sandi C. High anxiety trait: A vulnerable phenotype for stress-induced depression. *Neurosci Biobehav Rev* 2018 ; 87 : 27-37.
66. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *J Pers Soc Psychol* 1992 ; 62 (2) : 318-27.
67. Fuhr K, Hautzinger M, Krisch K, Berking M, Ebert DD. Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADs) Psychometric properties of the long and short form. *Compr Psychiatry* 2016 ; 66 : 209-18.
68. Visinet A, Soumet-Leman C, Baptista A, Bungener C, Jouvent R. Approche psychométrique de la métacognition : étude pilote en population clinique. *L'Encéphale* 2017 ; 43 (2) : 120-7.
69. McEvoy PM, Hyett MP, Ehring T, Johnson SL, Samtani S, Anderson R, et al. Transdiagnostic assessment of repetitive negative thinking and responses to positive affect: Structure and predictive utility for depression, anxiety, and mania symptoms. *J Affect Disord* 2018.
70. Vanelle J-M. Comorbidité, dépression et anxiété : les liaisons dangereuses. *L'Encéphale* 2005 ; 31 (6) : 34-6.
71. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S, Acharyya S, Neuenschwander M, Angst J. Longitudinal Trajectories of Depression and Anxiety in a Prospective Community Study: The Zurich Cohort Study. *Arch Gen Psychiatry* 2003 ; 60 (10) : 993.
72. Normann N, van Emmerik AAP, Morina N. The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress Anxiety* 2014 ; 31 (5) : 402-11.
73. Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Pract* 2006 ; 10 (2) : 125-43.
74. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther* 1995 ; 33 (1) : 25-39.
75. Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive Reactivity to Sad Mood Provocation and the Prediction of Depressive Relapse. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 (7) : 749.

76. Kenny MA, Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007 ; 45 (3) : 617-25.
77. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006 ; 44 (1) : 1-25.
78. Luders E, Toga AW, Lepore N, Gaser C. The underlying anatomical correlates of long-term meditation: Larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *NeuroImage* 2009 ; 45 (3) : 672-8.
79. Lutz J, Herwig U, Opialla S, Hittmeyer A, Jäncke L, Rufer M, et al. Mindfulness and emotion regulation, an fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014 ; 9 (6) : 776-85.
80. Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame-and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *J Anxiety Disord* 2010 ; 24 (8) : 811-815.

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire d'information et de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : « Dépression, mode de traitement de l'information et métacognition »	
No Eudract/IDRCB : 2016-A01101-50	
Promoteur : Centre Hospitalier Philippe Pinel Amiens Route de Paris 80044 Amiens Cedex	Investigateur Coordonnateur: Tel : 03 22 66 89 64 Docteur Valérie YON Unité de Psychiatrie Adulte 1 Place Victor Pauchet 80054 Amiens cedex
Attaché de recherche clinique coordonnateur : Olivier LEFEBVRE, docteur en psychologie clinique chargé de recherche à l'hôpital Philippe Pinel Tel : 03 22 53 46 44	
Personnes associées à la recherche : Anthony GOMES et Joséphine ROVILLAIN : internes en psychiatrie à Amiens	

Madame, Monsieur,

Avant de décider si vous acceptez de participer à cette étude, merci de lire les informations suivantes.

Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche sans avoir à vous justifier et sans aucune conséquence sur votre prise en charge.

Ce document vous appartient et nous vous invitons à en discuter avec votre médecin et vos proches.

RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS :

1. Objectifs de la recherche :

Cette recherche porte sur les liens entre certains symptômes de la dépression, la façon d'interpréter les différents événements de la vie et la manière dont on comprend ses propres pensées (métacognition).

2. Participation à la recherche :

La recherche est basée sur la passation de différents questionnaires à 3 reprises : lors de la première rencontre puis à 3 ½ mois et à 7 mois.

La première partie est basée sur un hétéro-questionnaire c'est-à-dire des questions qui seront posées à l'oral par le chercheur. En fonction des données recueillies, le chercheur vous proposera de remplir plusieurs questionnaires auxquels vous devrez répondre seul sur le logiciel informatique en présence du chercheur qui reste à votre disposition en cas de difficulté.

Vous serez recontacté par téléphone à 3 ½ mois et à 7 mois de la première rencontre afin de vous proposer de passer à nouveau les questionnaires à remplir seul. Le chercheur qui vous contactera vous proposera de vous faire parvenir les questionnaires par internet via une plateforme anonyme (Google Form) ou lors d'un nouveau rendez vous avec un soignant.

Vous avez la possibilité de poser des questions avant et à tout moment de cette recherche.

3. Confidentialité et anonymat :

Vos réponses aux questions et les données qu'elles fournissent sont absolument confidentielles. Seuls les chercheurs nommés ci dessus disposeront de vos réponses. En aucun cas, ces réponses ne figureront dans votre dossier médical. D'autres part, vos réponses ne seront pas enregistrées en votre nom mais sous un numéro codé.

4. Avantages et inconvénients :

Inconvénients : le seul inconvénient est le temps passé à répondre aux questionnaires. Ce temps est estimé à 15 minutes pour la première partie et 45 minutes pour la deuxième soit un total d'environ une heure.

Avantages : en participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances sur la dépression et sa prise en charge.

5. Droits de retrait :

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer à tout moment. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur par mail ou par téléphone (Coordonnées indiquées au paragraphe 7 de ce document). Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements personnels et les données vous concernant seront détruits et il n'y aura aucune conséquence sur votre prise en charge.

6. Indemnités :

Aucune compensation financière ne sera versée pour cette recherche

7. Contact :

Mail : o.lefevre@ch-pinel.fr

Numéro de téléphone : 03 22 53 46 44

Cette recherche est une recherche biomédicale ne portant pas sur un produit de santé, elle est conforme au code de la santé publique (Titre 2 du livre 1 relatif aux recherches biomédicales).

De ce fait, l'hôpital Philippe Pinel a contracté une assurance conformément aux dispositions législatives garantissant sa responsabilité civile et celle de tout intervenant. Elle répond aux critères de garantie définis pour la protection des personnes participant à une recherche clinique. Le contrat d'assurance peut être consulté auprès de la direction de l'hôpital (adresse et numéro de téléphone).

CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages et les inconvénients de cette recherche. Je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Nom du patient :	Nom du chercheur :
Prénom du patient :	Prénom du chercheur :
Date :	Date :
Lieu :	Lieu :
Signature du patient :	Signature du chercheur :

Annexe 2 : Questionnaire BDI-II

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de quatre propositions. Pour chaque série, lisez les quatre propositions, puis indiquez dans la case de droite par le chiffre correspondant celle qui décrit le mieux votre état actuel.

0	1	2	3	Choix
Je ne me sens pas triste	Je me sens très souvent triste	Je me sens tout le temps triste	Je suis si triste et si malheureux que ce n'est pas supportable	
Je ne suis pas découragé face à mon avenir	Je me sens plus découragé qu'avant face à mon avenir	Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi	J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer	
Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie ni d'être un(e) raté(e)	J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû	Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échec	J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie	
J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent	Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant	J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisent habituellement	Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement	
Je ne me sens pas particulièrement coupable	Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire	Je me sens coupable la plupart du temps	Je me sens tout le temps coupable	
Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e)	Je sens que je pourrais être puni(e)	Je m'attends à être puni(e)	J'ai le sentiment d'être puni(e)	
Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé	J'ai perdu confiance en moi	Je suis déçu(e) par moi-même	Je ne m'aime pas du tout	
Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus	Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais	Je me reproche tous mes défauts	Je me reproche tous les malheurs qui arrivent	
Je ne pense pas du tout à me suicider	Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas	J'aimerais me suicider	Je me suiciderais si l'occasion se présentait	
Je ne pleure pas plus qu'avant	Je pleure plus qu'avant	Je pleure pour la moindre petite chose	Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable	
Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude	Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille	Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose	
Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités	Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses	Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses	J'ai du mal à m'intéresser à quoique ce soit	
Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant	Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions	J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions	J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision	
Je pense être quelqu'un de valable	Je ne crois pas avoir autant de valeur ni d'être aussi utile qu'avant	Je me sens moins valable que les autres	Je sens que je ne vauds absolument rien	
J'ai toujours autant d'énergie qu'avant	J'ai moins d'énergie qu'avant	Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose	J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit	
Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé	Je dors un peu plus que d'habitude ou je dors un peu moins que d'habitude	Je dors beaucoup plus que d'habitude ou je dors beaucoup moins que d'habitude	Je dors presque toute la journée ou je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir	
Je ne suis pas plus irritable que d'habitude	Je suis plus irritable que d'habitude	Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude	Je suis constamment irritable	
Mon appétit n'a pas changé	J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude ou j'ai un peu plus d'appétit que d'habitude	J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude ou j'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude	Je n'ai pas d'appétit du tout ou j'ai constamment envie de manger	
Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant	Je ne parviens pas à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit	J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit	Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit	
Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude	Je me fatigue plus facilement que d'habitude	Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant	Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant	
Je n'ai pas acté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe	Le sexe m'intéresse moins qu'avant	Le sexe m'intéresse beaucoup moins qu'avant	J'ai perdu tout intérêt pour le sexe	

Annexe 3 : Questionnaire BAI

Voici une liste de symptômes fréquemment rencontrés dans l'anxiété. Veuillez lire chaque proposition et indiquer dans chaque case le chiffre qui correspond le mieux à votre état au cours de la semaine dernière (aujourd'hui inclus). Entrez le numéro correspondant.

	PAS DU TOUT: 0	UN PEU: 1 Pas beaucoup dérangé	MODEREMENT:2 Très déplaisant mais supportable	BEAUCOUP:3 A peine le supportable
Sensation d'engourdissement, de picotement				
Bouffées de chaleur				
Jambes molles, tremblements dans les jambes				
Incapacité à se détendre				
Crainte que le pire ne survienne				
Etourdissements ou vertiges				
Battements cardiaques marqués ou rapides				
Mal assuré, manque d'assurance dans mes mouvements				
Je suis terrifié(e)				
nervosité				
Sensation d'étouffement				
Tremblements des mains				
Tremblements, je suis chancelant(e)				
Crainte de perdre le contrôle de soi				
Respiration difficile				
Peur de mourir				
Sensation de peur, j'ai la frousse				
Indigestion ou malaise abdominal				
Sensation de défaillance ou d'évanouissement				
Rougisement du visage				
Transpiration non associée à la chaleur				

Annexe 4 : Questionnaire DARS

Listez s'il vous plaît au moins deux de vos passes temps/hobbies favoris qui NE SONT PAS principalement de nature sociale :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
	1	2	3	4	5
J'apprécierai ces activités.					
Je passerai du temps à m'engager dans ces activités.					
Je veux faire ces activités.					
Ces activités m'intéresseraient.					

Listez s'il vous plaît au moins deux de vos aliments/boissons favoris :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
	1	2	3	4	5
Je ferai un effort pour obtenir ou préparer ces aliments/boissons.					
J'apprécierais ces aliments/boissons.					
J'ai envie d'obtenir ces aliments/boissons.					
Je mangerai autant de ces aliments/boissons que je peux.					

Listez s'il vous plaît au moins deux de vos activités sociales favorites :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
	1	2	3	4	5
Passer du temps à pratiquer ces activités me rendrait heureux.					
Je serai intéressé par le fait de faire des choses qui impliquent d'autres personnes.					
Je serai celui qui programmerait ces activités.					
Je participerai activement à ces activités sociales.					

Listez s'il vous plaît au moins deux de vos expériences sensorielles favorites :

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Enormément
	1	2	3	4	5
Je rechercherai activement ces expériences.					
Je suis excité à l'idée de faire ces expériences.					
Si j'avais la possibilité de faire ces expériences, je savourerai chaque moment.					
J'ai envie de faire ces expériences.					
Je ferai un effort pour passer du temps à faire ces expériences.					

Annexe 5 : Questionnaire GI

Évaluez chacune des propositions ci-dessous en utilisant l'échelle proposée. Inscrire le chiffre qui correspond le mieux à votre situation.

	Désaccord complet	Assez en désaccord	Moyennement d'accord	Assez d'accord	Accord complet
	1	2	3	4	5
1. Ces derniers temps, je me suis senti(e) en accord avec moi-même et mes actes.					
2. Récemment, j'ai fait quelque chose que je regrette profondément.					
3. Ces derniers temps, ça n'a pas été facile d'être moi-même.					
4. Ces derniers temps, je me suis senti(e) en paix et serein(e).					
5. Si je pouvais revivre ces dernières semaines ou ces derniers mois, je ne changerais absolument rien à ce que j'ai fait.					
6. En ce moment, il n'y a rien dont je me sente particulièrement coupable.					
7. Je donnerais n'importe quoi si, d'une manière ou d'une autre, je pouvais revenir en arrière et changer ce que j'ai récemment fait de mal.					
8. Il y a au moins une chose dans mon passé récent que j'aimerais changer.					
9. Ces derniers temps, ma vie serait bien meilleure si seulement j'avais agi autrement.					
10. Ces derniers temps, j'ai été préoccupé(e) et perturbé.					

Annexe 6 : Questionnaire BADS-SF

Veillez lire attentivement chacun des énoncés suivants et inscrire le nombre qui décrit le mieux à quel point l'énoncé est vrai pour vous, pour la semaine écoulée, y compris aujourd'hui.

	Pas du tout 0	1	Un peu 2	3	Beaucoup 4	5	Complètement 6
1. Il y a eu des choses que je devais faire que je n'ai pas faites.							
2. Je suis content(e) de la quantité et du genre de choses que j'ai accomplies.							
3. Je me suis livré(e) à de nombreuses activités différentes.							
4. J'ai pris de bonnes décisions quant au genre d'activités et/ou de situations dans lesquelles je me suis engagé(e).							
5. J'ai été une personne active et j'ai accompli les objectifs que je m'étais fixés.							
6. La plupart des choses que j'ai faites avaient pour objectif d'échapper à quelque chose de désagréable ou à l'éviter.							
7. J'ai passé beaucoup de temps à ressasser mes problèmes.							
8. Je me suis livré(e) à des activités pour oublier que je ne me sentais pas bien.							
9. J'ai fait des choses qui étaient agréables.							

Annexe 7 : Questionnaire PTQ

Dans ce questionnaire, nous allons vous demander de décrire la manière dont vous pensez habituellement à des problèmes ou des expériences négatives. Lisez chacune des propositions présentées ci-dessous et évaluez dans quelle mesure cela s'applique à vous lorsque vous pensez à des expériences négatives ou à des problèmes. Ne passez pas trop de temps à répondre, c'est votre première impression qui est importante.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Presque toujours
	1	2	3	4	5
1. Les mêmes pensées continuent à traverser mon esprit encore et encore.					
2. Des pensées s'immiscent dans mon esprit.					
3. Je ne peux pas m'arrêter d'y penser.					
4. Je pense à beaucoup de problèmes sans réussir à en résoudre un seul.					
5. Je ne peux rien faire d'autre lorsque je suis en train de penser à mes problèmes.					
6. Mes pensées se répètent.					
7. Des pensées me viennent à l'esprit sans que je le veuille.					
8. Je reste bloqué(e) sur certains problèmes et n'arrive pas à aller de l'avant.					
9. Je continue à me poser des questions sans réussir à trouver de réponse.					
10. Mes pensées m'empêchent de me concentrer sur d'autres choses.					
11. Je continue à penser aux mêmes problèmes tout le temps.					
12. Des pensées surgissent dans mon esprit.					
13. Je me sens poussé(e) à continuellement penser aux mêmes problèmes.					
14. Mes pensées ne sont pas d'une grande aide pour moi.					
15. Mes pensées mobilisent toute mon attention.					

Annexe 8 : Questionnaire MCQ-30

	Pas d'accord	Légerement d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
	1	2	3	4
1. Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir.				
2. Le fait de m'inquiéter est dangereux pour moi.				
3. Je réfléchis beaucoup sur mes pensées.				
4. Le fait de m'inquiéter pourrait me rendre malade.				
5. Je suis conscient(e) de la façon dont mon esprit fonctionne quand j'examine un problème en détail.				
6. Si je ne contrôle pas une pensée inquiétante et puis qu'elle arrive, je considérerais que c'est de ma faute.				
7. J'ai besoin de me tracasser pour rester organisé(e).				
8. J'ai peu confiance en ma mémoire pour les mots et pour les noms.				
9. Mes inquiétudes persistent, même si j'essaye de les arrêter.				
10. L'inquiétude m'aide à mettre de l'ordre dans ma tête.				
11. Je ne peux pas ignorer mes pensées inquiétantes.				
12. Je garde le contrôle sur mes pensées.				
13. Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées				
14. Ma mémoire peut parfois m'induire en erreur.				
15. Mon inquiétude pourrait me rendre fou (folle).				
16. Je suis en permanence conscient(e) de mes pensées.				
17. J'ai une mauvaise mémoire.				
18. Je prête beaucoup d'attention à la façon dont mon esprit fonctionne.				
19. L'inquiétude m'aide à m'adapter aux choses.				
20. Le fait de ne pas pouvoir contrôler mes pensées est un signe de faiblesse.				
21. Quand je commence à me tracasser, je ne peux pas m'arrêter.				
22. Je serai puni(e) pour ne pas avoir contrôlé certaines pensées.				
23. Le fait de m'inquiéter m'aide à résoudre les problèmes.				
24. J'ai peu confiance en ma mémoire pour les lieux.				
25. Ce n'est pas bien d'avoir certaines pensées.				
26. Je n'ai pas confiance en ma mémoire.				
27. Si je ne contrôlais pas mes pensées, je ne serais pas capable de fonctionner.				
28. Pour bien travailler, j'ai besoin de m'inquiéter.				
29. J'ai peu confiance en ma mémoire pour les actions.				
30. J'examine constamment mes pensées.				

Annexe 9 : Questionnaire FFMQ

	Jamais ou très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Très souvent ou toujours vrai
	1	2	3	4	5
1. Quand je marche, je prends délibérément conscience des sensations de mon corps en mouvement					
2. Je suis doué(e) pour trouver les mots qui décrivent mes sentiments.					
3. Je me critique lorsque j'ai des émotions irrationnelles ou inappropriées.					
4. Je perçois mes émotions et sentiments sans devoir (<i>sans me sentir obligé d'</i>) y réagir.					
5. Quand je fais quelque chose, mon esprit s'égare et je suis facilement distrait(e).					
6. Lorsque je prends une douche ou un bain, je reste attentif(ve) aux sensations de l'eau sur mon corps.					
7. Je peux facilement verbaliser mes croyances, opinions et attentes.					
8. Je ne fais pas attention à ce que je fais car je suis dans la lune, je me tracasse ou suis de quelconque façon distrait(e).					
9. J'observe mes sentiments sans me laisser emporter par eux.					
10. Je me dis que je ne devrais pas ressentir mes émotions comme je les ressens					
11. Je remarque comment la nourriture et les boissons influencent mes pensées, mes sensations corporelles et mes émotions.					
12. Il m'est difficile de trouver les mots qui décrivent ce à quoi je pense.					
13. Je suis facilement distrait(e)					
14. Je crois que certaines de mes pensées sont anormales ou mauvaises et que je ne devrais pas penser de cette manière.					
15. Je prête attention aux sensations, comme le vent dans mes cheveux ou le soleil sur mon visage.					
16. J'éprouve des difficultés à trouver les mots justes pour exprimer la manière dont je ressens les choses.					
17. Je pose des jugements quant à savoir si mes pensées sont bonnes ou mauvaises.					
18. J'ai des difficultés à rester centré(e) sur ce qui se passe dans le moment présent.					
19. Lorsque j'ai des pensées ou des images pénibles, je prends du recul et suis conscient(e) de la pensée ou image, sans me laisser envahir par elle.					
20. Je fais attention aux sons, comme le tintement des cloches, le sifflement des oiseaux ou le passage des voitures.					
21. Dans les situations difficiles, je suis capable de faire une pause sans réagir immédiatement.					
22. Lorsque j'éprouve une sensation dans mon corps, il m'est difficile de la décrire car je n'arrive pas à trouver les mots justes.					
23. On dirait que je fonctionne en mode "automatique" sans prendre vraiment conscience de ce que je fais.					
24. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me sens calme peu de temps après.					
25. Je me dis que je ne devrais pas penser de la manière dont je pense.					
26. Je remarque les odeurs et les arômes des choses.					
27. Même lorsque je me sens terriblement bouleversé(e), je parviens à trouver une manière de le transposer en mots.					
28. Je me précipite dans des activités sans y être réellement attentif(ve).					
29. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je suis capable de simplement les remarquer sans y réagir.					

30. Je pense que certaines de mes émotions sont mauvaises ou inappropriées et que je ne devrais pas les ressentir.					
31. Je remarque les détails visuels dans l'art ou la nature, comme les couleurs, les formes, les textures ou les patterns d'ombres et de lumières.					
32. Ma tendance naturelle est de traduire mes expériences en mots.					
33. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je les remarque et les laisse passer.					
34. Je réalise mes travaux ou les tâches automatiquement sans être conscient(e) de ce que je fais.					
35. Lorsque j'ai des pensées ou images pénibles, je me juge bon ou mauvais, en fonction de ce que suggère cette pensée/image.					
36. Je prête attention à la manière dont mes émotions affectent mes pensées et mon comportement.					
37. Je peux habituellement décrire la manière dont je me sens au moment présent avec des détails considérables.					
38. Je me retrouve en train de faire des choses sans y prêter attention.					
39. Je me désapprouve lorsque j'ai des idées irrationnelles.					

Annexe 10 : Questionnaire PMQ

Il existe différentes stratégies pour faire face aux problèmes de tous les jours. Dans ce questionnaire, vous trouverez quelques situations communes que chacun(e) peut avoir à rencontrer. Veuillez lire attentivement et vous imaginer dans ces situations. Choisissez la description qui représente le mieux la manière dont vous réagiriez dans une telle situation.

a. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. Tournant autour de la voiture, il commence à se dire : « Pourquoi ça ? », « Je suis vraiment malchanceux ! », « Je vais être en retard au travail. », « Pourquoi est-ce que je mets toujours dans ces situations ? », « Pourquoi suis-je si distrait ? », « Je dois comprendre pourquoi cela est arrivé. », « Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie. ».

2 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. « Je suis vraiment malchanceux ! », « Comment puis-je gérer cela maintenant ? », « Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ? », « Et si X. était dans cette situation, que ferait-il(elle) ? », « La meilleure chose que je puisse faire est de réduire mon retard. », « Quelle stratégie alternative puis-je utiliser ? ».

Choix :

b. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : Pour M., ces critiques étaient vraiment inattendues. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. Allant et venant dans son bureau, il commence à se dire : « *Je suis vraiment malchanceux !* » « *Comment puis-je gérer cela maintenant ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *Et si X. était dans cette situation, que ferait-il(elle) ?* », « *La meilleure chose que je puisse faire est de réparer mon erreur.* », « *Quelle stratégie alternative puis-je mettre en place ?* ».

2 : Pour M., ces critiques étaient vraiment inattendues. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. Allant et venant dans son bureau, il commence à se dire : « *Pourquoi ça ?* », « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Pourquoi est-ce que je mets toujours dans ces situations ?* », « *Pourquoi suis-je si distrait ?* », « *Je dois comprendre pourquoi cela est arrivé.* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie.* ».

Choix :

c. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il va être en retard à cause de cette voiture, bloquant le tramway. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. Tournant autour du tramway, il commence à se dire : « *Pourquoi ça ?* », « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Il y a vraiment quelque chose qui ne va pas.* », « *Pourquoi est-ce que je me mets toujours dans ces situations ?* », « *Je dois comprendre pourquoi cela est arrivé.* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie.* ».

2 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il va être en retard à cause de cette voiture, bloquant le tramway. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Mais à quoi le conducteur pensait ?* », « *Comment puis-je gérer cela, maintenant ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *Et si X. était dans cette situation, que ferait-il(elle) ?* », « *La meilleure chose que je puisse faire est de réduire mon retard.* », « *Quelle stratégie alternative puis-je utiliser ?* ».

Choix :

d. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il est complètement mouillé. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit. Il commence à se dire : « *Ca m'énerve !* », « *Pourquoi ça ?* », « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Il y a vraiment quelque chose qui ne va pas* », « *Pourquoi est-ce que je me mets toujours dans ces situations ?* », « *Pourquoi suis-je si distrait ?* », « *Je dois comprendre pourquoi cela est arrivé.* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie.* ».

2 : Pour M., c'était vraiment inattendu. Il est complètement mouillé. Il s'énerve et des pensées lui viennent à l'esprit : « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Comment puis-je gérer cela, maintenant ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *A quelle distance suis-je de chez moi ?* », « *Et si X. était dans cette situation, que ferait-il(elle) ?* », « *La meilleure chose que je puisse faire est de réduire le retard* », « *Quelle stratégie alternative puis-je utiliser ?* ».

Choix :

e. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : Pour M., cette queue était vraiment inattendue. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. Regardant autour de lui, il commence à penser : « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Comment puis-je gérer cela, maintenant ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *Et si G. était dans cette situation ?* », « *La meilleure chose que je puisse faire sera de minimiser mon retard* », « *Est-ce qu'il y a d'autres solutions ?* »

2 : Pour M., cette queue était vraiment inattendue. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. Regardant autour de lui, il commence à penser: « *Pourquoi dois-je faire la queue ?* », « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Je vais être en retard au travail* », « *Il y a quelque chose qui ne va pas chez moi* », « *Pourquoi je me mets toujours dans ces situations ?* », « *Pourquoi suis-je si tête en l'air ?* », « *Je devrais savoir qu'il y a toujours la queue* », « *Il faut que je comprenne pourquoi c'est arrivé* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie* ».

Choix :

f. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : Pour M., cette chute était vraiment inattendue. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. Regardant autour de lui, il commence à penser: « *Si je vais me changer je serai en retard à mon rendez-vous.* », « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Il y a quelque chose qui ne va pas chez moi.* », « *Pourquoi je me mets toujours dans ces situations ?* », « *Pourquoi suis-je si tête en l'air ?* », « *Il faut que je comprenne pourquoi c'est arrivé.* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie.* ».

2 : Pour M., cette chute était vraiment inattendue. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. Regardant autour de lui, il commence à penser: « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Comment puis-je gérer cela, maintenant ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *A quelle distance suis-je de chez moi ?* », « *Et si G. était dans cette situation ?* », « *La meilleure chose que je puisse faire sera de minimiser mon retard.* », « *Est-ce qu'il y a d'autres solutions ?* »

Choix :

g. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : M. ne s'attendait pas à ce que son avion soit supprimé. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Comment puis-je gérer cela, maintenant ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *Et si G. était dans cette situation ?* », « *La meilleure chose que je puisse faire est de minimiser mon retard.* », « *Quelles sont les autres solutions ?* ».

2 : M. ne s'attendait pas à ce que son avion soit supprimé. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. Regardant autour de lui, il commence à penser: « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Il y a quelque chose qui ne va pas chez moi.* », « *Pourquoi je me mets toujours dans ces situations ?* », « *Pourquoi je n'avais pas prévu ça avant ?* », « *Il faut que je comprenne pourquoi c'est arrivé.* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie.* ».

Choix :

h. Veuillez regarder cette image :



Maintenant, lisez attentivement ces descriptions :

1 : M. ne s'attendait pas à ce que le distributeur de billets soit en panne. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. Regardant autour de lui, il commence à penser: « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Je vais être en retard à mon rendez-vous.* », « *Il y a quelque chose qui ne va pas chez moi.* », « *Pourquoi je me mets toujours dans ces situations ?* », « *Pourquoi suis-je si tête en l'air ?* », « *Il faut que je comprenne pourquoi c'est arrivé.* », « *Je devrais réfléchir à ma manière de gérer ma vie* ».

2 : M. ne s'attendait pas à ce que le distributeur de billets soit en panne. Il devient nerveux, et des pensées lui viennent à l'esprit. « *Je suis vraiment malchanceux !* », « *Je n'ai pas de liquide sur moi* », « *Comment puis-je gérer cela, maintenant ?* », « *Comment vais-je rendre l'argent que j'ai emprunté hier ?* », « *Quelle est la meilleure solution que je puisse trouver ?* », « *A quelle distance suis-je de chez moi ?* », « *Et si G. était dans cette situation ?* », « *Est-ce qu'il y a d'autres solutions ?* ».

Choix :

Effets des pensées persévératives, de la métacognition, du niveau d'interprétation sur un épisode dépressif caractérisé et son évolution sur sept mois

Résultats préliminaires sur un échantillon de 11 patients

RESUME

La dépression est une pathologie courante touchant cinq millions de français. En plus de la difficulté d'une prise en charge efficace au premier épisode, il faut rester vigilant lors du suivi sur la persistance de symptômes résiduels et lutter contre la récurrence dépressive. Les pensées persévératives et une interprétation abstraite des événements sont connues comme pouvant être à l'origine de la dépression et limitant sa guérison. D'autres concepts, issus de la troisième vague cognitivo-comportementale, offrent des hypothèses psychopathologiques comme la métacognition ou la pleine conscience dont les thérapies qui en découlent ont montré leur efficacité. Notre étude a évalué les effets des pensées persévératives, de la métacognition et du niveau d'interprétation sur la sévérité d'un épisode dépressif et son évolution sur sept mois. Plusieurs questionnaires ont été soumis à onze patients présentant un syndrome dépressif caractérisé, au diagnostic (T0), à trois mois et demi (T1) et à sept mois (T2). Les pensées persévératives étaient fortement corrélées à la sévérité de la dépression avec un rôle de médiateur total des autres variables. A T0, les pensées intrusives médiatisaient totalement les effets de la métacognition et de la dimension d'attention aux gestes de la pleine conscience sur la sévérité de la dépression. A T2, les pensées répétitives médiatisaient totalement les effets des croyances métacognitives négatives et des dimensions d'observation et de non réaction de la pleine conscience sur la sévérité de la dépression. Par ailleurs, les résultats ont montré que l'anxiété à T0 et la culpabilité à T1 étaient les meilleurs prédicteurs de la sévérité de la dépression à T2.

Mots clés : dépression, pensées persévératives, pensées intrusives, pensées répétitives, métacognition, abstrait, concret, pleine conscience

ABSTRACT

Depression is a common pathology affecting 5 million of French people. In addition to the difficulty of effective care in the first episode, we must remain vigilant when monitoring the persistence of residual symptoms and avoid depressive recurrence. Perseverative thinkings and an abstract interpretation of events are known to be the cause of depression and to restrict recovery. Other concepts, originating from the third-wave of cognitive and behavioural approaches, offer psychopathological hypotheses, such as metacognition or mindfulness. The therapeutics based on these concepts have shown their effectiveness. Our study evaluated the effects of perseverative thinkings, metacognition and level of interpretation on the severity of a major depressive episode and its evolution over seven months. Several questionnaires were submitted to eleven patients with a major depression at the beginning (T0), at three and a half months (T1) and at seven months (T2). Perseverative thinkings were strongly correlated with the severity of depression with a role of total mediator. At T0, intrusive thinkings totally mediated the effects of metacognition and the attention facet of mindfulness on the severity of depression. At T2, repetitive thinkings totally mediated the effects of negative metacognitive beliefs and the observation and non-reaction facets of mindfulness on the severity of depression. In addition, the results indicate that anxiety at T0 and guilt feeling at T1 were predictors of the severity of depression at T2.

Keywords: depressive disorder, perseverative thinkings, intrusive thinkings, repetitive thinkings, metacognition, abstract, concrete, mindfulness