



HAL
open science

Place de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience dans la dépression unipolaire. Une revue non-exhaustive de la littérature

Maïa Maugere-Ciupa

► **To cite this version:**

Maïa Maugere-Ciupa. Place de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience dans la dépression unipolaire. Une revue non-exhaustive de la littérature. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02863751

HAL Id: dumas-02863751

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02863751v1>

Submitted on 10 Jun 2020

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
UFR DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2020

Thèse n°3027

THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par MAUGERE CIUPA Maïa
Née le 10 décembre 1991 à Saint-Brieuc
Le 17 avril 2020

**Place de la thérapie cognitive basée sur la pleine
conscience dans la dépression unipolaire.
Une revue non-exhaustive de la littérature.**

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président
Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge
Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Juge
Monsieur le Docteur Olivier DOUMY, Juge
Monsieur le Docteur Raymond ELAYLI, Rapporteur

REMERCIEMENTS

AU PRESIDENT

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse et d'évaluer mon travail.
Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

AU DIRECTEUR

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur des universités,
Praticien Hospitalier,
Responsable du Centre de Référence des Pathologies Anxieuses et de la Dépression,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

J'ai eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement au cours de mon internat. Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté d'encadrer ce travail. Votre disponibilité, votre réactivité, votre rigueur et votre patience m'ont guidé activement dans la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude ainsi que mon profond respect.

AU RAPPORTEUR

Monsieur le Docteur Raymond ELAYLI

Docteur en médecine - Psychiatre,
Enseignant à l'Institut Recherche Cognitive et Comportementale sur l'Anxiété et la Dépression.

Vous me faites l'honneur d'accepter d'être le rapporteur de ce travail. Bien que nous n'ayons jamais eu l'opportunité de nous rencontrer en personne, je vous remercie pour l'apport de votre regard expert sur cette thèse.

AUX MEMBRES DU JURY

Madame le Professeur Marie TOURNIER

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Recevez ici toute ma gratitude pour la richesse et la précision de votre enseignement tout au long de mon parcours.

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte UNIVA,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

J'ai pu à de nombreuses reprises bénéficier de vos enseignements théoriques et cliniques. Je vous remercie pour la grande qualité et la clarté de votre enseignement. Les semestres réalisés au sein de votre Pôle Universitaire ont été pour moi source d'un très grand intérêt clinique. Je suis très honorée que vous ayez accepté d'évaluer le présent travail. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Olivier DOUMY

Praticien Hospitalier – Psychiatre,
Centre de Référence des Pathologies Anxieuses et de la Dépression,
Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux.

Je vous remercie sincèrement d’avoir accepté d’évaluer ce travail de thèse. Recevez ici l’expression de tout mon profond respect et de ma reconnaissance.

À mes proches,

À mes parents,

Merci de m'avoir soutenue tout au long de ces années d'étude et merci pour les valeurs que vous m'avez inculqué. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour vos relectures.

À Zoé et Théo,

Merci de m'accompagner depuis toujours, votre soutien, votre enthousiasme et votre bonne humeur m'ont été essentiels.

À ma famille qui est bien trop nombreuse pour citer ici tous ses membres.

À mes amitiés bordelaises, toutes singulières, merci pour votre soutien et votre générosité.

À mes amis bretons, notre externat est maintenant loin, les retrouvailles sont toujours appréciables.

À Audrey,

Merci pour ton amitié, ta générosité, pour nos escapades dans la région bordelaise qui furent toujours une réussite.

À Hélène,

Merci pour ta joie de vivre, nos retrouvailles sont à chaque fois un grand bonheur.

À Maud,

Merci pour ton enthousiasme, ta curiosité qui m'ont permis d'avancer.

À tous les médecins, infirmiers, aides-soignants et tous les autres professionnels avec qui j'ai pu travailler, c'est grâce à vous que je suis ici aujourd'hui.

Au Docteur Quiles et au Docteur Maury, je vous remercie pour vos relectures et votre aide dans la rédaction de cette thèse.

À tous les patients qui ont croisé ma route, pour m'avoir tant appris.

Sommaire

Sommaire.....	8
Abréviations et acronymes	10
1. Introduction.....	12
2. Les thérapies cognitivo-comportementales.....	13
2.1. Généralités.....	13
2.2. Les thérapies de première vague	13
2.3. Les thérapies de seconde vague	14
3. LA MBCT	16
3.1. Les thérapies de troisième vague.....	16
3.2. Le développement de la MBCT	17
3.2.1. La MBSR.....	17
3.2.2. De la MBSR à la MBCT	18
3.3. Les modalités du programme MBCT.....	20
3.4. Présentation du programme MBCT.....	21
3.4.1. Contenu du programme.....	21
3.4.2. Le feedback au cours des séances.....	27
3.4.3. Pratique en dehors du programme.....	27
3.4.4. Le formateur.....	27
3.5. La MBCT dans la dépression	28
3.5.1. Généralités sur la dépression	28
3.5.2. Traitement de la dépression.....	29
3.5.3. Application de la MBCT à la dépression.....	30
4. La place de la MBCT dans la prise en charge de la dépression unipolaire	31
4.1. Méthodologie.....	31
4.2. La MBCT dans le traitement de l'EDC	31
4.2.1. Etude pionnière.....	31
4.2.2. Etudes évaluant l'efficacité de la MBCT face à un traitement antidépresseur ou un traitement de référence de la dépression	32
4.2.3. Etudes évaluant l'efficacité de la MBCT face à un traitement par psychothérapie.....	36
4.2.4. Efficacité de la MBCT dans les formes chroniques de la dépression	40
4.2.5. Efficacité de la MBCT dans l'EDC chez les patients souffrant de résistance au traitement.....	43
4.2.6. Méta analyse	47

4.3. Efficacité de la MBCT dans la prévention de la rechute et de la récurrence dépressive	48
4.3.1. Etudes conduites par les concepteurs de la MBCT	48
4.3.2. Etudes évaluant l'efficacité de la MBCT face à un traitement antidépresseur ou un traitement de référence de la dépression	51
4.3.3. Etudes comparant l'efficacité de la MBCT face à un traitement par psychothérapie	59
4.3.4. Méta analyse	62
4.4. Efficacité de la MBCT sur les symptômes dépressifs et résiduels.....	65
4.5. Efficacité de la MBCT sur les conduites suicidaires	69
5. Recommandations sur l'utilisation de la MBCT	73
5.1. Indication de la MBCT dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé	73
5.1.1. Recommandations européennes	73
5.1.2. Recommandations nord-américaines.....	73
5.2. Indication de la MBCT dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives.....	74
5.2.1. Recommandations européennes	74
5.2.2. Recommandations nord-américaines.....	75
6. Discussion.....	76
7. Conclusion	80
8. Bibliographie.....	81

Abréviations et acronymes

AAQ : Acceptance and Action Questionnaire

ACT : Acceptance and Commitment Therapy

AMSTAR : A MeaSurement Tool to Assess Systematic Review

APA : American Psychiatry Association

BAI : Beck Anxiety Inventory

BAP : British Association for Psychopharmacology

BDI ou BDI-II : Beck Depression Inventory

BSS : Beck Scale for Suicide Ideation

CANMAT : Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments

CBASP : Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV

DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5

DVA : Department of Veterans Affairs

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EDM : Episode Dépressif Majeur

ERS : Sous-échelle de répression

FFMQ : Five Facet Mindfulness Questionnaire

FMI : Freiburg Mindfulness Inventory

GRID-HAMD : Standardization of the Hamilton Depression Rating

HAS : Haute Autorité de Santé

HAMD : Hamilton Depression Rating Scale

ICS : Interacting Cognitive Subsystems

ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement

IDS-C : Inventory of Depressive Symptomatology Clinician Rating

INSPQ : Institut National de Santé Publique du Québec

IOM : Institute Of Medicine

KIMS : Kentucky Inventory of Mindfulness

MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy

MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction

MOPS : Measure Of Parenting Style

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PGWBI : Psychological General Well-Being Index

PSWQ : Penn State Worry Questionnaire

PWB : Psychological Wellbeing Scale

QIDS-SR 16 : Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self Report

QLDS : Quality of Life in Depression Scale

RSS : Ruminative and Sadness Scale

SAS : Social Adaptation evaluation-Scale

SASS : Social Adaptation Self-evaluation-Scale

SCID : Structured Clinical Interview for DSM-IV

SCS : Suicidal Cognitions Scale

SF-36 : Short Form 36

SIGN : Scottish Intercollegiate Guidelines Network

SOFAS : Social and Occupational Functioning Assessment Scale

SWL : Satisfaction With Life

TCC : Therapie Cognitivo-Comportementale

TDR : Trouble Dépressif Récurrent

WBSI : White Bear Suppression Inventory

WHOQOL BREF : World Health Organization Quality Of Life

1. Introduction

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) se positionne parmi les pathologies mentales les plus fréquentes et sa prévalence sur la vie entière fluctue selon les études, entre 16,6 % aux États-Unis et 24,1 % en France (Charpeaud et al., 2017). Les patients ayant souffert d'un EDC auront un risque de rechute ou de récurrence sur la vie entière de 70 à 80 % (Solomon et al., 2000) alors que le risque de rechute ou de récurrence s'accroît avec chaque épisode supplémentaire d'EDC (Rush et al., 2006). L'un des aspects les plus compliqués dans le traitement de l'EDC consiste donc à faire face aux taux élevés de rechute ou de récurrence avec un échec fréquent des stratégies thérapeutiques (Irving., 2014).

Les pratiques de pleine conscience nommées également *mindfulness* ou méditation sont exercées depuis des millénaires. Depuis le début des années 1990, leurs vertus psychothérapeutiques ont été utilisées au sein des thérapies cognitives et comportementales (TCC) dites de « 3^{ème} vague ». L'une d'entre elle, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT) est un programme développé dans les années 2000 avec pour objectif de prévenir les rechutes et les récurrences dépressives. La MBCT est un programme combinant la pratique de la méditation et la TCC (Mirabel-Saron., 2012).

La MBCT créée initialement dans un but de prévention des rechutes et des récurrences dépressives est susceptible d'être utilisée comme option thérapeutique dans ce cadre. Plusieurs publications scientifiques ont étudié son efficacité originellement dans la prévention des rechutes et récurrences dépressives, puis les études ont élargi leur champ de recherche à d'autres indications. Cette revue a pour objectif d'évaluer à travers la comparaison de publications disponibles dans la littérature l'effet de la MBCT dans le traitement de l'EDC, dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives, sur les symptômes dépressifs résiduels et sur les conduites suicidaires.

2. Les thérapies cognitivo-comportementales

2.1. Généralités

Les méthodes cognitives et comportementales sont intrinsèquement liées aux tentatives d'évolution humaine. Les premiers éléments retrouvés sur le sujet datent d'il y a quelques milliers d'années. Par exemple, durant l'antiquité, Hippocrate utilise des méthodes d'exposition pour traiter la phobie. Par ailleurs, les Yogis et les bouddhistes exercent le contrôle volontaire des fonctions physiologiques depuis plusieurs millénaires. Il existe donc des multitudes de modèles précurseurs aux TCC présents sous différentes formes autour du globe.

La forme actuelle des TCC est apparue durant les années 1950 et s'est étoffée à travers plusieurs concepts développés au cours de trois vagues.

La première vague, qui s'étend des années 1950 aux années 1980, a permis de définir les théories comportementales. La seconde vague, basée sur une approche cognitiviste se développe au cours des années 1970 à 1990. Enfin, la troisième vague également appelée vague émotionnelle apparaît dans les années 1990. Elle vise à intervenir sur la relation du patient avec ses cognitions, de manière expérientielle, sans tentative de modification directe du contenu cognitif ou du comportement.

2.2. Les thérapies de première vague

Durant la première vague, les concepts de conditionnements classiques et opérants développés sont une des bases théoriques des thérapies cognitives et comportementales. Ils représentent les lois d'apprentissage qui caractérisent l'ensemble des êtres vivants. Ce sont les formes d'apprentissage normales et adaptées, mais dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique que les thérapies cognitives et comportementales visent à traiter. Pour certains troubles mentaux, ces formes d'apprentissage ainsi que les mécanismes cognitifs peuvent jouer un rôle causal direct dans l'étiologie du syndrome. Pour d'autres troubles, ces mécanismes ne jouent pas un rôle causal, une conditionnabilité, inscrite dans le tempérament et d'origine biologique, faisant le lit du syndrome. Mais les processus d'apprentissage influencent l'expression phénotypique finale d'un syndrome, et peuvent de ce fait être modifiés dans un sens favorable par les TCC. Les tentatives de modification de ces processus d'apprentissages sont introduites par John Broadus Watson sous le terme de behaviorisme ou comportementalisme, ces concepts seront plus amplement développés par ses contemporains.

En 1952, le psychiatre américain Joseph Wolpe, développe la notion de contre-conditionnement en produisant des névroses chez le chat par une méthode de conditionnement classique. Il expose un chat à un bruit et à une décharge électrique, puis remarque l'apparition de réactions anxieuses chez l'animal. Une fois l'expérience achevée, l'anxiété persiste. Wolpe offre alors de la nourriture au chat et observe la réapparition progressive d'un comportement d'approche. Il élabore ainsi la désensibilisation des phobies.

En 1967, le psychiatre Isaac Marks met au point l'implosion qui consiste à confronter un individu à un stimulus anxiogène par imagination de façon durable. Il crée ainsi les traitements par exposition prolongée (Cottraux., 2017).

Dans les années 1950, la psychanalyse domine la clinique. Néanmoins, plusieurs chercheurs œuvrent à développer des utilités pratiques aux thérapies comportementales aboutissant sur la 2^{ème} vague.

2.3. Les thérapies de seconde vague

Ce sont les travaux d'Albert Bandura, psychologue canadien, qui sont les premiers à faire lien entre les théories behavioristes et cognitivistes. Ces théories introduisent ainsi le courant de la 2^{ème} vague ayant lieu au début des années 1980. Pour Bandura, le sujet doit croire en ses propres capacités afin d'avoir la motivation d'atteindre un objectif de modification, et ce, indépendamment de son aptitude objective à le réaliser. En 1969, Bandura développe dans son ouvrage « principes et modifications comportementales » le concept de l'apprentissage social par imitation de modèle qui repose sur trois principes fondamentaux. Le modelage social est le premier pilier de ce modèle et joue un rôle majeur dans la motivation, la pensée et le comportement humain. Bandura explique que l'observation du comportement de ses pairs et des conséquences qui en résultent est à la base de la plupart des apprentissages sociaux. Par conséquent, les renforcements positifs ou négatifs ne seraient pas les seules sources d'acquisition de compétences.

Les 2^{ème} et 3^{ème} piliers du modèle de Bandura sont la symbolisation et l'autorégulation, deux concepts qui mettent en exergue l'importance des phénomènes cognitifs. La symbolisation permet une analyse de ses propres expériences, pour communiquer, créer, imaginer, anticiper et évaluer ses propres actions. L'autorégulation est un mécanisme qui permet à l'individu d'influer intentionnellement sur le cours de sa vie, et de ses actions.

Le courant de la 2^{ème} vague introduit par Bandura a été nourri par la suite par les travaux de nombreux chercheurs. Parmi eux, un psychologue américain nommé Albert Ellis a contribué à asseoir le cognitivisme. Pour Ellis, les comportements qui découlent d'un événement sont

fonction des interprétations subjectives qu'en font les individus. En 1962, Ellis développe la thérapie « rationnelle émotive comportementale » qui prône l'acceptation inconditionnelle de soi-même afin d'amoinrir les interprétations ayant des conséquences négatives.

Au début des années 1980, les grands principes des thérapies cognitives sont définitivement établis par Aaron Beck, psychiatre américain. Il décrit chez les individus souffrant de dépression, de troubles anxieux ou de troubles de la personnalité, un modèle de fonctionnement mental à trois niveaux. Pour Beck, le cerveau traite l'information à travers un premier niveau de fonctionnement. Il s'agit des schémas cognitifs, inconscients et automatiques stockés dans la mémoire à long terme. Ils correspondent à un ensemble de connaissances acquises sur le monde et sont intriqués les uns aux autres. Ces schémas peuvent être activés par des émotions analogues à celles ayant permis leur intégration. Ils sont des filtres à travers lesquels l'expérience est perçue et évaluée de manière erronée et conduisent à un second niveau de fonctionnement représenté par les pensées automatiques. Elles constituent des pensées préconscientes, qui précèdent ou accompagnent les émotions désagréables des patients concernés. Le dernier niveau de fonctionnement du modèle correspond aux erreurs logiques. Ce sont des interprétations inadaptées des expériences qui facilitent et permettent le passage entre les schémas et les pensées automatiques. Il existe cinq principales d'erreurs logiques, la première étant la généralisation de toutes les situations possibles à partir d'une expérience unique. Le deuxième type d'erreur logique est l'inférence arbitraire soit le fait de tirer des conclusions sans preuve. La magnification et de la minimisation correspondent à des processus par lesquels l'individu attribue une plus grande valeur aux échecs et aux événements négatifs. Enfin, la personnalisation mène l'individu à se sentir responsable des comportements des autres. Beck émet l'hypothèse qu'un travail avec les patients sur ce modèle de fonctionnement peut les amener à modifier leurs comportements de manière efficace. Il crée l'ébauche des TCC ayant pour but la modification de ces schémas par des méthodes cognitives, émotionnelles, interpersonnelles mais aussi comportementales. (Cottraux., 2017 ; Mirabel-Saron., 2014)

Enfin dans les années 1990, on assiste à l'apparition d'une 3^{ème} vague de TCC dite « vague émotionnelle » celle-ci est issue d'une nouvelle hypothèse, les troubles psychiques résulteraient de la suppression d'information émotionnelles, le changement à opérer consisterait ainsi en la modification de l'attitude du patient vis-à-vis de ses émotions et non de son contenu cognitif. (Segal et al., 2016)

3. LA MBCT

3.1. Les thérapies de troisième vague

Les années 1990 correspondent à l'émergence des thérapies dites de 3^{ème} vague ou thérapies « émotionnelles » qui se basent sur deux grands principes : « l'acceptation » et « la pleine conscience ». Ces thérapies ont pour vocation d'aboutir à un changement de la relation du patient face à ses pensées et ses émotions, sans tentative de modification directe du contenu cognitif, à la différence d'autres types de psychothérapies.

Un individu répond au principe de l'acceptation lorsqu'il s'expose activement à ses pensées, émotions et sensations vécues, en les accueillant sans jugement, telles qu'elles sont, sans tentative d'évitement expérientiel (Hayes., 2004). Ainsi, l'acceptation est une attitude permettant d'éviter la mise en place de stratégies de contrôle de ses propres pensées s'inscrivant dans la durée, et minorant ainsi la détresse émotionnelle.

La pleine conscience est une méthode permettant la mise à distance de ses pensées, créant le développement d'une conscience métacognitive chez l'individu, et l'entraînant à adopter une position d'observateur face à l'émergence de ses propres processus cognitifs (Bishop et al., 2006). Elle consiste à centrer son attention sur un stimulus identifié, à constater et analyser les pensées, sensations et émotions qui s'y adossent, et surgissent dans le moment présent. Cette pratique permet de focaliser son attention de manière bienveillante, sans jugement sur un stimulus défini. Dès que l'esprit vagabonde, il est préconisé de ramener son attention sur le moment présent et le stimulus originel (Segal et al., 2006). Kabat-Zinn en 2003 est l'un des premiers auteurs ayant défini la pleine conscience. Il décrit celle-ci comme *« un état de conscience qui se réfère au fait de porter son attention intentionnellement au moment présent, sans passer par le filtre du jugement, sur l'expérience qui se déploie moment après moment »*. En 1991, Philip Barnard et John Teasdale ont proposé un concept appelé « Interacting Cognitive Subsystems » (ICS). Dans ce concept, les processus cognitifs et émotionnels seraient définis par deux modes de fonctionnement principaux, le mode « faire » et le mode « être ».

Le mode « faire » correspond à l'accomplissement de tâches et d'objectifs. Il analyse la différence entre ce que nous devrions être, pour que la tâche ou l'objectif soit réalisé, et la situation réelle. Il met en place des actions pour réduire cet écart, en observe les conséquences et les réajuste afin de tendre vers la tâche ou l'objectif initialement fixé.

Le mode « faire subjectif » est une version pathologique du mode « faire », enclenché lorsque la tâche ou l'objectif fixé sont difficilement atteignables. Il engendre des boucles de pensées

négligentes appelées ruminations, qui s'évertuent à résoudre des problèmes insolubles. Les ruminations occasionnent un rejet de l'expérience ciblée par le mode « faire subjectif », ainsi que des sentiments négatifs qui y sont associés. Elles produisent une inséparabilité entre l'expérience et les sentiments négatifs qui en émanent, générant une absence de distanciation de la part du sujet.

Le mode « être » est le fait d'accepter d'être pleinement présent et conscient au cours d'une période de temps par une expérience directe et immédiate du présent. Il correspond au mécanisme de pleine conscience. Les pensées sont observées de manière factuelle et analysées comme des actions découlant de l'activité mentale, permettant une meilleure tolérance des états émotionnels inconfortables.

La vulnérabilité d'un individu à développer des symptômes dépressifs serait corrélée au fonctionnement par le mode d'activité cognitive « faire ». Plus un individu utilise ce mode d'activité cognitive, plus le risque de fonctionner avec le mode « faire pathologique » sera accru. Ainsi ces personnes sont sujettes à une absence de distanciation par rapport à la situation à laquelle ils sont exposés.

La pleine conscience a pour objectif de permettre aux sujets de passer du mode « faire subjectif », lorsqu'il est pathologique, au mode « être » au moment opportun, afin de prévenir les ruminations (Segal et al., 2016). Elle provoque une modification de la relation que l'individu porte à ses processus cognitifs, et fait partie intégrante des thérapies de 3^{ème} vague.

Les thérapies de 3^{ème} vague basées sur les principes d'acceptation et de pleine conscience que nous venons de décrire se déclinent sous plusieurs formes. Deux d'entre elles, développées ci-après sont : « la réduction du stress basée sur la pleine conscience » ou *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) et « la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience » ou *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT).

3.2. Le développement de la MBCT

3.2.1. La MBSR

La 3^{ème} vague de psychothérapie, décrite précédemment, intègre pleinement le principe de pleine conscience. Ce concept tire son origine des méthodes de méditation bouddhiste. En effet, l'analyse bouddhiste considère que les phénomènes cognitifs négatifs ne sont pas dus à l'expérience désagréable en elle-même mais à la relation de l'individu avec cette expérience.

La méditation invite à interagir avec les pensées et à les considérer uniquement comme des événements mentaux, et non comme des événements réels (Zinn et al.,2005).

À la fin des années 1970, Jon Kabat-Zinn est le premier à envisager l'utilisation de ces techniques de méditation dans un but thérapeutique. Il intègre la méditation en pleine conscience au sein d'un programme appelé « la réduction du stress basée sur la pleine conscience » (MBSR), qu'il mettra en pratique à la clinique de réduction du stress au centre médical de l'université du Massachussetts.

La MBSR donne aux patients atteints de maladies chroniques de nouvelles techniques leur permettant de réduire le stress, l'anxiété et les douleurs chroniques qu'ils éprouvent quotidiennement (Morone et al.,2008). Jon Kabat-Zinn accueille des groupes d'environ trente patients, afin de leur enseigner la méditation en pleine conscience au sein d'un programme de huit séances hebdomadaires de deux heures chacune. Les patients inclus dans les groupes de MBSR présentaient une forte charge anxieuse associée à des maladies ou des douleurs chroniques tels que, des lombalgies, de l'arthrite, des douleurs thoraciques non spécifiées ou encore des migraines. La MBSR permet aux patients de prendre conscience de leur fonctionnement en pilotage automatique, de leurs ruminations mentales, ainsi que des émotions en lien avec leurs sensations corporelles douloureuses. Chaque séance de MBSR comprend des pratiques méditatives formelles et informelles. Les pratiques méditatives formelles s'appuient sur la réalisation en pleine conscience de la dégustation d'aliments, de la pratique de la marche, voire d'exercices de méditation portés sur la respiration s'accompagnant de la pratique du « scan corporel ». La technique du « scan corporel » consiste à maintenir son attention sur différentes parties de son corps. Les pratiques informelles correspondent à la pratique de la pleine conscience durant les activités de routine de la vie quotidienne.

Au cours des séances, un temps est prévu pour le partage et l'échange des expériences entre les patients et l'instructeur. Pour autonomiser les patients dans la pratique de la méditation, des exercices quotidiens en pleine conscience d'une durée de quarante-cinq minutes par jour sont à réaliser au domicile entre chaque séance à l'aide d'enregistrements audio qui leur sont fournis. (Segal et al., 2016)

3.2.2. De la MBSR à la MBCT

En 1991, David Kupfer qui dirige le réseau de recherche en Psychobiologie de la dépression de la fondation John D. et Catherine T. Mac Arthur, demande à Zindel Segal d'élaborer une version d'entretien de la TCC destinée à maintenir la rémission clinique. Cette thérapie

d'entretien aurait pour objectif de renforcer la capacité des patients en rémission de leur épisode dépressif, à identifier et gérer des problèmes qui lorsqu'ils ne sont pas pris en compte, favorisent la résurgence des symptômes et précipitent ainsi les rechutes ou les récives dépressives (Segal et al., 2016).

En 1992, Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale élaborent les grandes lignes de cette version d'entretien de la TCC. Pour aboutir à la création d'un programme efficient, ils s'intéressent aux compétences acquises par les patients bénéficiant d'une thérapie cognitive dans la dépression, les protégeant d'éventuelles récurrences. De ce fait, ils étudient également les mécanismes psychologiques ou psychopathologiques à l'origine des rechutes dépressives.

Les « attitudes dysfonctionnelles » correspondent à des objectifs de vie que se fixent les individus et qu'ils acquièrent au cours de leur existence. Lors d'événements de vie négatifs, ces attitudes engendrent une tristesse disproportionnée en comparaison à l'impact réel qui aurait été originellement attendu sur l'humeur (Kovacs et al., 1978). Les patients avec des antécédents d'épisodes dépressifs ont une tendance accrue à adopter des attitudes dysfonctionnelles lorsqu'ils sont d'humeur triste. Cette tendance réactive les schémas cognitifs associés aux épisodes dépressifs précédents, tels que les ruminations, dont vont découler les pensées négatives à l'origine de distorsions cognitives et d'interprétations erronées. Le phénomène de rumination favorise donc les rechutes dépressives (Segal et al., 2006). En 1988, John Teasdale définit ce processus sous l'hypothèse « d'activation différentielle ». Le fait de ruminer ou ressasser ses problèmes dans le but de sortir de l'état dépressif aboutit en réalité au résultat contraire, et ne fait que pérenniser l'épisode dépressif (Nolen-Hoeksema., 1991). Ce mécanisme d'activation différentielle s'avère être un facteur important précipitant la rechute dépressive. Il est une cible des TCC dont la finalité est de modifier ce schéma cognitif délétère. De ce fait, les patients bénéficiant d'une TCC sont moins réactifs à une induction négative d'humeur et ainsi moins susceptibles de présenter une rechute dépressive (Segal et al., 1999).

De plus, les événements négatifs marquants précèdent systématiquement les premiers épisodes dépressifs (Kendler et al., 1999). Néanmoins, pour un même sujet, plus le nombre d'épisodes dépressifs croît, moins les événements de vie négatifs ont d'impact sur le déclenchement d'un nouvel épisode dépressif. Ainsi, la réactivation de schémas cognitifs biaisés induisant un épisode dépressif pourrait être occasionnée lors de modifications plus subtiles de l'humeur pour devenir autonome (Post., 1992). Les tentatives de fuir les émotions ressenties, de les modifier ou de lutter contre elles sont en fait, à l'origine du maintien des pensées négatives.

Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale s'inspirent des travaux sur la MBSR de John Kabat-Zinn et émettent l'idée de se servir des techniques de méditation pour modifier le rapport à soi, au monde, et ainsi échapper à ses automatismes mentaux impliqués dans les rechutes dépressives.

Ils élaborent un programme appelé « la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience » ou MBCT, une approche intégrative qui combine MBSR et TCC pour les patients souffrant de dépression.

Z. Segal, M. Williams et J. Teasdale arborent donc une nouvelle stratégie thérapeutique ayant pour but la prolongation de l'état de bien-être des patients déprimés une fois la rémission clinique obtenue, disposant alors de toutes les compétences requises pour s'autonomiser et ainsi prévenir les rechutes dépressives. Ils ajoutent au programme de MBCT un travail sur les distorsions cognitives. Par l'observation de leurs pensées négatives, les patients bénéficiant de la formation peuvent identifier les signes précurseurs de leur dépression. La MBCT diffère de la MBSR du fait de son inscription dans le prolongement de l'approche cognitivo-comportementale. Elle contient des méthodes de thérapie cognitive s'articulant avec des pratiques méditatives. Cette combinaison de différentes techniques va permettre aux sujets déprimés, en phase de rémission, d'entretenir un rapport différent aux pensées, sentiments et sensations (Segal et al., 2016).

3.3. Les modalités du programme MBCT

Le programme MBCT est construit sur le même schéma que la formation d'apprentissage à la MBSR. En outre, il apporte des éléments complémentaires spécifiques à la dépression, ainsi qu'une approche, cognitive et comportementale.

Il se déroule en groupe de huit à douze personnes et comprend huit séances hebdomadaires de deux heures chacune. Un instructeur anime les sessions et les échanges au sein du groupe sont confidentiels. En amont des huit séances, le patient bénéficie d'un entretien individuel ou d'un échange en groupe. Le patient y expose son expérience personnelle à la dépression et obtient des informations concernant les bénéfices attendus du programme de MBCT. L'instructeur évalue le rapport que les individus entretiennent avec leur état de santé. L'engagement et l'assiduité des patients à suivre le programme de MBCT sont en lien direct avec la notion d'intérêt (Miller et Rose., 2009). Le formateur explore chez les participants les facteurs de vulnérabilité pouvant conduire à l'abandon du programme. Les personnes les plus enclines à la rumination et/ou à l'évitement sont celles qui présentent le plus haut risque d'abandon dès le début de l'instruction (Crane et Williams., 2010).

Au cours des rencontres, une attention particulière est portée sur les expériences partagées par les individus membres du groupe. Chaque session est organisée autour d'un thème spécifique. Le contenu de ces séances est abordé en détail ci-après. Des documents papier sont distribués aux participants durant chaque session afin d'appuyer les propos de l'instructeur et définir les objectifs fixés pour chaque séance.

Les séances une à quatre se concentrent sur l'apprentissage de la pleine conscience. Elles sont portées sur l'observation du mental, le développement du lâcher prise et la focalisation sur le moment présent. Ces sujets seront approfondis progressivement au cours des sessions afin d'être pleinement maîtrisés à la fin de la 4^{ème} séance. Les séances cinq à huit sont centrées sur la gestion des émotions et des fluctuations thymiques. Après chaque séance, des exercices quotidiens sont à effectuer au domicile afin de consolider les acquis (Segal et al., 2016).

3.4. Présentation du programme MBCT

3.4.1. Contenu du programme

Séance 1 « La conscience et le pilotage automatique »

Objectif de la séance

Cette séance initie les participants à la méditation en pleine conscience. L'objectif de cette séance est de permettre aux patients de prendre conscience de leur éventuel fonctionnement en pilotage automatique et ainsi constater le peu d'attention qu'ils accordent habituellement aux événements de la vie quotidienne. Ils doivent réaliser que ce comportement induit une vulnérabilité à enclencher le mode « faire pathologique » source de ruminations.

Composante portant sur la méditation

La première séance introduit la composante méditation uniquement. Elle a pour but de présenter aux patients des moyens d'action en tant qu'alternative à un mode de fonctionnement en pilotage automatique.

Deux modalités d'apprentissage en pleine conscience sont soumises aux sujets, l'une consiste en la dégustation d'un raisin sec, l'autre en la réalisation d'un scan corporel technique au cours de laquelle l'attention se déplace d'un point à un autre. Ces activités offrent une base d'apprentissage à la résolution de problèmes de manière expérientiel et non-verbale.

Séance 2 « Vivre dans sa tête »

Objectif de la séance

Le thème principal de la 2^{ème} séance est d'apprendre au patient la maîtrise de la connaissance expérientielle. Cette méthode doit permettre au patient de prendre conscience d'expériences désagréables, sans induire de fonctionnement cognitif délétère à l'origine de ruminations susceptibles de conduire à la dépression.

Deux axes sont travaillés, l'un porte sur le versant méditatif et l'autre sur des méthodes de TCC.

Composante portant sur la méditation

L'axe portant sur la méditation a pour but de faire prendre conscience au patient de l'errance de ses pensées. Afin de corriger ce phénomène, le patient apprendra à réaliser un travail sur le maintien de son attention sur un seul point de focalisation. Il passe alors d'une forme de méditation où l'attention se déplace d'un point à un autre tel que le scan corporel, à une méditation appelée méditation assise où l'attention est maintenue sur un seul point. La méditation assise consiste en la pleine conscience de la respiration et repose sur le fait de porter son attention sur un seul stimulus qui est le souffle lié à la respiration.

Composante portant sur la TCC

L'axe portant sur la TCC vise à ce que les participants comprennent que les émotions résultant d'une situation sont fonction de l'interprétation qui en est faite. Dans un premier exercice, les patients sont amenés suite à une situation qui leur est présentée à reporter les pensées puis les émotions qui y sont associées dans un tableau, elles seront ensuite interprétées en groupe. Lors du 2^{ème} exercice, l'instructeur introduit un calendrier des expériences agréables dans lequel les participants retranscrivent un événement plaisant par jour, ainsi que les pensées et les émotions qui s'y relient afin d'inscrire cette réflexion dans la continuité.

Séance 3 « Rassembler l'esprit dispersé »

Objectif de la séance

L'objectif de la 3^{ème} séance est d'aider les participants à revenir au moment présent, lorsque leur activité mentale se disperse. Les activités réalisées visent à renforcer les connaissances travaillées au cours de la 2^{ème} séance et introduisent de nouveaux moyens de méditation. En outre, la séance favorise l'usage de ces exercices de méditation dans la vie quotidienne.

Composante portant sur la méditation

Trois nouveaux exercices de méditation sont introduits au cours de la 3^{ème} séance.

La session débute ainsi par un nouvel exercice de méditation appelé « voir » ou « entendre ». Durant cet exercice, les participants focalisent leur attention en pleine conscience sur l'activité de vision ou d'écoute. Cette pratique ne doit pas laisser place à l'interprétation et tout stimulus est perçu dans un état primaire, c'est-à-dire une forme, une couleur, un mouvement ou un son.

Un 2^{ème} exercice permet aux sujets de prendre conscience de l'errance du mental, puis de porter leur attention sur leur souffle et de l'élargir sur la respiration et leur corps. Cette pratique d'une durée de 3 minutes, appelée espace de respiration, rend la méditation accessible à tout instant de la journée lorsque l'individu en ressent le besoin.

Enfin, l'instructeur propose un 3^{ème} exercice qui consiste à réaliser des étirements en pleine conscience. Cette méditation par les étirements est une option offerte aux patients sensibles à la pratique de la méditation en mouvement.

Composante portant sur la TCC

Dans le volet TCC de la 3^{ème} séance, les participants sont invités à noter dans un calendrier des événements désagréables, les pensées, les sentiments et les sensations corporelles associés à une situation quotidienne au caractère déplaisant. Cet exercice est une continuité du calendrier des événements agréables introduit lors de la 2^{ème} séance.

Séance 4 « Reconnaître l'aversion »

Objectif de la séance

L'objectif de la 4^{ème} séance est de fournir aux patients des outils afin de détecter les causes de l'errance mentale que sont la rumination, la perte d'attention ou l'anxiété. Les patients sont amenés à comprendre que chaque expérience génère des émotions dont la tonalité conduit à des réactions d'aversion ou d'attachement. La réaction habituelle du mental face à des émotions et des sensations déplaisantes est l'évitement de ces expériences, ce qui conduit à des ruminations, et est à l'origine d'une souffrance émotionnelle importante. Une exploration expérientielle de l'aversion est initiée lors de cette session afin d'apprendre aux participants à la reconnaître et à y répondre avec davantage d'habileté.

Composante portant sur la méditation

Durant cette session, il est présenté aux participants une nouvelle technique appelée marche en pleine conscience. Une consolidation des pratiques de méditation est parallèlement

effectuée par la pratique de l'exercice « voir » ou « entendre » ainsi que par de la méditation assise et la prise d'un espace de respiration

Composante portant sur la TCC

Au cours du volet TCC, le groupe mène un travail de réflexion sur la définition de « territoire » de la dépression. Ce travail est conduit à l'aide de méthodes issues de la TCC et de l'éducation thérapeutique afin de comprendre l'origine de certaines sensations déplaisantes. Les participants sont invités à remplir un questionnaire sur les pensées automatiques à connotation négative. Ce formulaire comprend une liste de pensées négatives et le patient y sélectionne toutes celles auxquelles il a pu être sujet antérieurement. Chaque item est ensuite analysé et discuté en groupe afin de réaliser un travail sur les biais cognitifs et mettre en évidence le caractère erroné de ces pensées. L'instructeur fait part aux patients des critères du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) dans un calendrier des événements désagréables de la dépression afin d'apporter des connaissances sur les symptômes dépressifs. À la fin de cette séance, les participants pourront relier leur symptomatologie à la pathologie dont ils souffrent et non à des facteurs de vulnérabilités intrinsèques. Une meilleure connaissance de leur symptomatologie favorise le développement de l'exploration expérientielle qui sera amorcé au cours de la 5^{ème} séance.

Séance 5 « Laisser être, lâcher prise »

Objectif de la séance

La 5^{ème} séance permet aux patients d'établir un rapport différent avec les émotions et les sensations désagréables. Les participants vont travailler sur le processus d'acceptation et de permission. Ce sont deux processus actifs qui visent à diminuer le sentiment d'aversion.

Composante portant sur la méditation

Après la lecture d'un poème par l'instructeur sur la métaphore du processus d'acceptation par l'instructeur, une nouvelle pratique de méditation nommée « Travailler avec les difficultés » est introduite. Cette méditation est une variante de la méditation assise, où les participants se focalisent sur les sensations physiques accompagnant les pensées ou émotions associées à l'errance mentale, et les accueillent avec bienveillance. Le fait de porter une attention sur son corps engendre l'apprentissage d'un autre type de relation avec les expériences difficiles. Ceci permet de cultiver l'acceptation, la permission, et de chasser le sentiment de répulsion habituellement attendu.

Séance 6 « Les pensées ne sont pas des faits »

Objectif de la séance

L'objectif de la 6^{ème} séance est d'établir une relation différente avec les pensées et de s'affranchir des ruminations. Les patients doivent intégrer le caractère passager des expériences négatives tout en réalisant qu'elles influencent les pensées ou interprétations des événements.

Composante portant sur la méditation

La séance commence de la méditation assise, les individus portent leur attention sur la relation qu'ils entretiennent vis-à-vis des pensées qui surviennent. Cet exercice permet d'introduire le travail de TCC à suivre.

Composante portant sur la TCC

Le volet de la séance portant sur la TCC comporte trois étapes. Tout d'abord, les patients travaillent sur les différentes réactions engendrées par un événement en fonction de leur humeur. Ils étudient les émotions négatives à l'origine de leurs pensées et de leurs interprétations et ainsi observent que les pensées sont des produits de leur activité mentale et non des faits. Puis, afin de mettre en place des moyens d'action lorsqu'ils se sentent vulnérables, les patients analysent les signes avant-coureurs de leur rechute. Enfin, de façon à autonomiser les patients dans leur pratique, le formateur les invite à créer leur propre programme de quarante minutes de méditation quotidienne à partir des différentes formes de méditation proposées au cours de la formation.

Séance 7 « Comment puis-je au mieux prendre soin de moi »

Objectif de la séance

L'objectif de la 7^{ème} séance est de rendre apte les patients à utiliser adroitement l'action et l'activation comportementale pour prendre soin d'eux-mêmes en cas de fléchissement de leur humeur.

Composante portant sur la méditation

Les participants pratiquent la méditation en pleine conscience à l'ouverture de la séance pour consolider leur pratique.

Composante portant sur la TCC

Les objectifs de cette séance seront mis en œuvre à l'aide de l'approche empirique axée sur l'action de la TCC (Dobson et al., 2008), en prenant en considération l'activation comportementale qui permet aux patients un réengagement graduel dans des activités potentiellement bénéfiques. L'activation comportementale est une notion centrale dans la

TCC de la dépression. Durant cette session, l'instructeur propose un exercice mettant en lien activité et humeur. Les participants inscrivent sur une feuille les activités de leur quotidien et les classent en deux catégories, celles qui les nourrissent et celles qui les épuisent. Parmi les activités favorables, deux types d'actions sont susceptibles d'améliorer l'humeur, les activités de maîtrise et les activités orientées vers l'obtention de plaisir. Au cours de la séance, les participants font une liste des occupations de maîtrise et de plaisir, dont la finalité est de créer un outil personnalisé de prévention des rechutes dépressives à utiliser dans les moments de vulnérabilité. Les patients doivent établir un plan d'action en trois étapes. La première étape consiste à prendre un espace de respiration, la seconde étape à effectuer une pratique de pleine conscience afin de se recentrer. La dernière étape consiste à réaliser une activité susceptible d'améliorer l'humeur (au choix activité de maîtrise et/ou de plaisir).

Séance 8 « Exercer et élargir les compétences nouvellement acquises »

Objectif de la séance

L'objectif de cette dernière et 8^{ème} séance est de fixer définitivement un plan d'action afin de permettre aux participants d'adopter une nouvelle façon de vivre avec leurs processus cognitifs. Ainsi, le groupe passe en revue l'ensemble des acquis que leur a apporté le programme.

Composante portant sur la méditation

Pour introduire cette dernière séance, les participants sont invités à réaliser une pratique de méditation.

Composante portant sur la TCC

Les individus réexaminent ensuite leurs plans d'action préventifs de la rechute dépressive qui comportent des actions utiles à entreprendre dans des périodes où ils se sentent vulnérables. Ils évoquent les raisons de maintenir la pratique après l'achèvement de la formation afin de poursuivre avec assiduité le programme. Enfin, la séance se termine par une activité rappelant aux participants de continuer le processus entamé, en leur donnant un objet souvenir.

Pratique d'une journée en pleine conscience

Une journée en pleine conscience est organisée entre les 6^{ème} et 7^{ème} séances. Cette journée se déroule durant le week-end et représente un temps d'arrêt conscient dans le quotidien. Les patients effectuent plusieurs exercices de méditation tout au long de la journée. Ils réalisent ensuite un *feedback* sur les pratiques exercées, en binôme puis avec l'ensemble du groupe.

3.4.2. Le feedback au cours des séances

Des périodes de *feedback* ou « dialogue exploratoire » sont menées. Elles suivent immédiatement une séance ou font suite à une semaine de pratique à domicile. L'instructeur invite les participants à décrire, commenter et débattre de leurs expériences en groupe au cours des exercices proposés. Ces périodes de *feedback*, qui ont pour but de faire évoluer les réflexions sur les exercices de méditation, sont une source d'échange entre les participants et de consolidation de la pratique. Elles se basent sur le modèle d'apprentissage de Kolb et comportent trois niveaux de réflexion. Le premier amène le participant à réaliser une analyse personnelle sur son expérience. Le 2^{ème} appelé conceptualisation permet à l'individu d'établir un lien entre son expérience et les questions plus générales partagées par le groupe. Enfin, le dernier niveau consiste à généraliser la conceptualisation de l'expérience afin de l'appliquer à des pratiques ou des expériences futures pour les parfaire. (Kolb et al., 1984)

3.4.3. Pratique en dehors du programme

Les participants ayant achevé la formation à la MBCT ont peu d'opportunité de poursuivre la pratique de la méditation en groupe. Trois options de suivi post-programme leur sont alors offertes. La première, est de participer à plusieurs séances supplémentaires réparties sur une année. La seconde consiste à prendre part à un groupe de méditation tous les mois et la dernière de réaliser des séances hebdomadaires de méditation. En outre, les patients ayant achevé leur formation sont invités en tout temps à participer à la journée de pleine conscience effectuée au cours du programme MBCT lorsqu'elle a lieu.

3.4.4. Le formateur

Le formateur doit disposer de connaissances et d'expériences antérieures avec la population cible du programme MBCT, ainsi que d'une qualification professionnelle lui permettant d'instruire les patients.

Il doit assister à un programme structuré de MBCT de 8 semaines, en tant que participant afin de comprendre le programme de manière expérientielle. Il est recommandé qu'il pratique les méthodes de pleine conscience enseignées au cours du programme MBCT pendant au moins une année avant de démarrer le parcours de formation.

3.5. La MBCT dans la dépression

3.5.1. Généralités sur la dépression

Les chiffres de prévalence sur la vie entière de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) fluctuent selon les études, entre 16,6 % aux États-Unis et 24,1 % en France (Charpeaud et al., 2017). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévalence de l'EDC en 2018 à l'échelon mondial est d'environ trois cents millions de personnes. La dépression peut engendrer une altération marquée de la santé d'un individu de par son intensité et son évolution souvent chronique et arrive ainsi en tête des causes de morbi-mortalité multipliant le risque suicidaire par vingt-cinq (Lepine et Briley., 2011). Le risque suicidaire est étroitement corrélé au taux de mortalité suicidaire. Selon l'OMS en 2016, le taux mondial de suicide standardisé par âge s'établit à 10,5 pour mille habitants. La dépression est susceptible d'entraîner une souffrance cliniquement significative avec une altération du fonctionnement global, social ou professionnel d'un individu au quotidien. L'EDC correspond à des critères diagnostiques présentés dans le DSM-5 marqués par la présence de cinq symptômes parmi une liste qui en compte neuf, incluant nécessairement une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir, au cours d'une période de plus de deux semaines.

Les neuf symptômes correspondent à :

- 1- Tristesse de l'humeur la plupart du temps en journée presque tous les jours, signalés par la personne ou l'entourage (chez l'enfant et l'adolescent, peut prendre la forme d'une irritabilité).
- 2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ressenti pour les activités, quasiment toute la journée presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
- 3- Perte ou gain de poids significatif en dehors d'un régime restrictif (modification de plus de 5 % de la masse corporelle en moins d'un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours (chez l'enfant et l'adolescent, considérer la prise de poids attendue).
- 4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fertilité ou ralentissement).
- 6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7- Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

- 8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (rapportée par le patient ou observée par les autres).
- 9- Idées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idéation suicidaire sans plan précis, ou tentative de suicide ou idées suicidaires scénarisées.

L'épisode ne doit pas être imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre pathologie. La survenue d'un EDC ne peut pas être mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques.

3.5.2. Traitement de la dépression

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), les traitements de première intention pour les épisodes dépressifs de faible intensité reposent sur la psychothérapie de soutien et la psychoéducation. Concernant les épisodes d'intensité modérée à sévère, les traitements antidépresseurs tels que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et d'autres traitements antidépresseurs tels que la mirtazapine, la miansérine ou les imipraminiques sont indiqués. Cependant, seuls 50 à 75 % des patients traités par antidépresseurs y répondent favorablement et de manière significative avec une réduction d'au moins 50 % de la sévérité clinique (Rush, 2006). Face à cette inefficacité, la conduite à tenir est l'essai d'une autre molécule. En cas de réponse partielle, la combinaison de deux antidépresseurs de classes pharmacologiques différentes peut être envisagée. De même, le lithium, les antipsychotiques de seconde génération (quétiapine, aripiprazole) et les hormones thyroïdiennes (L-T3) peuvent être utilisés afin de potentialiser les effets du traitement en cours par antidépresseur. De plus, dans les formes résistantes, il est possible de recourir aux techniques de neurostimulation au premier rang desquelles figure l'électro-convulsivothérapie (Charpeaud et al., 2017). Vingt à 30 % des patients présenteraient une absence de rémission complète malgré l'application de ces recommandations (Fava., 2003). Le traitement par MBCT, s'il présente une certaine efficacité, pourrait donc constituer une alternative intéressante dans le cadre de la prise en charge de la dépression unipolaire.

Un autre enjeu dans la prise en charge de la dépression est celui de prévention de la rechute et de la récurrence dépressive. La rechute et la récurrence se réfèrent au retour des symptômes satisfaisant aux critères de l'EDC. La rechute a lieu après que la rémission est attribuée, et avant la guérison de l'épisode. La récurrence se déroule une fois la guérison obtenue.

La plupart des études conduites actuellement relève qu'au moins 50 % des patients ayant souffert d'un premier EDC connaîtront au moins un second épisode dépressif. Les patients ayant vécu deux EDC ou plus ont une probabilité de 70 à 80 % de présenter une récurrence au cours du reste de leur vie (Segal et al., 2016).

L'utilisation d'un traitement préventif de la rechute dépressive est recommandée dès le premier EDC. Un traitement préventif de la récurrence dépressive est préconisé à partir du troisième EDC. La présence de symptômes résiduels doit orienter vers la prescription d'un traitement préventif de la récurrence dépressive dès un premier EDC (Charpeaud et al., 2017). Le traitement par MBCT s'il présente une efficacité dans la prévention de la rechute et de la récurrence dépressive pourrait également constituer une alternative intéressante.

3.5.3. Application de la MBCT à la dépression

Le programme de MBCT présente plusieurs objectifs fondamentaux. D'une part, il fournit les outils nécessaires aux patients pour éviter les rechutes et les récurrences dépressives. D'autre part, il vise à mieux appréhender ses émotions, ses pensées lors de la confrontation à des événements désagréables par l'acceptation et la pleine conscience et par conséquent permet d'adopter des réponses cognitives et comportementales adéquates en pareilles situations (Segal et al., 2002). Ainsi, le sujet reconnaît puis se désengage d'un mode de pensée caractérisé par des cognitions négatives et des ruminations afin de pouvoir accéder et utiliser une nouvelle modalité de pensées reposant sur l'acceptation et la pleine conscience.

Cette approche a été proposée comme programme de maintien pour prévenir les rechutes et les récurrences dépressives. Son application s'est étendue aux sujets présentant des symptômes résiduels. Elle combine la démarche de pleine conscience de Jon Kabat-Zinn à des éléments issus de la thérapie comportementale et cognitive. En phase de rémission clinique, les individus peuvent être confrontés à une recrudescence des ruminations avec des difficultés de s'en décentrer par la pensée. L'objectif de la MBCT est ainsi de réduire chez le patient sa réactivité cognitive prédisposant à l'activation de schémas dépressiogènes étant un facteur de risque de rechute dépressive.

4. La place de la MBCT dans la prise en charge de la dépression unipolaire

4.1. Méthodologie

Pour cette revue, nous avons retenu des études disponibles dans la littérature évaluant l'efficacité de la MBCT dans les situations d'épisode dépressif caractérisé, dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives, sur les symptômes dépressifs résiduels et sur les conduites suicidaires. Nous les avons ensuite classés selon ces quatre situations et le protocole de l'étude.

Pour la réalisation de cette revue de la littérature, nous avons effectué une recherche sur les bases de données Pubmed, PsycInfo et Cochrane. Sur les 1043 articles issus de la recherche par mots clés, 48 articles ont été sélectionnés par la lecture du titre ou du résumé, après lecture de ces articles, 33 d'entre eux ont été retenus. La recherche a été réalisée sur une période allant de janvier 2000 à avril 2019.

Les mots clés utilisés étaient : « *MBCT* », « *mindfulness* », « *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* », « *mindfulness intervention* », « *depression* », « *depressive disorder* », « *suicide* », NOT « *schizophrenia spectrum and other psychotic disorders* ».

4.2. La MBCT dans le traitement de l'EDC

La MBCT a été originellement développée dans le but de prévenir les rechutes et les récurrences dépressives chez les patients en rémission d'un EDC. Chez les individus souffrant d'épisodes dépressifs en phase aiguë, Segal a émis l'hypothèse que les difficultés de concentration et l'intensité des pensées négatives empêchaient l'acquisition des compétences de contrôle de l'attention, indispensables à la pratique de la MBCT (Segal et al., 2002). L'utilisation de la MBCT est de ce fait considérée comme peu adaptée à la prise en charge des épisodes dépressifs mêmes. En dépit de cette hypothèse, plusieurs travaux ont été conduits afin d'évaluer l'efficacité de la MBCT chez les patients souffrant d'EDC.

4.2.1. Etude pionnière

L'étude pilote de Finucane et ses collaborateurs en 2006, non-contrôlée et non-randomisée, teste l'efficacité de 8 semaines de traitement par MBCT pour traiter les symptômes dépressifs et anxieux chez 13 patients souffrant d'un trouble dépressif caractérisé et récurrent.

Les patients inclus présentaient un diagnostic de dépression selon les critères de la 10^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) et deux épisodes dépressifs dans leurs antécédents.

Les scores à l'inventaire de la dépression de Beck (BDI-II) et à l'inventaire de Beck pour l'anxiété (BAI), qui évaluent respectivement la symptomatologie dépressive et anxieuse, ont été mesurés avant et à 3 mois de suivi.

On note une réduction significative pour ces scores avant et après la MBCT de 17,8 points à la BDI-II et de 11,45 points à la BAI. Ces données préliminaires plaident en faveur d'une diminution importante de la sévérité de la symptomatologie anxieuse et dépressive chez les patients traités par MBCT et souffrants d'un EDC dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent (TDR). Cependant, les résultats de cette étude sont à nuancer au regard de ses faiblesses, notamment la petite taille de l'échantillon, l'absence d'évaluation du retentissement fonctionnel, l'absence de groupe contrôle et de randomisation.

4.2.2. Etudes évaluant l'efficacité de la MBCT face à un traitement antidépresseur ou un traitement de référence de la dépression

En 2012, J.R Van Aalderen et ses collaborateurs testent dans une étude randomisée, l'efficacité de la MBCT en la comparant à un traitement de référence indiqué dans la prise en charge de la dépression chez les patients souffrant d'un TDR avec un Episode Dépressif Majeur (EDM) ou de symptômes dépressifs résiduels.

Deux cent cinq patients présentant plus de deux antécédents d'EDM selon les critères diagnostiques du DSM-IV ont été inclus dans l'étude. Ils ont été répartis dans deux groupes, l'un a bénéficié de la MBCT et d'un traitement de référence de la dépression ($n=102$), l'autre d'un traitement de référence seul ($n=103$). Le score moyen obtenu à l'échelle de dépression de Hamilton (HAMD-17), une échelle qui mesure l'intensité des symptômes dépressifs a été utilisée comme critère de jugement principal. Les critères de jugement secondaire se sont appuyés sur les scores moyens aux cinq échelles suivantes : la BDI ; la *Ruminative and Sadness Scale* (RSS) qui évalue l'intensité des ruminations ; le questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (PSWQ) qui mesure le concept d'inquiétude ; la *Kentucky Inventory of Mindfulness* (KIMS), une échelle qui apprécie le niveau d'aptitude à la pleine conscience constituée de quatre items que sont l'observation, la description, l'agir avec conscience et l'acceptation sans jugement ; la *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL BREF) qui évalue la qualité de vie selon trois composantes sociale,

psychologique et physique. Ces mesures ont été effectuées à l'inclusion puis à 8 semaines de suivi.

Les résultats sont en faveur d'une réduction significative de la sévérité des symptômes de dépression, uniquement pour le groupe MBCT. En effet, pour ce groupe on note une diminution du score moyen de 2 points à la HAMD-17 et de 4,6 points à la BDI. Le score du groupe contrôle augmente de 1,3 point à la HAMD-17 tandis qu'aucune modification n'est observée à la BDI.

À contrario du groupe contrôle, les patients du groupe expérimental ont présenté après MBCT une diminution significative des niveaux de rumination et d'inquiétude avec une réduction du score moyen obtenu à la RSS de 6 points et du score moyen évalué à la PSWQ de 5,8 points. Ceux du niveau d'aptitude à la pleine conscience évalué par la KIMS ont augmenté significativement pour la totalité des items de l'échelle. On note une augmentation de 3,8 points pour l'item observation, de 1,3 point pour celui de description, de 4,1 points pour l'agir avec conscience et de 3,9 points pour l'acceptation sans jugement. Pour la WHOQOL BREF, seul le score moyen du sous-groupe « qualité de vie psychologique » a augmenté significativement de 1,7 point après la MBCT. La MBCT présente une taille d'effet au moins modérée sur tous ces scores à l'exception de l'item description de la KIMS pour lequel la taille d'effet est faible.

	Inclusion		8 semaines	
	MBCT	Traitement de référence	MBCT	Traitement de référence
HAMD-17	9,5 (6,2)	9,2 (5,6)	7,5 (5,8)	10,5 (6,8)
BDI	14,9 (9,2)	16,2 (9,4)	10,3 (7,8)	16,2 (9,8)
RSS	28,0 (9,5)	28,4 (9,6)	22,0 (8,6)	27,3 (10,6)
PSWQ	42,6 (12,3)	43,7 (11,5)	36,8 (12,0)	42,5 (10,7)
KIMS Observation	19,0 (7,5)	18,7 (7,4)	22,8 (7,4)	18,2 (7,1)
KIMS Description	18,4 (8,2)	18,3 (7,8)	19,7 (7,6)	17,9 (7,2)
KIMS Agir avec conscience	15,9 (6,1)	16,8 (5,6)	20,0 (5,6)	16,1 (6,0)
KIMS Acceptation	18,4 (6,2)	18,0 (6,4)	22,3 (5,5)	18,6 (6,7)
WHOQOL-BREF psychologique	18,2 (3,5)	18,2 (3,4)	19,9 (3,4)	18,4 (3,7)

Tableau 1.1. Scores des échelles HAMD-17, BDI, RSS, PSWQ, KIMS et WHOQOL BREF psychologique à l'inclusion et à 8 semaines pour le groupe MBCT et le groupe avec un traitement de référence (moyenne \pm déviation standard)

L'étude a ensuite été conduite séparément en deux sous-groupes ; sur les patients qui ont souffert d'un EDM et sur ceux avec des symptômes dépressifs résiduels.

Au sein du groupe MBCT, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les scores moyens obtenus à la HAMD-17 après traitement entre les deux sous-groupes. La réduction des symptômes de dépression après MBCT serait indépendante du niveau de sévérité de la symptomatologie dépressive.

En conclusion, cette étude suggère une supériorité de l'association du traitement de référence et par MBCT en comparaison au traitement de référence seul sur la symptomatologie dépressive des patients souffrant d'un TDR. Elle est en faveur d'une efficacité similaire du programme de MBCT sur la symptomatologie dépressive des patients avec un EDM ou des symptômes dépressifs résiduels. Néanmoins, cette étude a été conduite sur une période courte, l'effet du traitement par MBCT sur le long cours reste à explorer.

En 2015, J.R Van Aalderen et ses collaborateurs ont poursuivi leur recherche et ont effectué à 3, 6, 9, 12 et 15 mois le suivi des patients issus de l'étude initiale. À l'identique des 101 patients du groupe expérimental, les 81 patients du groupe contrôle ont bénéficié du programme de MBCT.

Au total, 182 patients ont été inclus dans l'étude de suivi, et répartis en deux groupes : symptômes dépressifs résiduels ($n=124$) et EDM ($n=58$). La BDI, la RSS, la KIMS et la WHOQOL BREF ont été mesurées à chaque évaluation de suivi.

Pour l'ensemble de l'échantillon, 3 mois après avoir bénéficié du programme de MBCT, les scores moyens obtenus à la BDI et à la RSS ont diminué de manière significative respectivement de 5 points et 5,7 points. Les scores moyens respectifs mesurés à la KIMS et aux composantes psychologique et physique de la WHOQOL BREF ont augmenté de manière significative de 13,7 points, 1,8 point et 1,9 point, ceux de la composante relation sociale de la WHOQOL BREF ont augmenté significativement de 0,6 point uniquement dans le sous-groupe avec des symptômes dépressifs résiduels. À l'exception de cette composante, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les scores obtenus entre chacun des groupes pour ces différentes échelles.

Au cours de 15 mois de suivi, les scores moyens obtenus aux échelles évaluant les symptômes dépressifs, les compétences de pleine conscience ainsi que la qualité de vie n'ont pas subi de modification. Le score évaluant l'intensité des ruminations a décliné de manière significative pour les deux groupes de patients.

Les auteurs signalent que le groupe de patients ayant souffert d'un EDM au cours de l'étude a présenté une diminution plus importante des symptômes dépressifs et des ruminations que

celui des patients avec des symptômes dépressifs résiduels. Cette diminution des symptômes dépressifs et des ruminations n'est cependant pas significative.

Les études de Van Aaldren sont en faveur d'une stabilité des scores moyens obtenus à la BDI, à la KIMS ainsi qu'à la WHOQOL BREF et d'une diminution du score moyen mesuré à la RSS après avoir effectué le programme de MBCT sur la période de suivi de 15 mois. Elle est en faveur d'une efficacité similaire du traitement par MBCT sur la symptomatologie dépressive, les ruminations, le niveau d'aptitude à la pleine conscience chez les patients avec un EDM ou des symptômes dépressifs résiduels et souffrants d'un TDR. Cette étude présente néanmoins de nombreuses limites. Après traitement par MBCT, le groupe contrôle s'est confondu au groupe expérimental et a donné à la seconde partie de l'étude un caractère observationnel. De plus la réduction des symptômes dépressifs au cours de la période de suivi n'est pas spécifiquement attribuable à la MBCT.

Parmi les publications disponibles dans la littérature, une unique étude détaillée ci-dessous questionne l'efficacité de la MBCT et la compare à un traitement par sertraline dans le traitement de l'EDC.

En 2014, l'étude de Stuart J. Eisendrath et ses collaborateurs, non randomisée évalue l'efficacité du traitement par MBCT de 8 semaines ($n=23$) et le compare à celui par sertraline ($n=20$) en monothérapie dans le traitement de l'EDM.

Les patients inclus dans l'étude présentaient un diagnostic d'EDM au DSM-IV et un score à la HAMD-17 correspondant à des symptômes modérés de dépression. Ceux traités par sertraline ont reçu une posologie entre 50 à 200 milligrammes pendant 8 semaines.

Le score moyen obtenu à la HAMD-17 a été utilisé comme critère de jugement principal. Le score moyen à la *Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self Report* (QIDS-SR 16), un auto-questionnaire estimant la sévérité des symptômes de dépression a constitué le critère de jugement secondaire. Les mesures ont été réalisées avant et après les 8 semaines de traitement. Une diminution de 50 % des scores de sévérité clinique à l'inclusion correspond à une réponse favorable au traitement. Les patients ont été considérés en rémission clinique quand le score à la HAMD-17 a été inférieur à 8 ou le score à la QIDS-SR 16 inférieur à 6.

Après 8 semaines de traitement, les deux groupes ont présenté une diminution significative des scores moyens à la HAMD-17 de 11,2 points pour celui traité par MBCT et de 9,1 points pour celui traité par sertraline. Le score à la QIDS-SR16 a diminué significativement de 10,6 points pour le groupe avec MBCT et de 5,6 points pour le groupe avec sertraline. Les scores

obtenus à la HAMD-17 ne diffèrent pas significativement entre les deux groupes alors qu'on note une diminution du score moyen à la QIDS-SR16 significativement plus importante pour le groupe traité par MBCT.

	Inclusion		8 semaines	
	MBCT	Sertraline	MBCT	Sertraline
HAMD-17	20,1 (3,3)	19,3 (3,7)	8,9 (4 ,3)	10,2 (6,3)
QIDS-SR16	21,8 (5,5)	14,1 (4,0)	11,2 (6,6)	8,5 (2,9)

Tableau 1.2. Scores des échelles HAMD-17 et QIDS-SR16 à l'inclusion et à 8 semaines entre le groupe MBCT et sertraline (moyenne ± déviation standard)

Une réponse au traitement selon le score obtenu à la HAMD-17 a été mise en évidence pour 47,8 % des patients du groupe traité par MBCT et pour 45 % des patients du groupe traité par sertraline. Elle a concerné 52,6 % des patients du groupe traité par MBCT et 29,4 % des patients du groupe traité par sertraline selon les scores obtenus à la QIDS-SR16.

Le taux de rémission clinique basé sur le score à la HAMD-17 est de 42,1 % pour le groupe traité par MBCT et de 41,1 % pour le groupe bénéficiant d'un traitement par sertraline. S'il est établi à partir du score à la QIDS-SR16, il est de 21,1 % pour le groupe avec un programme de MBCT et 17,6 % pour le groupe traité par sertraline. On ne note toutefois aucune différence significative du taux de réponse au traitement et du taux de rémission entre les deux groupes pour l'une ou l'autre des échelles.

En conclusion, les résultats de cette étude sont en faveur d'une efficacité similaire de la MBCT et de la sertraline pour le taux de réponse au traitement et le taux de rémission clinique. Pour le score moyen obtenu à la HAMD-17 après traitement, aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes. Bien que ces premiers résultats soient encourageants, cette étude comporte de nombreux biais notamment la puissance de l'étude et l'absence de randomisation de l'échantillon.

4.2.3. Etudes évaluant l'efficacité de la MBCT face à un traitement par psychothérapie

À notre connaissance, deux essais visant à comparer l'effet de la MBCT dans le traitement de l'EDC à un traitement de psychothérapie ont été réalisés à ce jour et sont présentées ci-dessous.

L'étude semi-randomisée de Vijaya Manicavasgar et ses collaborateurs, conduite en 2011, évalue au cours de 12 mois l'efficacité d'un traitement de 8 semaines de MBCT ($n=19$) en le comparant à un traitement de 8 semaines de TCC ($n=26$) dans le traitement de l'EDC.

Les patients recrutés souffraient d'un EDM selon les critères du DSM-IV et présentaient un score à la BDI-II supérieur ou égal à vingt à l'inclusion, répondant à des symptômes dépressifs d'intensité modérée.

Les patients ont été vus en consultation dans la semaine précédant le début du traitement puis à la fin même du traitement et après 6 et 12 mois de suivi. À chaque visite, les mesures d'évaluations conduites ont consisté en la passation de la BDI-II ; de la BAI complétées par l'échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (SOFAS) qui apprécie les difficultés des patients dans leur environnement professionnel, social, et dans les relations interpersonnelles.

Entre l'initiation et la fin même du traitement, dans les deux groupes, les données recueillies sont en faveur d'une diminution significative des scores moyens de dépression à la BDI-II et d'anxiété à la BAI. On note une réduction des scores moyens à la BDI-II de 11,21 points pour le groupe MBCT et de 12,61 points pour le groupe TCC. On relève une réduction des scores moyens à la BAI de 5,21 points pour le groupe MBCT et de 7,61 points pour le groupe TCC. Pour les scores moyens obtenus à la BDI-II, à la BAI avant et après traitement aucune différence significative n'est mise en évidence entre les deux groupes. Aucune différence significative entre les scores obtenus à la SOFAS avant et après le traitement n'a été démontrée. Pour chaque groupe, une dichotomisation a été réalisée, avec d'une part un sous-groupe de patients présentant au moins quatre EDM dans leurs antécédents et d'autre part un sous-groupe de patient ayant moins de quatre EDM dans leurs antécédents.

Au sein du groupe MBCT, aucune différence significative n'a été identifiée entre les deux sous-groupes pour les scores à la BDI-II, à la BAI et à la SOFAS. Les patients du groupe TCC avec au moins quatre EDM ont montré une réduction significative des scores moyens à la BDI-II, à la BAI et une augmentation du score moyen à la SOFAS, ce qui n'était pas mis en évidence chez les patients avec un nombre d'EDM strictement inférieur à quatre.

	TCC		MBCT	
	Inclusion	8 semaines	Inclusion	8 semaines
BDI-II total	36,23 (11,11)	23,62 (16,83)	32,42 (9,01)	21,21 (13,83)
BAI total	23,96 (16,09)	16,35 (13,58)	18,89 (11,77)	13,68 (16,19)
SOFAS total	65,39 (10,05)	72,81 (11,90)	70,58 (10,77)	73,26 (13,33)

Tableau 1.3 Scores des échelles BDI-II, BAI et SOFAS avant et après traitement (moyenne ± déviation standard)

Les scores à la BDI-II, à la BAI et à la SOFAS, obtenus après la fin du traitement, puis à 6 et 12 mois de suivi, se sont avérés significativement stables dans les deux groupes.

En conclusion, cette étude suggère que le programme MBCT est aussi efficace que la TCC dans le traitement des EDC. L'effet de la MBCT sur la symptomatologie dépressive est indépendant du nombre d'EDC dans les antécédents. L'étude a pour faiblesse des échantillons de petite taille et une randomisation partielle de l'ensemble des groupes.

En 2015, A Chiesa et ses collaborateurs évaluent au cours de 26 semaines de suivi l'efficacité d'un traitement de 8 semaines par MBCT ($n=23$) et le compare à un traitement de 8 semaines par psychoéducation ($n=20$) dans une étude randomisée chez des patients souffrants d'un premier EDM ou d'un EDM dans le cadre d'un TDR selon les critères du DSM-IV.

Le groupe psychoéducation bénéficie d'un programme équivalent à celui de la MBCT à l'exception de la composante méditation. Ce programme est composé de huit séances hebdomadaires de deux heures, des exercices d'aérobics se sont substitués aux activités de méditation à domicile.

Les patients de cette étude ont été suivis de manière prospective sur 26 semaines avec des évaluations à l'inclusion puis à la 4^{ème}, 8^{ème}, 17^{ème}, et 26^{ème} semaine. Plusieurs échelles ont été complétées à chaque évaluation, la HAMD-21 et la BDI-II pour la sévérité de la dépression, la BAI pour l'intensité de la symptomatologie anxieuse, la *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) qui évalue cinq composantes de la pleine conscience que sont la perception de soi, l'agir en pleine conscience, le non-jugement de ses propres expériences, la description et l'acceptation, puis la *Psychological General Well-Being Index* (PGWBI) qui mesure la qualité de vie au moyen de six items, la dépression, l'anxiété, le bien être positif, la vitalité, la santé générale et le contrôle de soi.

Les scores à la HAMD-21 et à la BDI-II ont diminué de manière significative entre la première et la 26^{ème} semaine dans le groupe MBCT avec une diminution des scores moyens respectifs de 9,05 points et de 10,18 points. Au sein du groupe psychoéducation, on note une diminution significativement plus faible de ces scores moyens de 2,45 points à la HAMD-21 et de 2,35 points à la BDI-II. Les réductions de ces deux scores ont été significativement plus importantes entre l'inclusion et la 4^{ème} semaine de traitement que sur le reste de la période de suivi.

Tout au long de l'étude, le score moyen à la BAI a diminué de manière significative dans les groupes MBCT et psychoéducation. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes.

Au cours des 26 semaines d'évaluation, à contrario du groupe psychoéducation, le score moyen à la PGWBI global pour le groupe MBCT s'est accru significativement de 15,5 points. Les scores des composantes du PGWBI de dépression, d'anxiété, de bien être positif et de vitalité ont significativement augmentés dès la 8^{ème} semaine et jusqu'à la 26^{ème} semaine. L'augmentation des scores aux composantes de la PGWBI de santé générale et de contrôle de soi n'a été significative qu'à la 26^{ème} semaine.

Les scores obtenus sur l'ensemble items de la FFMQ montrent une tendance à l'augmentation au sein des deux groupes. Elle n'est cependant significative que pour les items perception de soi et agir en pleine conscience avec une augmentation respective de 1,95 point et de 3,8 points uniquement dans le groupe traité par MBCT tout au long de la période de suivi de 26 semaines.

	Inclusion		4 semaines		8 semaines		26 semaines	
	MBCT	Psycho éducation	MBCT	Psycho éducation	MBCT	Psycho Education	MBCT	Psycho éducation
HAMD-21	17,09 (5,54)	15,70 (5,45)	10,68 (6,92)	14,35 (6,77)	9,32 (7,35)	13,80 (7,32)	8,04 (6,18)	13,25 (6,98)
BDI-II	23,95 (13,21)	20,65 (9,72)	15,36 (14,96)	18,47 (9,40)	14,18 (15,10)	17,23 (7,61)	13,77 (14,93)	18,3 (10,94)
BAI	19,45 (15,53)	14,65 (9,65)	15,73 (14,04)	12,23 (9,79)	13,73 (13,74)	13,70 (10,94)	13,04 (13,77)	13,0 (8,41)
PGWBI GLOBAL	46,50 (21,57)	54,12 (15,69)	57,18 (24,15)	57,12 (14,97)	61,77 (26,01)	54,00 (16,20)	62,0 (26,55)	50,75 (16,45)
FFMQ O	24,27 (6,94)	25,88 (8,08)	24,09 (7,04)	24,12 (9,47)	25,36 (5,33)	24,88 (8,85)	26,22 (6,64)	24,0 (9,88)
FFMQ AA	26,14 (8,61)	29,29 (5,40)	26,54 (8,14)	28,76 (6,50)	29,41 (7,45)	29,35 (6,71)	29,95 (8,65)	27,82 (8,25)

Tableau 1.4. Scores des échelles HAMD-21, BDI-II, BAI, PGWBI et FFMQ à l'inclusion, à la 4^{ème}, à la 8^{ème} et à la 26^{ème} semaine de suivi entre le groupe MBCT et psychoéducation (moyenne ± déviation standard). (O : perception de soi ; A : agir en pleine conscience)

En conclusion, cette étude est en faveur de la supériorité du programme MBCT comparé celui de psychoéducation dans le traitement de l'EDM. Chiesa a mené une analyse pionnière, afin de distinguer les effets qui découlent spécifiquement de la pratique de la MBCT de ceux obtenus de manière non spécifique par la psychothérapie. La MBCT pourrait entre autres améliorer la perception de soi et l'agir en pleine conscience. La faible taille de l'échantillon constitue la principale limite de cette étude.

4.2.4. Efficacité de la MBCT dans les formes chroniques de la dépression

À notre connaissance, il existe trois études comparant l'efficacité de la MBCT dans le traitement des formes chroniques d'épisode dépressif, nous les développons ci-dessous.

En 2009, Barnhofer et ses collaborateurs évaluent par une étude randomisée l'efficacité de la MCBT chez les patients souffrant d'un TDR ou d'une forme chronique d'épisode dépressif. Les patients inclus ont présenté un diagnostic d'EDM selon les critères du DSM-IV ou des symptômes dépressifs résiduels avec plus de trois EDM dans les antécédents ou un EDM ayant duré plus de 2 ans. Les patients ont été assignés à l'un des deux groupes expérimentaux bénéficiant, pour l'un d'un traitement de 8 semaines par MBCT couplé au traitement de référence ($n=14$), pour l'autre d'un traitement de référence seul indiqué dans la prise en charge de la dépression ($n=14$).

La sévérité des symptômes dépressifs a été mesurée par l'échelle BDI-II et celle des idées suicidaires par l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS).

Ces évaluations ont été conduites avant, puis un mois après la fin du traitement. Une réponse au traitement a été définie par un score à la BDI-II inférieur ou égal à 13 ou par une diminution de 50 % de son score initial.

En intention de traiter, en incluant les patients perdus de vue, le score moyen à la BDI-II a diminué significativement de 11,74 points au sein du groupe MBCT alors qu'il n'a pas été modifié dans le groupe contrôle. Trente-sept pour cent des patients du groupe MBCT et 6 % des patients du groupe contrôle ont répondu favorablement au traitement. Entre les deux groupes, le taux de réponse au traitement est significativement différent et en faveur d'une supériorité du traitement par MBCT. Pour chacun des deux groupes, aucune différence significative du score moyen à la BSS n'a par contre été mise en évidence après traitement.

	Inclusion		3 mois	
	MBCT	Traitement de référence	MBCT	Traitement de référence
BDI-II	29,36 (9,66)	31,32 (10,79)	17,62 (10,94)	28,86 (12,97)
BSS	2,21 (2,45)	2,78 (2,08)	1,14 (1,79)	2,42 (2,53)

Tableau 1.5. Scores BDI-II et BSS à l'inclusion et 3 mois entre le groupe MBCT et traitement de référence (moyenne \pm déviation standard)

En conclusion, cette étude est en faveur de l'efficacité de la MBCT en comparaison à un traitement de référence seul chez les patients souffrant d'un TDR ou d'une forme chronique d'épisode dépressif caractérisé. Aucune différence significative de l'intensité des idées suicidaires après traitement n'a été cependant relevée au sein des deux groupes. La faible

puissance de cette étude due au faible nombre de patients inclus constitue une de ses principales limites.

Enfin en 2018, Cladder-Micus et ses collaborateurs mènent une étude randomisée sur 6 mois afin de comparer l'efficacité d'un traitement de 8 semaines par MBCT couplé au traitement usuel de la dépression ($n=49$) à un traitement usuel seul ($n=57$). Les patients inclus devaient présenter une forme chronique de dépression selon les critères du DSM-IV.

Le critère de jugement principal retenu a été la sévérité des symptômes dépressifs mesurée à l'aide de l'inventaire de la symptomatologie dépressive (IDS-C).

L'intensité des ruminations mesurée par la RSS, la qualité de vie appréciée par la WHOQOL BREF ont été évalués à l'inclusion et au 3^{ème} mois de suivi et le pourcentage de patients présentant une rémission partielle ou complète à la fin de la période de suivi de 6 mois ont constitué les critères de jugement secondaires.

À 3 mois de suivi, on note une diminution non significative du score moyen à l'IDS-C de 4,6 points au sein du groupe MBCT et de 1,7 point dans le groupe contrôle. Aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes. On note une diminution significative du score moyen à la RSS de 6,2 points dans le groupe MBCT et une augmentation significative du score moyen à la WHOQOL BREF de 4,1 points. Aucune modification de ces deux scores n'a été relevée dans le groupe contrôle. De plus, à 6 mois de suivi, le pourcentage de patients présentant une rémission est de 41,5 % au sein du groupe MBCT et est significativement plus élevé que celui de 21,6 % du groupe contrôle.

En conclusion, cette étude n'est pas en faveur de la supériorité d'une association d'un traitement par MBCT à un traitement habituel dans le traitement des symptômes dépressifs chez des patients souffrant d'une forme chronique de dépression. Elle relève la supériorité de cette association pour traiter les ruminations et améliorer la qualité de vie. De plus le nombre de patients présentant une rémission à 6 mois serait plus important dans le groupe traité par MBCT. Les auteurs précisent cependant que la plupart des patients considérés en rémission étaient en rémission partielle.

En 2015, Michalak mène avec ses collaborateurs une étude randomisée sur deux sites investigateurs, qui évalue à la fois l'efficacité de 8 semaines de MBCT et de 8 semaines de technique d'analyse interpersonnelle cognitive et comportementale (TAICC) chez les patients souffrant d'une forme chronique de trouble dépressif. La TAICC est une psychothérapie intégrant des modèles de thérapie interpersonnelle à des méthodes de thérapie cognitive et est

spécifiquement conçue pour le traitement de certaines formes chroniques de dépression. Trois groupes de patients sont alors constitués, le premier bénéficie de la MBCT associée à un traitement de référence indiqué dans la prise en charge de la dépression ($n=36$), le second est traité par TAICC et par un traitement de référence ($n= 35$), le dernier reçoit le traitement de référence seul ($n=35$).

Au total, 106 patients ont été inclus au sein de cette étude. Ils présentaient un diagnostic d'EDM chronique selon le DSM-IV avec des symptômes dépressifs persistant depuis plus de 2 ans, de dysthymie ou de trouble dépressif récurrent depuis plus de 2 ans avec une absence de rémission de la symptomatologie. Le score obtenu à l'HAMD-24 a été déterminé comme critère de jugement principal. Les critères de jugement secondaire ont été définis par les scores obtenus à la BDI-II, à la *Social Adaptation Self-Evaluation-Scale* (SAS) évaluant le fonctionnement social et au questionnaire court d'étude de la santé (SF-36) appréciant la qualité de vie et plus particulièrement la santé mentale et physique. L'ensemble de ces mesures ont été menées au début puis à la fin des 8 semaines de traitement.

Sur les deux sites d'investigations, les résultats ont montré une diminution significative du score moyen à la HAMD-24 de 5,17 points dans le groupe traité par MBCT et de 2,71 points dans le groupe bénéficiant d'un traitement de référence seul. On ne note aucune différence significative entre les scores obtenus. On relève une diminution significative du score moyen à la HAMD-24 de 10,07 points dans le groupe traité par TAICC. Cette diminution est significativement plus importante que celle notée au sein du groupe MBCT. Selon le critère de jugement principal, la MBCT ne serait pas supérieure au traitement de référence seul alors que la TAICC serait significativement plus efficace que la MBCT pour réduire l'intensité des symptômes dépressifs.

Le score moyen à la BDI-II après traitement a diminué significativement de 8,62 points dans le groupe MBCT, de 7,98 points dans le groupe TAICC mais n'a pas diminué significativement dans le groupe contrôle.

Sur chacun des deux sites investigateurs, la TAICC a permis une diminution des symptômes dépressifs significativement supérieure au traitement de référence seul. Le taux de rémission a été de 16,7 % pour les patients du groupe MBCT, de 25,7 % pour les patients du groupe TAICC et de 5,7 % pour les patients du groupe contrôle. Aucune différence significative n'a été observée entre les taux de rémission du groupe MBCT et du groupe TAICC ni entre le groupe MBCT et le groupe contrôle avec traitement de référence seul. La MBCT et la TAICC ont présenté une taille d'effet faible à modéré pour les scores obtenus à la SASS et à la SF-36 en comparaison au traitement de référence.

En conclusion, les résultats de cette étude sont en faveur de la supériorité du traitement par TAICC en comparaison à un traitement de référence seul et de la non-supériorité du traitement par MBCT et TAICC pour la diminution de l'intensité des symptômes dépressifs chez les patients souffrant de dépression chronique.

4.2.5. Efficacité de la MBCT dans l'EDC chez les patients souffrant de résistance au traitement

Une dépression résistante au traitement est définie par l'échec d'au moins deux essais successifs de traitement antidépresseur bien conduits en termes de posologie et de durée. Trois études pionnières ont été menées sans groupe contrôle afin d'évaluer l'efficacité de la MBCT chez des patients souffrant d'EDC résistant au traitement.

Une des premières études testant l'efficacité de 8 semaines de MBCT chez ces patients a été conduite par Kenny et ses collaborateurs en 2007. Cette étude non-contrôlée et non-randomisée a inclus des patients au diagnostic d'EDM s'intégrant dans le contexte d'un trouble dépressif selon les critères du DSM-IV ($n=50$). Les sujets devaient présenter un score à la BDI supérieur à 10 se référant à des symptômes dépressifs d'intensité au moins légère et un antécédent de trois EDM ou plus, ou un diagnostic d'EDM ayant duré plus d'un an. Afin de s'assurer de la résistance au traitement et dans le cadre de ce traitement, des consultations préalables chez un médecin généraliste puis un psychiatre ou un médecin généraliste avec un intérêt particulier pour la santé mentale ont été exigées. Une évaluation du score à la BDI a été effectuée avant et après les 8 semaines de traitement.

Après MBCT, le score moyen à la BDI a diminué significativement de 10,4 points. Ce résultat est en faveur d'une efficacité de la MBCT sur la sévérité de la symptomatologie dépressive dans ce contexte clinique.

Les patients ont été répartis par la suite au sein de deux groupes ; l'un au score initial à la BDI inférieur ou égal à 24 soit des symptômes dépressifs d'intensité modérée ; l'autre au score initial à la BDI strictement supérieur à 24 soit des symptômes dépressifs d'intensité sévère.

Le score moyen à la BDI a diminué significativement de 16,1 points après MBCT pour le groupe de patients aux symptômes dépressifs d'intensité sévère et de 5,7 points pour les patients du groupe aux symptômes dépressifs d'intensité modéré. Pour les patients du premier groupe, cette diminution est significativement plus marquée. Ces résultats sont donc en faveur d'une efficacité supérieure du traitement par MBCT chez les patients souffrant d'un EDM résistant avec des symptômes dépressifs d'intensité sévère.

	Inclusion	8 semaines
BDI ≤ 24	17,2 (4,3)	11,5 (7,8)
BDI > 24	33,2 (6,4)	17,1 (4,3)

Tableau 1.6. Scores BDI avant et après MBCT en fonction du score BDI à l'inclusion (moyenne ± déviation standard)

Sur l'ensemble des 50 patients, 32 ont décrit des idées suicidaires avant traitement par MBCT. Pour les patients avec des idées suicidaires, le score moyen à la BDI après MBCT a diminué de 12,4 points, et de 7,4 points pour ceux n'en présentant pas. Les patients des deux groupes n'ont affiché aucune différence significative dans leur réponse à la MBCT.

En conclusion, la MBCT semble être un traitement acceptable pour l'ensemble des patients avec ou sans idées suicidaires, souffrants d'EDM et de résistance au traitement par antidépresseurs ou TCC. Elle serait plus efficace chez les patients aux symptômes dépressifs d'intensité sévère.

Eisendrath et ses collaborateurs en 2008, évaluent dans une étude l'efficacité de 8 semaines de MBCT chez les patients souffrant d'EDM résistant aux traitements ($n=55$). Cette étude non randomisée et non contrôlée inclut des patients souffrant d'EDM selon les critères du DSM-IV au score à la BDI-II supérieur ou égal à 10, soit une symptomatologie dépressive d'intensité au moins légère. Ces sujets ont dû présenter un échec d'au moins deux essais successifs de traitement antidépresseur n'ayant pas conduit à la rémission avant l'étude et être traités par antidépresseur au cours de l'étude, pendant laquelle les thérapeutes ont été autorisés à changer la posologie du traitement.

Avant et après les 8 semaines de traitement par MBCT, des mesures des scores moyens à la BDI-II, à la BAI, à la RSS et à l'échelle d'aptitude à la pleine conscience (FMI) ont été effectués.

En intention de traiter, à 8 semaines de suivi, le score moyen à la BDI-II a diminué significativement de 9,3 points, soit 37 % du score moyen initial. Trente-huit pour cent des patients ($n=21$) ont affiché une réduction de leur score initial à la BDI-II de 50 % ou plus.

Vingt-neuf pour cent ($n=16$) ont présenté un score à la BDI-II strictement inférieur à 10, soit une rémission clinique.

Parallèlement à l'amélioration des symptômes dépressifs, le score moyen obtenu à la BAI a diminué significativement de 3,6 points, celui à la RSS de 2,3 points. Celui à la FMI a significativement augmenté de 6,3 points. Le traitement par MBCT favoriserait donc chez ces

sujets, une diminution de la sévérité de la symptomatologie dépressive, anxieuse et des ruminations ainsi qu'une augmentation des facultés de pleine conscience.

	Inclusion	8 semaines
BDI-II	23,95 (10,0)	14,60 (9,28)
BAI	13,38 (8,76)	9,78 (6,38)
RSS	52,84 (6,68)	50,33 (9,26)
FMI	67,25 (11,7)	73,54 (11,6)

Tableau 1.7. Scores à la BDI, à la BAI, à la RSS et à la FMI avant et après MBCT chez les patients avec un EDM résistant au traitement (moyenne \pm déviation standard)

En conclusion, cette étude est également en faveur de l'efficacité de la MBCT chez les patients souffrant d'EDM résistant au traitement.

Pour ces deux études, on note néanmoins l'existence de plusieurs limites. L'absence de randomisation et de groupe contrôle est susceptible de biaiser les résultats par l'inclusion de patients motivés pour participer au programme. De plus, les effets de la MBCT peuvent ne pas être liés à sa spécificité de pleine conscience mais à l'effet de soutien apporté par le groupe au cours du traitement. Enfin, le changement des posologies de traitement a pu influencer la fluctuation de l'intensité des symptômes dépressifs et anxieux au cours de l'étude.

En 2016, Eisendrath et ses collaborateurs réalisent une nouvelle étude, randomisée afin d'évaluer l'efficacité de 8 semaines de MBCT chez des patients souffrant d'EDM résistant aux traitements antidépresseurs et le compare à un programme d'amélioration de la santé. Le programme d'amélioration de la santé composé d'exercices d'aérobics, de mouvements fonctionnels, de musicothérapie et d'éducation diététique a pris appui sur le traitement par MBCT. Son déroulement est structuré en sessions hebdomadaires collectives de deux heures sur 8 semaines.

L'ensemble des sujets a été scindé en deux groupes, le premier a bénéficié d'un programme de MBCT et d'un traitement de référence ($n=87$), le second d'un programme d'amélioration de la santé en sus du traitement pharmacologique de référence de la dépression ($n=86$). Les patients retenus ont présenté un diagnostic d'EDM s'inscrivant dans le cadre d'un trouble dépressif unipolaire selon les critères du DSM-IV, un score à la HAMD-17 de plus de 13 à l'inclusion, soit des symptômes dépressifs au moins légers avec deux échecs successifs aux traitements antidépresseurs.

L'évolution du score moyen à la HAMD-17 a été retenue comme critère de jugement principal. Deux critères de jugement secondaires ont été ajoutés, à travers le pourcentage de patient présentant une réponse au traitement défini par une diminution de 50 % ou plus du score initial à la HAMD-17 et le pourcentage de patient en rémission défini par un score à la HAMD-17 strictement inférieur à 8 après traitement. Ces mesures ont été évaluées à l'inclusion, à 4, 8 et à 52 semaines de suivi.

Des variables potentiellement médiatrices de l'efficacité du traitement ont été testées. Elles correspondent au score obtenu à la FFMQ, à la RRS, à l'échelle d'autocompassion (SCS) et au questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ) qui évalue l'évitement expérientiel. Enfin, certaines variables potentiellement modératrices et susceptibles d'impacter la sévérité de la symptomatologie dépressive et la résistance au traitement comme l'anxiété en tant que trait de personnalité et état émotionnel, le stress perçu, les traumatismes vécus pendant l'enfance ont également été contrôlées.

Après 8 semaines de traitement, le score moyen obtenu à la HAMD-17 a diminué significativement de 36,6 % dans le groupe traité par MBCT et de 25,3 % dans le groupe bénéficiant du programme d'amélioration de la santé. Trente virgule trois pour cent des patients du groupe MBCT et 15,3 % des patients du groupe au programme d'amélioration de la santé ont présenté une réponse au traitement. La MBCT est ainsi significativement plus efficace que le traitement contrôle. A contrario, aucune différence significative entre les deux groupes n'a été relevée pour le pourcentage de patient en rémission. Il est de 22,4 % dans le groupe MBCT et de 13,9 % au sein du groupe avec un programme d'amélioration de la santé. Après 52 semaines de suivi, la supériorité de la MBCT persiste uniquement pour le pourcentage de patient présentant une réponse au traitement qui est de 43,7 %.

Les variables testées comme médiatrices potentielles n'ont présenté aucun effet de médiation au cours du traitement. L'ensemble des variables potentiellement modératrices réduisent l'efficacité de la MBCT sur l'intensité des symptômes dépressifs, l'anxiété et l'abus émotionnel durant l'enfance réduisent la réponse au traitement et l'abus émotionnel durant l'enfance affecte la rémission.

En conclusion, à 8 semaines de traitement cette étude est en faveur d'une supériorité de la MBCT sur la diminution de l'intensité des symptômes dépressifs et sur le pourcentage de patients obtenant une réponse au traitement en comparaison à un programme d'amélioration de la santé chez des patients souffrant d'EDC et de résistance au traitement. La MBCT n'est cependant pas supérieure en ce qui concerne le pourcentage de patient présentant une rémission. La préférence d'un de ces traitements et la motivation qu'ont les patients suite à

l'attribution de leur traitement pourraient agir comme variables modératrices, mais n'ont pas été considérées dans le protocole de l'étude.

4.2.6. Méta analyse

En 2014, Strauss et ses collaborateurs conduisent l'unique méta-analyse regroupant douze études randomisées et contrôlées évaluant l'effet des interventions de pleine conscience chez des patients présentant une symptomatologie anxieuse ou dépressive aiguë ($n=578$). Six de ces études ont évalué le traitement par MBCT, six le traitement par MBSR. Ces différentes études ont regroupé des patients avec un diagnostic principal d'EDC, d'agoraphobie, de phobie sociale, de phobie spécifique, de trouble panique, de trouble anxieux généralisé, de trouble obsessionnel-compulsif, d'hypocondrie, d'état de stress aigu ou de trouble de stress post-traumatique.

Tous diagnostics confondus, les premiers résultats de cette méta-analyse ont mis en évidence, après une intervention de pleine conscience, une diminution significative de l'intensité des symptômes en lien avec le diagnostic principal, avec une taille d'effet cependant modérée.

Une seconde analyse a ensuite porté sur quatre études incluant des patients ayant pour diagnostic principal un EDC, puis sur huit autres correspondant aux patients souffrant principalement d'un trouble anxieux. Les quatre premières études ont montré une diminution significative de l'intensité des symptômes dépressifs après traitement avec une forte taille d'effet. Pour les huit autres, aucune réduction significative de l'intensité de la symptomatologie anxieuse n'a été retrouvée.

Une troisième analyse a comparé deux nouveaux ensembles d'études, l'un dont les études comparent des groupes bénéficiant d'interventions de pleines consciences à des groupes traités par TCC ou par psychoéducation, l'autre dont les études comparent des groupes bénéficiant de traitements de pleine conscience à des groupes dont les patients reçoivent un traitement de référence ou réalisent des exercices d'aérobics.

La MBCT permettrait une diminution significative de l'intensité des symptômes associés au diagnostic principal avec une forte taille d'effet en comparaison à un traitement de référence seul ou à des exercices d'aérobics. Cette diminution n'a pas été retrouvée pour l'ensemble d'études ayant des groupes de contrôles traités par TCC ou psychoéducation, la MBCT n'a montré aucune taille d'effet.

Une quatrième analyse a été menée, comparant les études dont les patients ont été traités par MBCT à celles dont les patients ont été traités par MBSR. L'intensité des symptômes faisant référence au diagnostic primaire au sein des études dont les patients ont été traités par MBCT

a diminué de manière significative, avec une taille d'effet faible. Les patients traités par MBSR, n'ont présenté aucune diminution significative de l'intensité des symptômes du diagnostic primaire après traitement.

Enfin, une dernière analyse a été conduite en élargissant le champ de la recherche à toutes les mesures de sévérité de la symptomatologie anxieuse ou dépressive utilisées au cours des études sans tenir compte du diagnostic principal de trouble anxieux ou d'EDC. En effet, quel que soit le diagnostic principal, des mesures secondaires des symptômes dépressifs ou anxieux ont été effectuées. Les résultats ont montré une diminution significative de l'intensité de des symptômes dépressifs avec une taille d'effet moyenne en faveur des interventions de pleine conscience. Neuf études ont présenté au moins une mesure de l'intensité des symptômes anxieux. Aucune diminution significative de leur intensité n'a été mise en évidence après traitement par intervention de pleine conscience.

En conclusion, cette étude est en faveur d'une diminution de la sévérité des symptômes dépressifs chez les patients bénéficiant d'un traitement par MBCT. Elle ne met en évidence aucune diminution de la sévérité des symptômes anxieux chez les patients traités par MBCT ou MBSR quelle que soit la mesure de la symptomatologie anxieuse réalisée.

4.3. Efficacité de la MBCT dans la prévention de la rechute et de la récurrence dépressive

4.3.1. Etudes conduites par les concepteurs de la MBCT

Les deux premières études portant sur les effets de la MBCT dans la prévention de la rechute et de la récurrence dépressive ont été menées par des membres du groupe ayant développé la MBCT.

La première étude, randomisée conduite en 2000 par Teasdale et ses collaborateurs inclut 145 patients souffrant d'un trouble dépressif récurrent avec au moins deux EDM selon les critères du DSM-III au cours des 5 dernières années. Trois mois avant le début de l'étude, les patients traités par antidépresseurs devaient impérativement en avoir arrêté la prise et être en rémission ou en guérison du dernier EDM dont ils avaient souffert.

L'étude a porté sur deux groupes de patients, l'un assigné à un traitement de 8 semaines par MBCT associé au traitement de référence ($n=76$), l'autre au traitement de référence seul ($n=69$). Le traitement de référence consistait en la poursuite du traitement habituel de l'EDM. Le critère de jugement principal retenu est le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive. Il est défini par l'apparition d'un nouvel EDM selon les critères

du DSM-III et a été évalué après les 8 semaines de traitement puis deux fois par mois au cours des 60 semaines de suivi.

Après analyse, le nombre d'EDM dans les antécédents a été considéré comme variable modératrice du pourcentage de patient présentant une rechute ou une récurrence. Pour les deux groupes étudiés, le critère de jugement principal a été évalué séparément, sur les patients avec moins de trois EDM et sur ceux avec au moins trois EDM. L'âge moyen de 44,6 ans des patients avec trois EDM est significativement plus élevé que l'âge moyen de 38,4 ans des patients avec moins de trois EDM dans leurs antécédents.

À 60 semaines de suivi, pour les patients présentant au moins trois EDM, en intention de traité, 40 % des patients ($n=22$) traités par MBCT, et 66 % ($n=33$) de ceux avec un traitement de référence seul ont présenté une rechute ou récurrence dépressive. On relève une réduction de 33 % du risque de rechute ou de récurrence en faveur du groupe traité par MBCT. Une différence significative entre le pourcentage de rechute ou de récurrence au sein des deux groupes apparaît dès la 10^{ème} semaine de suivi, puis se stabilise jusqu'à la 30^{ème} semaine pour s'accroître de nouveau.

Aucune différence significative sur le critère de jugement principal n'a par contre été mise en évidence pour ce qui est des patients avec moins de trois EDM dans leurs antécédents. Cinquante-six pour cent des patients traités par MBCT ($n=9$) et 31 % de ceux bénéficiant d'un traitement de référence seul ($n=5$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive.

En conclusion, cette étude pionnière est en faveur de l'efficacité de la MBCT pour la prévention des rechutes et des récurrences dépressives uniquement chez les patients présentant des antécédents d'au moins trois EDC.

Une seconde étude randomisée a été conduite par Ma et ses collaborateurs en 2004 au cours d'un an, dans le but de répliquer celle menée en 2000 par Teasdale et apporter au traitement par MBCT d'une durée de 8 semaines, une validité supplémentaire. Cette étude porte sur des patients souffrant de trouble dépressif récurrent en rémission ou en guérison du dernier EDM depuis au moins 3 mois avant le début de l'étude avec des critères d'inclusion similaires en tous points à ceux adoptés dans l'étude de Teasdale.

Les patients inclus ont été répartis en deux groupes, l'un traité par MBCT et associé à un traitement de référence indiqué dans la prise en charge de la dépression ($n=38$), l'autre traité par traitement de référence seul ($n=37$). Le pourcentage de patient présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV a constitué le critère de jugement principal et a été évalué tous les trois mois au cours de la période de

suivi d'un an. En cas de rechute ou de récurrence, un questionnaire corrélé à une échelle de réajustement social permettant de déterminer le stress éprouvé a été soumis aux patients afin de relever si cette rechute ou récurrence est imputable à un événement de vie stressant.

Des variables supplémentaires ont été prises en compte, comme l'âge au premier EDM ainsi que l'échelle de mesure du style parental (MOPS) évaluant le dysfonctionnement parental au cours de l'enfance par trois items, la surprotection, l'abus et l'indifférence.

En s'appuyant sur les résultats mis en évidence par Teasdale en 2000, soit une différence d'efficacité de la MBCT en fonction du nombre antérieur d'EDM, Ma a conduit son analyse en deux sous-groupes. Un premier sous-groupe a été composé de patients avec au moins trois EDM ($n=36$) et un second avec des patients présentant deux EDM ($n=37$). Pour les patients avec au moins trois EDM dans leurs antécédents, 36 % des sujets traités par MBCT ($n=10$) et 78 % de ceux traités par traitement de référence seul ($n=21$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive sur la période de suivi d'un an. Une réduction significative du risque de rechute et de récurrence de 54 % a été mise en évidence en faveur du groupe MBCT avec une forte taille d'effet.

Pour les patients aux antécédents de deux EDM, aucune différence significative n'a en revanche été relevée pour ce qui concerne le taux de rechute ou de récurrence entre les deux groupes, soit 50 % pour les patients traités par MBCT ($n=4$) et 20 % pour ceux avec traitement de référence seul ($n=2$).

L'absence d'efficacité de la MBCT dans ce groupe peut être expliquée par le fait que la survenue d'un EDM en lien avec un événement de vie stressant est significativement plus importante pour les patients aux antécédents de deux EDM.

L'âge moyen de 37,5 ans au premier épisode dans le sous-groupe avec deux antécédents d'EDM est significativement plus élevé que celui de 28,4 ans dans le sous-groupe aux antécédents d'au moins trois EDM. Les patients avec des antécédents d'au moins trois EDM ont présenté des scores significativement plus élevés aux items de la MOPS : indifférence et abus parental au cours de l'enfance. La réponse au traitement ne semble pas différer selon ces trois variables.

En conclusion, l'étude de Ma présente des résultats similaires à ceux de Teasdale. Ils sont en faveur de l'efficacité de la MBCT dans la prévention de la rechute et de la récurrence dépressive chez des patients avec des antécédents d'au moins trois EDM. Pour ces patients, la rechute ou la récurrence est moins susceptible d'être déclenchée par un événement de vie stressant en comparaison aux patients avec moins de trois EDM.

4.3.2. Etudes évaluant l'efficacité de la MBCT face à un traitement antidépresseur ou un traitement de référence de la dépression

En 2010, Bondolfi et ses collaborateurs mènent la première étude randomisée sur 14 mois, indépendante des concepteurs de la MBCT et ce, afin de répliquer les résultats des deux précédentes études. Deux groupes de patients ont été constitués, l'un avec un traitement par MBCT associé au traitement de référence indiqué dans la prise en charge de la dépression ($n=31$) et l'autre au traitement de référence seul ($n=29$). Pour l'ensemble des sujets, les critères d'inclusion ont été identiques à ceux utilisés pour l'étude de Teasdale en 2000 avec pour seule différence la présence de trois d'EDM selon les critères du DSM-IV dans les antécédents.

Le critère de jugement principal retenu est également similaire et correspond au pourcentage de patient présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM. Une mesure supplémentaire a été effectuée, celle du délai moyen entre l'inclusion et une première rechute ou récurrence dépressive.

Ces évaluations ont été réalisées après les 8 premières semaines de traitement, à 8 et 14 mois de suivi.

Au sein des deux groupes, les résultats en intention de traiter ne montrent aucune différence significative, 36 % des patients du groupe traité par MBCT ($n=9$) et 31 % de ceux bénéficiant d'un traitement de référence seul ($n=10$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive au cours de 14 mois de suivi. L'efficacité du traitement par MBCT ne serait pas supérieure à l'efficacité du traitement de référence seul dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives.

Cependant, le délai moyen de rechute ou de récurrence s'est avéré significativement plus long au sein du groupe traité par MBCT, soit de 204 jours contre 69 jours pour le groupe contrôle.

En conclusion, cette étude ne démontre pas la supériorité de l'efficacité du traitement par MBCT dans la prévention des rechutes et récurrences dépressives. Toutefois, la MBCT allongerait l'intervalle libre sans symptôme. Néanmoins, il est à noter que le pourcentage de patient présentant une rechute ou une récurrence au sein du groupe traitement de référence est significativement plus faible que pour les deux études précédentes. Ceci s'explique probablement par le fait que cette étude a été menée en Suisse à contrario des études de Teasdale et Ma conduites dans des pays anglo-saxons. La Suisse est un pays dont le système de santé diffère des pays anglo-saxons et où les patients ont directement accès à des consultations avec un psychiatre sans consulter leur médecin de famille. Le psychiatre est un

spécialiste qui soigne des affections relevant de son domaine d'expertise, l'avantage réside donc dans le fait de pouvoir consulter directement, d'être traité rapidement et efficacement.

La même année, une seconde étude a été menée par Godfrin et ses collaborateurs, toujours indépendamment des concepteurs du programme MBCT afin d'évaluer son efficacité dans la prévention des rechutes et récurrences dépressives.

Deux groupes de patients ont été constitués, l'un a reçu un traitement par MBCT d'une durée de 8 semaines et un traitement de référence indiqué dans la prise en charge de la dépression ($n=54$), l'autre d'un traitement de référence seul ($n=52$). Les patients inclus devaient présenter au moins trois EDM dans leurs antécédents selon les critères du DSM-IV et être en rémission partielle ou totale, soit présenter un score à la HAMD-17 inférieur à 14, 8 semaines avant le début de l'étude. À la différence des trois précédentes études, les patients ont été autorisés à poursuivre leur traitement antidépresseur à l'inclusion.

Au cours des 14 mois de l'étude, les évaluations des patients ont été réalisées à l'inclusion puis au 2^{ème}, 8^{ème} et 14^{ème} mois de suivi.

Le critère de jugement principal retenu a été le pourcentage de patient présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV et le délai moyen entre l'inclusion et une première rechute ou récurrence dépressive. La sévérité de la symptomatologie dépressive résiduelle, évaluée par la HAMD-17 et la BDI-II et la qualité de vie dans la dépression (QLDS) dont des scores élevés correspondent à une faible qualité de vie ont constitué les critères de jugement secondaires.

Au cours de 14 mois de suivi, 30 % des patients du groupe traité par MBCT ($n=12$) ont présenté une rechute ou une récurrence. Ce pourcentage est significativement plus faible que celui de 68,1 % du groupe assigné au traitement de référence seul ($n=32$).

Pour ce même groupe, le délai moyen de 53,7 semaines entre l'inclusion et la première rechute ou récurrence est significativement plus long que celui de 39,5 semaines du groupe contrôle.

En ce qui concerne l'évolution des symptômes résiduels, l'auteur met en évidence à 2 mois de suivi une diminution significative plus marquée du score moyen à la HAMD-17 de 1,62 point et du score moyen à la BDI-II de 10,83 points au sein du groupe expérimental avec une stabilité de ces résultats à 14 mois de suivi. Aucune variation significative de ces deux scores n'a été notée pour le groupe contrôle avec une augmentation du score à la HAMD-17 de 2,32 points et une diminution du score à la BDI-II de 1,44 point.

Dans le groupe MBCT à 2 mois de suivi, le score à la QLDS a diminué significativement de 4,03 points. Ce score est resté stable au cours des 14 mois de suivi. Aucune variation significative de ce score n'a été constatée dans le groupe contrôle. Une qualité de vie significativement plus élevée après traitement a été observée au sein du groupe traité par MBCT.

	Inclusion		14 mois	
	MBCT	Traitement de référence	MBCT	Traitement de référence
HAMD-17	6,59 (3,99)	7,32 (3,65)	5,51 (6,15)	8,00 (5,21)
BDI-II	17,59 (11,65)	20,44 (12,46)	8,35 (10,20)	19,28 (13,72)
QLDS	7,82 (6,97)	10,32 (9,35)	4,88 (7,47)	11,02 (10,18)

Tableau 2.1. Scores à la HAMD-17, à la BDI-II et à la QLDS : moyenne (\pm déviatoin standard) à l'inclusion et 14 mois après traitement par MBCT ou traitement de référence chez des patients souffrant d'un TDR en rémission partielle ou complète

En conclusion, cette étude est en faveur d'un pourcentage de patient présentant une rechute ou une récurrence significativement plus faible et un intervalle libre sans symptômes plus long chez les patients avec au moins trois EDC dans leur antécédent et traités par MBCT. Elle met en évidence chez ces patients une diminution des symptômes dépressifs résiduels et une amélioration de la qualité de vie après traitement par MBCT. Elle valide les résultats obtenus par les deux premières études, conduites par les investigateurs de la MBCT.

En 2008, Kuyken et ses collaborateurs mènent une étude randomisée sur 15 mois afin d'évaluer l'efficacité de la MBCT pour prévenir les rechutes ou les récurrences dépressives et la comparent à un traitement antidépresseur. Les sujets inclus ont présenté trois épisodes dépressifs dans leurs antécédents, sont en rémission partielle ou complète de leur EDM selon les critères du DSM-IV et traités par antidépresseur tout au long des 6 mois précédant leur inclusion.

Deux groupes de patients ont été constitués, bénéficiant pour l'un d'un traitement par MBCT de 8 semaines ($n=61$), pour l'autre d'un traitement antidépresseur seul ($n=62$). Au cours des 6 premiers mois de l'étude, le traitement par antidépresseur a été diminué ou interrompu pour les patients du groupe MBCT. Suite à cette période, 75 % d'entre eux ont arrêté définitivement le traitement par antidépresseur ($n=46$).

Le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV durant la période de suivi a constitué le critère de jugement principal. La durée moyenne de l'EDM mesurée en mois et la sévérité des EDM

survenus chez les patients au cours de l'étude, la sévérité de la symptomatologie dépressive résiduelle mesurée par la HAMD-17 et la BDI-II ainsi que la qualité de vie appréciée par la WHOQOL BREF ont été définies comme critères de jugement secondaires. Au cours de 15 mois de suivi, ces évaluations ont été réalisées à l'inclusion puis tous les 3 mois.

En intention de traiter, sur la période de suivi, le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence s'est montré significativement plus faible dans le groupe MBCT, soit 47 % ($n=29$) contre 60 % ($n=37$) dans le groupe sous antidépresseur seul.

À 15 mois de suivi, aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne la durée moyenne des EDM. Elle est de 3,4 mois dans le groupe MBCT et de 3 mois dans le groupe traité par antidépresseurs, de même on ne relève aucune différence significative entre les deux groupes pour la sévérité des EDM survenus au cours de l'étude.

Tout au long de la période de suivi, le groupe traité par MBCT a présenté une intensité des symptômes dépressifs résiduels significativement plus faible avec au 15^{ème} mois de suivi des scores moyens de 7,05 points à la HAMD-17 et de 12,61 points à la BDI-II. Dans le groupe traité par antidépresseur seul, ces scores moyens ont été respectivement de 8,69 points et de 17,02 points.

Tout au long de la période de suivi, la qualité de vie a été meilleure au sein du groupe MBCT avec au 15^{ème} mois de suivi des scores moyens respectifs significativement plus élevés pour les composantes physiques et psychologiques de la WHOQOL BREF soit de 23,97 points et de 18,61 points. Au sein du groupe de patients traités par antidépresseur seul, ces scores ont été de 22,93 points et de 17,36 points.

	1 mois		15 mois	
	MBCT	Antidépresseurs	MBCT	Antidépresseurs
HAMD-17	5,83 (4,49 ; 7,3)	7,75 (5,86 ; 9,34)	7,05 (5,53 ; 8,74)	8,69 (6,64 ; 10,5)
BDI-II	13,12 (10,27 ; 15,97)	17,47 (14,31 ; 20,62)	12,61 (9,96 ; 15,26)	17,02 (13,16 ; 20,87)
WHOQOL BREF physique	24,08 (22,62 ; 25,53)	22,86 (21,34 ; 24,39)	23,97 (22,63 ; 25,30)	22,93 (21,18 ; 24,69)
WHOQOL BREF psychologique	18,88 (17,88 ; 19,89)	17,47 (16,24 ; 18,70)	18,61 (17,65 ; 19,57)	17,60 (15,93 ; 18,78)

Tableau 2.2. Scores à la HAMD-17, à la BDI II, aux composantes physiques et psychologiques de la WHOQOL BREF à 1 mois et 15 mois après l'inclusion pour le groupe MBCT et antidépresseur seul (moyenne \pm Intervalle de confiance)

En conclusion, cette étude est en faveur de la supériorité de la MBCT dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives quand on la compare à un traitement antidépresseur seul

chez les patients souffrant d'un TDR en rémission partielle ou complète du dernier EDC. La principale limite réside néanmoins dans le fait que 25 % des patients du groupe MBCT n'ont pas arrêté le traitement antidépresseur après la période fixée de 6 mois ; ce qui pourrait surévaluer l'efficacité du traitement par MBCT.

Pour faire suite à l'étude de Kuyken, en 2010 Segal et ses collaborateurs testent, dans une étude randomisée sur 18 mois, l'efficacité d'un traitement de 8 semaines par MBCT pour prévenir les rechutes et les récurrences dépressives face à un traitement antidépresseur ou à un placebo.

Les patients recrutés présentent un TDR, un diagnostic d'EDM selon les critères du DSM-IV se caractérisant par un score de sévérité à la HAMD-17 supérieur à 15 correspondant à des symptômes dépressifs d'intensité au moins légère.

Les 160 patients inclus ont été traités par antidépresseur. Les patients retenus pour la suite de l'étude sont ceux qui après 8 semaines ont présenté une rémission complète au traitement soit un score à la HAMD-17 inférieur à 8 ou une réponse partielle avec une réduction du score initial à la HAMD-17 de 50 % ($n=84$).

Ces patients ont été répartis selon qu'ils présentent une rémission complète, soit un score à la HAMD-17 strictement inférieur à 8 tout au long des 5 premiers mois de traitement, ou une rémission partielle avec une fluctuation de leur symptomatologie dépressive pouvant dépasser le seuil de 8 au cours de ces 5 mois.

Les patients ont ensuite été randomisés dans trois groupes, le premier bénéficiant d'un traitement par MBCT et d'un placebo ($n=26$), le second d'un traitement antidépresseur seul ($n=28$) et le dernier d'un placebo seul ($n=30$). Le fait de présenter une rémission complète ou partielle au cours des 5 premiers mois de traitement a été associée à une différence de réponse au traitement et a conduit à réaliser séparément des analyses pour ces deux sous-types de patients.

Le critère de jugement principal a été le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV. Ce critère a été évalué sur une durée de 18 mois, de manière bi-hebdomadaire au cours du premier mois puis mensuellement pendant 3 mois, et enfin tous les 2 mois jusqu'à la fin de l'étude.

En intention de traiter, à 18 mois de suivi, pour les patients en rémission partielle ($n=43$), 28 % des sujets du groupe MBCT ($n=5$), 27 % de ceux du groupe sous traitement antidépresseur seul ($n=3$), et 71 % des patients dans le groupe placebo ($n=10$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive. Les groupes traités par MBCT et antidépresseurs ont

ainsi montré un pourcentage de patients avec rechute ou récurrence significativement plus faible par comparaison au groupe contrôle. Aucune différence significative n'a, par contre, été mise en évidence entre le groupe traité par MBCT et celui sous antidépresseur.

En ce qui concerne les patients en rémission complète tout au long des cinq premiers mois ($n=41$), à 18 mois de suivi, 62 % de ceux du groupe traité par MBCT ($n=5$), 59 % de ceux du groupe sous traitement antidépresseur ($n=10$), et 50 % des patients du groupe sous placebo ($n=8$) ont présenté une rechute ou une récurrence. Aucune différence significative n'a été ainsi mise en évidence entre les trois groupes expérimentaux.

En conclusion, cette étude est en faveur d'une équivalence du traitement par MBCT à un traitement antidépresseur seul dans la prévention des rechutes et récurrences dépressives chez les patients qui ont été en rémission partielle au cours des 5 premiers mois de suivi. Le traitement par MBCT ne montre par contre aucune supériorité face à un antidépresseur ou au placebo pour les patients en rémission complète.

En 2015, Kuyken et ses collaborateurs conduisent une étude randomisée sur 24 mois pour tester l'efficacité de la MBCT dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives. Il compare deux groupes, représentés pour l'un par des patients bénéficiant d'un traitement par MBCT de 8 semaines en même temps qu'une diminution ou un arrêt de leur traitement antidépresseur est réalisée ($n=212$), et pour l'autre par des sujets traités par antidépresseurs seuls ($n=212$). Les patients inclus dans cette étude ont présenté trois EDM selon les critères du DSM-IV dans leurs antécédents, et sont en rémission partielle ou complète de leur dernier EDM.

Le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV a été retenue comme critère de jugement principal. Le délai moyen entre l'inclusion et la survenue d'une rechute ou d'une récurrence, l'intensité des symptômes dépressifs résiduels évalués par la *Standardization of the Hamilton Depression Rating* (GRID-HAMD) et la BDI-II, et la qualité de vie mesurée par la WHOQOL BREF ont constitué les critères de jugement secondaires. Ces mesures ont été relevées à l'inclusion, après 8 semaines de traitement puis au 12^{ème}, 18^{ème} et 24^{ème} mois de l'étude.

En intention de traiter, 44 % des patients du groupe traité par MBCT ($n=94$) et 47 % des patients dans le groupe sous traitement antidépresseur seul ($n=100$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive au cours de la période de suivi. Ces résultats ne montrent par conséquent aucune différence significative entre les deux groupes.

Le critère de jugement principal a été ensuite évalué séparément selon que les patients aient subi ou non d'importants traumatismes dans l'enfance.

Au 24^{ème} mois, le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive chez les patients ayant été victimes de traumatismes vécus pendant l'enfance a été significativement plus faible dans le groupe MBCT, soit 47 % ($n=49$) contre 59 % ($n=65$) dans le groupe sous antidépresseur seul.

En ce qui concerne les patients n'ayant pas été victime d'abus physique ou sexuel dans l'enfance, 42 % des sujets du groupe MBCT ($n=44$) et 35 % des patients du groupe sous antidépresseur seul ($n=45$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive. Ce pourcentage est donc significativement plus élevé dans le groupe MBCT.

À 24 mois de suivi, les scores moyens respectifs à la GRID-HAMD, à la BDI-II et à la WHOQOL BREF sont de 4,7 points, de 11,6 points et de 3,7 points dans le groupe MBCT. Dans le groupe traité par antidépresseurs ils sont de 4,7 points, 11,9 points et 3,8 points. Pour les deux groupes, ces scores sont restés stables au cours de la période de suivi.

La durée moyenne de l'intervalle libre sans symptômes est de 607 jours pour les deux groupes. On ne constate aucune différence significative entre les deux groupes pour l'intensité des symptômes dépressifs résiduels et la qualité de vie ainsi que pour la durée moyenne de l'intervalle libre sans EDM.

En conclusion, cette étude est en faveur de la supériorité du traitement par MBCT en comparaison à un traitement antidépresseur pour prévenir les rechutes ou les récurrences dépressives préférentiellement chez les sujets ayant été victimes d'abus physique ou sexuel dans l'enfance.

En 2015, dans une étude randomisée sur 15 mois, Huijbers et ses collaborateurs comparent un groupe de patients traité par MBCT et antidépresseur ($n=33$) à un groupe de patients bénéficiant d'un traitement antidépresseur seul ($n=35$).

Les critères d'inclusion ont été identiques à ceux utilisés dans l'étude de Kuyken en 2015.

Le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV a été retenue comme critère de jugement principal. Le délai moyen entre l'inclusion et une rechute ou récurrence dépressive, leur nombre et leur sévérité, l'intensité des symptômes dépressifs résiduels mesurés à l'aide de l'inventaire de la symptomatologie dépressive (IDS-C) et la qualité de vie évaluée par la WHOQOL BREF ont constitué les critères de jugement secondaires. L'ensemble de ces critères ont été mesurés tous les 3 mois, à l'exception de la qualité de vie évaluée à 3 et 15 mois.

En intention de traiter, à 15 mois de suivi, 36 % des patients au sein du groupe traité par MBCT et antidépresseur ($n=12$) et 37 % des patients du groupe sous antidépresseur seul ($n=13$) ont présenté une rechute ou une récurrence dépressive. Aucune différence significative n'a ainsi été relevée entre ces deux groupes. Il en est de même pour ce qui est du délai moyen de rechute ou de récurrence dépressive, du nombre et de l'intensité des EDM survenus au cours de l'étude, du score à l'IDS-C mesurant l'intensité des symptômes dépressifs résiduels qui se maintient à un faible niveau de sévérité avec un score moyen compris entre 12 et 23 tout au long de la période de suivi. Le score à la WHOQOL BREF mesurant la qualité de vie reste stable sur l'entièreté de la période de suivi. Au 15^{ème} mois de suivi, il est de 3,8 points au sein du groupe MBCT et de 4 points au sein du groupe traité par antidépresseur. On ne note aucune différence significative entre les deux groupes.

En conclusion, cette étude n'est pas en faveur d'une supériorité d'un traitement par MBCT associé à un traitement antidépresseur en comparaison à un antidépresseur seul dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives. Néanmoins, selon les auteurs, plus d'un quart des patients du groupe antidépresseur seul a participé sans l'aval des investigateurs à des séances de MBCT externes à l'étude ; ce qui introduit un biais potentiel dans les résultats.

En 2016, Huijbers et ses collaborateurs conduisent une étude randomisée sur 15 mois, et comparent un groupe de patients bénéficiant d'un traitement par MBCT en même temps qu'une diminution ou un arrêt de leur traitement antidépresseur ($n=128$) à un groupe de sujets traités par MBCT et antidépresseurs ($n=121$).

Les critères d'inclusion, le critère de jugement principal, ainsi que les critères de jugement secondaires ont été identiques à ceux adoptés dans l'étude de Huijbers en 2015.

En intention de traiter, à 15 mois de suivi, 39 % des patients ont présenté une rechute ou une récurrence au sein du groupe bénéficiant de l'association MBCT et antidépresseur ($n=47$). Ce résultat est significativement plus faible que celui de 54 % dans le groupe traité par MBCT seul ($n=69$).

Concernant les critères de jugement secondaires, le délai moyen de rechute ou de récurrence a été significativement plus court dans le groupe traité par MBCT seul. À 3 mois de suivi, l'intensité des symptômes dépressifs résiduels est significativement plus élevée au sein du groupe traité par MBCT seul. Pour la suite de la période de suivi, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes, qui maintiennent une faible sévérité des symptômes dépressifs lorsqu'ils sont mesurés par l'IDS-C. Tout au long de la période de suivi, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes pour le

nombre et la sévérité des EDM survenus au cours de l'étude. Il en est de même pour la qualité de vie avec pour les deux groupes des scores moyens à la WHOQOL BREF stables au cours de cette période. À 15 mois de suivi ces scores étaient de 3,6 points dans le groupe MBCT et de 3,7 points dans le groupe traité par l'association antidépresseur et MBCT.

En conclusion, cette étude est en faveur de la supériorité d'un traitement par MBCT couplé à un antidépresseur pour la prévention des rechutes et récurrences dépressives par comparaison à un traitement par MBCT seul.

4.3.3. Etudes comparant l'efficacité de la MBCT face à un traitement par psychothérapie

En 2014, Williams et ses collaborateurs conduisent une étude, randomisée sur 12 mois afin d'évaluer l'efficacité de 8 semaines de traitement par MBCT pour prévenir les rechutes ou les récurrences dépressives et la comparent à un traitement par psychoéducation de même durée.

Les sujets inclus ont présenté au moins trois épisodes dépressifs dans leurs antécédents et sont en rémission partielle ou complète d'un EDM selon les critères du DSM IV.

Trois groupes de patients ont été constitués, le premier bénéficiant d'un programme de MBCT et d'un traitement de référence de la dépression ($n=99$), le second d'un traitement de psychoéducation en sus d'un traitement de référence ($n=103$) et le dernier d'un traitement de référence seul ($n=53$). La psychoéducation correspond au programme de la MBCT à l'exception de la composante méditation, elle est conduite sur huit séances hebdomadaires de 2 heures. Le traitement de référence consiste en la poursuite du suivi psychologique et du traitement habituel de l'EDM.

Le critère de jugement principal retenu a été le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive. Ce critère a été évalué à l'inclusion puis tous les 3 mois au cours de la période de suivi de 12 mois.

Le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive au cours de la période de suivi a été de 46 % dans le groupe MBCT ($n=46$), de 50 % dans le groupe traité par psychoéducation ($n=52$) et de 53 % dans le groupe avec un traitement de référence seul ($n=28$). Ces résultats ne montrent par conséquent aucune différence significative entre les trois groupes.

Secondairement, les auteurs ont testé l'effet des traumatismes vécus pendant l'enfance mesurés à l'aide du *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) sur l'efficacité du traitement.

Les patients ont été repartés en deux groupes, l'un avec un score de 39 ou plus à la CTQ se référant au fait d'avoir subi d'importants traumatismes dans l'enfance ($n=126$) et l'autre avec

un score inférieur à 39 à la CTQ ou n'ayant subi que des traumatismes minimes au cours de l'enfance ($n=129$).

Au sein du groupe de patients au score de 39 ou plus à la CTQ, 41 % de ceux du groupe traité par MBCT ($n=18$), 54 % de ceux du groupe avec psychoéducation ($n=32$) et 65 % des sujets du groupe au traitement de référence ($n=15$) ont présenté une rechute ou récurrence. Le groupe traité par MBCT a ainsi montré un pourcentage de patients avec rechute ou récurrence significativement plus faible en comparaison au groupe contrôle. Aucune différence significative n'a par contre été mise en évidence entre le groupe MBCT et celui de psychoéducation.

En ce qui concerne les sujets avec un score inférieur à 39 à la CTQ, 51 % des patients qui ont reçu un traitement par MBCT ($n=18$), 45 % de ceux du groupe traité par psychoéducation ($n=32$) et de 43 % de ceux du groupe contrôle ($n=15$) ont présenté une rechute ou une récurrence, aucune différence significative n'a ainsi été relevée entre ces trois groupes.

En conclusion, cette étude est en faveur de la non-supériorité de la MBCT face à un programme de psychoéducation ou à un traitement de référence seul dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives. Pour les patients ayant subi d'importants traumatismes au cours de leur enfance, l'effet de la MBCT ne différerait pas de celui d'un traitement par psychoéducation mais serait supérieur à un traitement de référence seul.

En 2015, Shallcross et ses collaborateurs mènent à leur tour une étude randomisée sur 60 semaines afin d'évaluer l'efficacité d'un traitement de 8 semaines par MBCT ($n=46$) pour prévenir les rechutes ou les récurrences dépressives et le comparent à un programme d'amélioration de la santé de même durée ($n=46$). Les patients inclus devaient présenter plus d'un EDM dans leurs antécédents et être en rémission partielle ou totale un mois avant le début de l'étude.

Le critère de jugement principal retenu a été le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive soit la survenue d'un EDM selon les critères du DSM-IV ainsi que le délai moyen entre l'inclusion et une rechute ou récurrence sur la période de suivi de 60 semaines. La sévérité de la symptomatologie dépressive résiduelle mesurée par la BDI-II et la satisfaction de vie appréciée par une échelle nommée *Satisfaction With Life* (SWL) ont constitué les critères de jugement secondaires. Ces mesures ont été évaluées à l'inclusion, après les 8 semaines de traitement puis au 6^{ème} et 12^{ème} mois de suivi.

En intention de traiter, 32,6 % des patients au sein du groupe traité par MBCT ($n=15$) et 30,4 % des sujets du groupe avec un programme d'amélioration de la santé ($n=14$) ont

présenté une rechute ou une récurrence dépressive. Ces résultats ne montrent, par conséquent, aucune différence significative entre les deux groupes. De plus, aucune différence significative du délai moyen entre l'inclusion et une rechute ou récurrence n'a été constatée.

Par la suite après exclusion des patients ayant moins de trois EDM, 31,8 % des patients dans le groupe MBCT ($n=14$) et 30,2 % des patients du groupe avec un programme d'amélioration de la santé ($n=13$) ont présenté une rechute ou une récurrence. Aucune différence significative n'a été alors constatée entre les deux groupes.

On note tout au long de l'étude et pour l'ensemble des patients une diminution linéaire significative du score moyen à la BDI-II de 5,1 points pour le groupe MBCT et de 4,7 points pour le groupe contrôle. Parallèlement, le score moyen à la SWL a augmenté significativement de manière linéaire tout au long de l'étude de 1 point au sein du groupe MBCT et de 0,8 point dans le groupe avec un programme d'amélioration de la santé. Aucune différence significative n'a de nouveau été relevée entre les résultats de ces deux groupes.

	Inclusion		8 semaines		12 mois	
	MBCT	PAM	MBCT	PAM	MBCT	PAM
BDI-II	12,1(7,5)	11,9 (6,6)	11,9 (7,2)	7,1 (6,49)	7,0 (6,1)	7,2 (6,0)
SWL	3,3 (1,5)	3,3 (1,4)	3,5 (1,5)	4,0 (1,8)	4,3 (1,4)	4,1 (1,6)

Tableau 2.3. Scores à la BDI-II et à la SWL à l'inclusion, à 8 semaines de suivi et à 12 mois de suivi pour le groupe MBCT et programme d'amélioration de la santé : PAM (moyenne \pm déviation standard)

En conclusion, cette étude est en faveur d'une efficacité similaire d'un traitement par MBCT à un programme d'amélioration de la santé pour prévenir les rechutes ou les récurrences dépressives. Les deux traitements étudiés réduisent significativement l'intensité des symptômes dépressifs résiduels et améliorent la satisfaction de vie. La faible puissance statistique et l'absence de prise en compte des antécédents des événements traumatiques de l'enfance, considérée comme une variable modératrice de l'efficacité de la MBCT, constituent les principales limites de cette étude.

Enfin en 2018, Shallcross et ses collaborateurs prolongent au cours de 14 mois, le suivi des patients issus de leur étude conduite en 2015. Au 26^{ème} mois de suivi, 47,8 % des patients dans le groupe MBCT ($n=22$) et 50 % des patients du groupe avec un programme d'amélioration de la santé ($n=23$) ont présenté une rechute ou une récurrence. Aucune différence significative n'a été alors constatée entre les deux groupes. Il en est de même pour le délai moyen entre l'inclusion et une rechute ou récurrence. Entre le 12^{ème} et 26^{ème} mois de suivi, les scores à la BDI-II et à la SWL sont stables et ne diffèrent pas entre les deux groupes.

4.3.4. Méta analyse

Enfin, quatre méta-analyses ont été conduites afin d'évaluer l'efficacité de la MBCT dans la prévention de la rechute et de la récurrence dépressive. Elles ont inclus des études portant sur des patients souffrant d'un TDR, en rémission partielle ou complète de leur EDM.

La première d'entre elles a été menée par Piet et ses collaborateurs en 2011. Elle comprend six études contrôlées et randomisées ($n=593$). Le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive a été retenu comme critère de jugement principal, ce pourcentage sera réévalué dans un second temps en prenant en compte le nombre d'EDM dans les antécédents.

Ces analyses ont été conduites séparément pour les unes sur des études comparant la MBCT à un traitement de référence seul ou à un placebo ($N=5$), pour les autres sur des études comparant la MBCT à un traitement par antidépresseur seul ($N=2$). Une des études a été utilisée pour les deux ensembles, elle compare la MBCT à un traitement antidépresseur et à un placebo.

Dans l'année suivant le programme, l'analyse portant sur le premier groupe d'étude montre que la MBCT réduit significativement le risque de rechute ou de récurrence de 34 % par rapport au traitement habituel ou au placebo.

Pour les patients avec au moins trois EDM dans leurs antécédents, la MBCT réduit significativement de 43 % le risque de rechute ou de récurrence par comparaison aux groupes avec traitement de référence seul ou avec placebo.

En ce qui concerne les patients avec deux EDM, on ne note aucune réduction du risque de rechute ou récurrence au sein du groupe traité par MBCT.

La seconde analyse porte sur deux études qui comparent la MBCT à un traitement antidépresseur. Elle a uniquement inclus des patients avec au moins trois EDM dans leurs antécédents. Pour ces patients, il n'est retrouvé aucune réduction du risque de rechute ou de récurrence en faveur du traitement par MBCT. Cependant pour l'une des études, la MBCT a été significativement plus efficace pour réduire les symptômes dépressifs résiduels et améliorer la qualité de vie.

En conclusion, le traitement par MBCT serait supérieur au traitement de référence seul ou au placebo dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives. Elle ne montre cependant pas sa supériorité face à un traitement antidépresseur seul.

Une seconde méta-analyse conduite en 2015 par Clarke et ses collaborateurs inclut sept essais randomisés ($n=757$). Elle a pour objectif d'évaluer l'effet de la thérapie de pleine conscience sur le risque de rechute ou de récurrence à 12 mois, chez des patients en rémission partielle ou complète d'un EDM. Le critère de jugement principal correspond au pourcentage de patient présentant un diagnostic de rechute ou de récurrence, défini par l'occurrence d'un EDM selon les critères du DSM-IV.

Cette méta-analyse regroupe des études comparant l'efficacité de l'association d'un traitement par MBCT et d'un traitement usuel de la dépression à un traitement usuel seul ($N=4$) ; l'association d'un traitement par MBCT et d'un traitement usuel à celle d'un traitement par psychoéducation et d'un traitement habituel de la dépression ($N=1$) ; un traitement par MBCT concomitant à l'arrêt d'un traitement antidépresseur à un traitement usuel de la dépression ou d'un placebo ($N=2$).

Au sein des groupes traités par MBCT ($n = 391$), 48 % des patients ont présenté une rechute ou récurrence ($n=187$). Ce pourcentage s'élève à 61 % ($n=222$) parmi les groupes de patients qui n'ont pas bénéficié de ce traitement ($n=366$).

La thérapie de pleine conscience réduirait de 21 % le risque de rechute à 12 mois.

En conclusion, cette étude est en faveur de l'efficacité de la MBCT dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives, mais n'évalue pas spécifiquement l'effet de celle-ci en fonction du type de groupe contrôle.

En 2016, Kuyken et ses collaborateurs ont conduit une troisième méta-analyse de neuf études randomisées et contrôlées ($n=1258$) avec des critères d'inclusion identiques à l'étude de Piet de 2011.

Le critère de jugement principal retenu est le pourcentage de patients présentant une rechute ou une récurrence dépressive au cours des 60 semaines de suivi. L'intensité de la symptomatologie dépressive mesurée par la BDI-II, l'âge moyen au premier épisode dépressif et le nombre d'EDM dans les antécédents ont été évalués. L'effet de ces variables sur l'efficacité du traitement par MBCT a été défini comme critère de jugement secondaire.

Trois analyses ont été conduites, la première a porté sur l'ensemble des neuf études, la seconde sur quatre études comparant l'efficacité de la MBCT à traitement antidépresseur ou à un programme de psychoéducation et la troisième sur quatre études comparant l'efficacité de la MBCT à un traitement antidépresseur seul.

L'analyse portant la totalité des études a montré que la MBCT réduit significativement le risque de rechute ou de récurrence de 31 % par rapport au traitement habituel, au programme de psychoéducation ou au traitement antidépresseur.

La seconde analyse révèle que, la MBCT réduit significativement le risque de rechute ou de récurrence de 21 % au regard du programme de psychoéducation et du traitement antidépresseur. Enfin, la MBCT réduit significativement le risque de rechute ou de récurrence dépressive de 23 % par rapport au traitement antidépresseur.

L'efficacité du traitement par MBCT est significativement supérieure chez les patients avec les scores à la BDI-II les plus élevés à l'inclusion. L'effet de la MBCT est indépendant du nombre d'épisodes dépressifs dans les antécédents et de l'âge au premier épisode dépressif.

En conclusion, cette méta-analyse est en faveur d'une supériorité du traitement par MBCT en comparaison des autres traitements utilisés dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives, plus particulièrement chez les patients avec des symptômes dépressifs d'intensité sévère.

Enfin, Zhang et ses collaborateurs conduisent en 2018 une méta-analyse incluant 7 études contrôlées et randomisées testant l'efficacité de la MBCT dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives ($n=987$). Les critères d'inclusion et le critère de jugement principal sont identiques à ceux utilisés par l'étude de Piet en 2011.

Des analyses ont été conduites séparément, pour les unes sur des études comparant la MBCT à un traitement de référence seul ou à un placebo ($N=4$), pour les autres sur des études comparant la MBCT en association à un traitement antidépresseur à un traitement antidépresseur seul ($N=3$).

Dans l'année suivant le programme, l'analyse portant sur le premier groupe d'étude montre que la MBCT ne réduit pas le risque de rechute ou de récurrence en comparaison aux groupes contrôles. L'analyse conduite uniquement sur les patients avec au moins trois EDM dans leurs antécédents démontre que la MBCT réduit significativement de 54 % le risque de rechute ou de récurrence par comparaison aux groupes contrôles.

La seconde analyse relève au sein des groupes bénéficiant d'un traitement par MBCT associé à un traitement antidépresseur, une réduction significative du risque de rechute ou de récurrence de 24 % par comparaison aux groupes avec un traitement par antidépresseur seul.

Cette étude est donc en faveur d'une supériorité d'un traitement par MBCT à un traitement de référence ou à un placebo pour prévenir les rechutes ou les récurrences dépressives uniquement chez les patients avec au moins trois EDM dans leurs antécédents. L'association d'un

traitement par MBCT à un traitement antidépresseur serait quant à elle supérieure à la prise d'un traitement antidépresseur seul pour prévenir les rechutes ou les récurrences.

4.4. Efficacité de la MBCT sur les symptômes dépressifs et résiduels

La persistance de symptômes résiduels après traitement d'un épisode dépressif caractérisé est retrouvée dans environ un tiers des cas. Il existe des liens étroits entre la persistance de symptômes résiduels à l'issue d'un EDC et le risque de nouvel épisode dépressif (Spadone et al., 2010). De plus, ces symptômes sont la source d'une altération de la qualité de vie des patients, leur prise en charge de manière adéquate est donc primordiale (Culpepper et al., 2015).

Deux études se sont spécifiquement axées sur l'efficacité de la MBCT comme traitement des symptômes dépressifs résiduels. D'autres études ont évalué l'efficacité de la MBCT sur ces symptômes dépressifs résiduels uniquement dans leurs critères de jugement secondaires.

Une étude pionnière, non-randomisée évaluant l'effet de la MBCT sur les symptômes dépressifs résiduels chez des patients souffrant de TDR a été conduite durant 3 mois par Kingston et ses collaborateurs en 2007. Les sujets devaient présenter des symptômes dépressifs résiduels et trois EDM ou plus dans leurs antécédents.

Les patients ont été répartis en deux groupes, l'un bénéficiant d'un traitement par MBCT de 8 semaines et d'un traitement de référence indiqué dans la prise en charge de la dépression ($n=8$), l'autre d'un traitement de référence seul ($n=11$). Le traitement de référence a consisté en la poursuite du suivi psychologique et du traitement habituel de l'EDM.

Le score moyen obtenu à la BDI a été utilisé comme critère de jugement principal. Le score moyen à la *Ruminative and Sadness Scale* (RSS) a constitué le critère de jugement secondaire. Les mesures ont été réalisées à l'inclusion et à 1, 2 et 3 mois de suivi. Deux mois après le début de l'étude, les sujets du groupe contrôle ont reçu un traitement par MBCT à leur tour. Ils ont alors été intégrés au groupe MBCT qui a bénéficié d'un mois de suivi supplémentaire. À 2 mois de suivi, les données recueillies au sein des deux groupes sont en faveur d'une diminution significative des scores moyens de dépression à la BDI de 18 points pour le groupe MBCT et de 7,09 points pour le groupe contrôle. Pour les patients du groupe MBCT, cette diminution est significativement plus marquée.

On note une réduction significative de la tendance à la rumination avec un score moyen à la RSS de 11 points dans le groupe MBCT tandis qu'au sein du groupe contrôle, elle est non

significative. À deux mois de suivi, aucune différence significative entre les scores obtenus à la RSS entre les deux groupes n'a été démontrée.

	Inclusion		2 mois	
	MBCT	TAU	MBCT	TAU
BDI	30,33 (7,66)	29,18 (9,35)	12,33 (9,72)	22,09 (8,99)
RSS	60,33 (3,98)	63,33 (8,89)	49,33 (7,26)	59,00 (10,79)

Tableau 3.1. Scores à la BDI et à la RSS à l'inclusion et à 2 mois de suivi pour le groupe MBCT et traitement de référence (moyenne \pm déviation standard)

À 3 mois de suivi, pour l'ensemble des patients ($n=19$), on observe une diminution de l'intensité de la symptomatologie dépressive et de la tendance à la rumination. Le score moyen à la BDI a diminué significativement de 12,34 points après MBCT et le score à la RSS a montré une tendance à la diminution de 8,1 points par rapport aux scores moyens mesurés à l'inclusion.

En conclusion, cette étude est en faveur d'une supériorité du traitement par MBCT en comparaison à un traitement de référence pour la réduction de l'intensité de la symptomatologie dépressive résiduelle. Aucune différence significative n'est notée entre les deux traitements en ce qui concerne l'intensité des ruminations. Cependant, les résultats de cette étude sont à nuancer au regard de ses faiblesses ; la petite taille de l'échantillon et l'absence de randomisation.

En 2012, une étude randomisée et contrôlée sur 12 mois est menée par Geschwind et ses collaborateurs afin d'évaluer l'efficacité du traitement par MBCT sur les symptômes dépressifs résiduels.

Deux groupes de patients ont été constitués, le premier recevant un traitement par MBCT d'une durée de 8 semaines associé à un traitement de référence ($n=64$), le second bénéficiant du traitement de référence seul ($n=66$). Le traitement de référence consiste en la poursuite du suivi psychologique et du traitement habituel de l'EDM. À 8 semaines de suivi, le groupe contrôle a pu bénéficier à son tour d'un traitement par MBCT.

Chaque groupe a été divisé en deux sous-groupes, l'un composé de patients avec moins de trois EDM dans leurs antécédents ($n=71$) et l'autre de patients avec au moins trois EDM ($n=59$). L'évolution du score moyen obtenu à la HAMD-17 a été utilisée comme critère de jugement principal, celle du score moyen à l'IDS-C ayant été retenue comme critère de jugement secondaire. Des évaluations ont été réalisées à l'inclusion et à 8 semaines de suivi pour les deux groupes, puis à 6 et 12 mois de suivi pour le groupe MBCT uniquement.

Après 8 semaines de suivi, les scores moyens à la HAMD-17 et à l'IDS-C ont diminué de manière significative dans le groupe MBCT. On note une diminution des scores respectifs de 3,7 points et 7,9 points dans le sous-groupe avec moins de trois EDM et de 2,5 points et 7,4 points dans celui avec au moins trois EDM dans les antécédents. À contrario, pour les patients du groupe contrôle, on relève une diminution non-significative des scores moyens respectifs à la HAMD-17 et à l'IDS-C de 0,7 point et 3,5 points au sein du sous-groupe avec moins de trois EDM dans les antécédents et de 0,4 point et 2,6 points dans celui avec au moins trois EDM. On ne note aucune différence significative entre les scores moyens obtenus dans les sous-groupes tant pour le groupe traité par MBCT que pour le groupe contrôle. L'effet de la MBCT et du traitement de référence sur les symptômes dépressifs résiduels serait indépendant du nombre d'EDM dans les antécédents.

		Inclusion		8 semaines		6 mois	12 mois
		MBCT	Traitement de référence	MBCT	Traitement de référence	MBCT	MBCT
EDM <3	HAM D-17	9,6 (3,2)	10,5 (3,7)	5,9 (4,2)	9,8 (4,1)	6,5 (4,8)	5,3 (3,6)
	IDS-C	19,3 (9,4)	23,8 (28,8)	11,4 (8,9)	20,3 (9,9)	14,4 (10,8)	11,7 (8,1)
EDM ≥3	HAM D-17	11,1 (4,1)	9,9 (3,4)	8,6 (5,1)	9,5 (4,0)	9,1 (6,8)	8,9 (5,0)
	IDS-C	26,0 (11,1)	20,5 (8,2)	18,6 (11,5)	17,9 (9,1)	19,2 (13,5)	20,0 (11,9)

Tableau 3.2. Scores à la HAMD-17 et à l'IDS-C en fonction du nombre d'EDM dans les antécédents, à l'inclusion et à 8 semaines, 6 et 12 mois de suivi pour le groupe MBCT et à l'inclusion et 8 semaines de suivi pour le groupe avec traitement de référence (moyenne ± déviation standard)

Dans le groupe MBCT, à 8 semaines et jusqu'à 12 mois de suivi, les scores moyens à la HAMD-17 et à l'IDS-C sont restés stables.

En conclusion, cette étude est en faveur de l'efficacité de la MBCT sur la réduction des symptômes dépressifs résiduels quel que soit le nombre d'EDM dans les antécédents. Une de ses principales limites réside dans le fait qu'au cours de la seconde partie de l'étude, le groupe contrôle n'a pas pu être suivi au long cours. Cette étude a donc un caractère observationnel.

Sept études présentées précédemment ont évalué l'efficacité de la MBCT pour traiter les symptômes dépressifs résiduels en tant que critères de jugement secondaires.

L'étude de Van Aaldren conduite en 2012 auprès de patients souffrant soit d'un EDM soit de symptômes dépressifs résiduels, est en faveur de la supériorité d'un traitement de 8 semaines par MBCT associé à un traitement de référence face à un traitement de référence de la

dépression pour traiter les symptômes dépressifs résiduels. En mesurant l'évolution du score à la BDI séparément, sur les patients souffrant d'un EDM et sur ceux souffrant de symptômes dépressifs résiduels, l'auteur conclut que l'effet de la MBCT serait indépendant du niveau de sévérité de la symptomatologie dépressive.

Une autre étude, conduite par Godfrin en 2010 est en faveur de la supériorité d'un traitement par MBCT en sus d'un traitement de référence en comparaison à un groupe contrôle chez des patients avec des symptômes dépressifs résiduels. Au sein du groupe expérimental à 2 mois de suivi, l'auteur met en évidence une diminution significative plus marquée du score moyen à la HAMD-17 de 1,62 points et du score moyen à la BDI-II de 10,83 points, avec une stabilité de ces résultats à 14 mois de suivi.

Deux études comparent l'efficacité d'un traitement par MBCT à un traitement antidépresseur seul chez des patients avec des symptômes dépressifs résiduels.

La première, menée par Kuyken en 2008 est en faveur de la supériorité du traitement par MBCT dans le traitement des symptômes dépressifs résiduels. Elle met en évidence tout au long de la période de suivi, une intensité des symptômes dépressifs résiduels significativement plus faible au sein du groupe MBCT, avec au 15^{ème} mois de suivi des scores moyens de 7,05 points à la HAMD-17 et de 12,61 points à la BDI-II.

La seconde étude de Kuyken, conduite en 2015, ne relève par contre pas la supériorité de la MBCT dans le traitement des symptômes dépressifs résiduels. Au cours de la période de suivi, l'intensité des symptômes dépressifs résiduels reste stable au sein des deux groupes. À 24 mois de suivi, on observe une diminution non-significative du score moyen à la GRID-HAMD de 0,1 point et du score moyen à la BDI-II de 2,2 points au sein du groupe MBCT et de 0,1 point et 2,6 points dans le groupe traité par antidépresseur.

Une étude, conduite par Huijbers en 2015, ne fait pas valoir la supériorité de la MBCT en sus d'un traitement antidépresseur en comparaison à un traitement antidépresseur seul pour prendre en charge les symptômes dépressifs résiduels.

Cette étude met en évidence tout au long de la période de suivi de 15 mois, une intensité des symptômes dépressifs résiduels stable au sein des deux groupes. De plus, le score moyen à l'IDS-C du groupe MBCT au cours de cette période ne diffère pas de celui du groupe contrôle. Puis, Huijbers mène une seconde étude en 2016, afin d'augmenter la puissance des résultats, il inclut un nombre de patients supérieur à celui de l'étude de 2015 et compare des patients avec un traitement antidépresseur associé à un traitement par MBCT face à des patients avec

un traitement par MBCT seul. Le score à l'IDS-C reste stable tout au long de la période de suivi de 15 mois au sein des deux groupes. Aucune différence significative n'est relevée entre les scores des deux groupes.

Enfin, une étude dirigée par Shallcross en 2015 ne souligne aucune supériorité du traitement par MBCT en comparaison à un programme d'amélioration de la santé afin de traiter les symptômes dépressifs résiduels. Tout au long de la période de suivi, les résultats mettent en évidence une diminution linéaire et significative du score à la BDI-II. À 12 mois de suivi, cette diminution atteint 5,1 points au sein du groupe MBCT et 4,7 points dans le groupe contrôle.

Les résultats obtenus par les études évaluant l'efficacité de la MBCT sur la symptomatologie dépressive résiduelle sont hétérogènes. Certaines études sont en faveur de sa supériorité, d'autres relèvent uniquement son équivalence face aux traitements comparatifs utilisés dans ces études. Il conviendrait de réaliser de nouvelles études pour pouvoir déterminer le degré d'efficacité de la MBCT dans le traitement des symptômes dépressifs résiduels par rapport aux autres traitements.

4.5. Efficacité de la MBCT sur les conduites suicidaires

La dépression peut engendrer une altération marquée de la santé d'un individu de par son intensité et son évolution souvent chronique, elle multiplie le risque suicidaire par vingt-cinq (Lepine et Briley, 2011). C'est en se basant sur ces faits que quatre études ont été menées pour étudier les effets de la MBCT sur les conduites suicidaires dans la dépression. Certaines de ces études ont également évalué l'effet de la MBCT sur les processus cognitifs pouvant induire des comportements suicidaires.

En 2009, Hepburn et ses collaborateurs conduisent une étude randomisée sur 8 semaines pour tester l'effet de la MBCT sur le mécanisme de répression des pensées chez des patients aux antécédents de dépression et de conduites suicidaires. La répression des pensées est un mécanisme de contrôle mental visant à la suppression des pensées indésirables, mais pouvant paradoxalement les augmenter. Chez les patients avec des antécédents dépressifs, la répression des pensées a été associée aux idées suicidaires (Rosenthal et al, 2005).

Les patients inclus dans cette étude devaient présenter au moins un EDM dans leurs antécédents, être en rémission de leur dernier EDM et avoir des antécédents d'IDS scénarisées ou avoir commis une tentative de suicide.

Deux groupes de patients ont été constitués, l'un bénéficiant d'un traitement par MBCT de 8 semaines ($n=33$), l'autre d'un traitement de référence seul ($n=35$). Le traitement de référence correspond en la poursuite du suivi psychologique et du traitement habituel de l'EDM.

Le critère de jugement principal retenu a été l'évolution de la répression des pensées sur le long terme, mesurée par l'auto-questionnaire *White Bear Suppression Inventory* (WBSI) et par la sous-échelle de répression (ERS), un auto-questionnaire permettant d'évaluer les tentatives de répression des pensées sur une semaine. La sévérité de la symptomatologie dépressive résiduelle mesurée par la BDI-II a constitué le critère de jugement secondaire. Ces mesures ont été évaluées à l'inclusion et après 8 semaines de suivi.

On note à 8 semaines de suivi, une diminution non-significative de 0,4 point du score moyen à la WBSI au sein du groupe MBCT et de 0,1 point dans le groupe contrôle. Au sein du groupe MBCT, le score moyen à l'ERS diminue significativement de 1,1 point et celui de la BDI-II diminue significativement de 6,9 points. Aucune modification significative de ces deux scores n'est observée dans le groupe contrôle.

En conclusion, au vu des résultats de la sous-échelle ERS uniquement, cette étude est en faveur de l'efficacité du traitement par MBCT pour réduire la répression des pensées chez les patients en rémission d'un EDC avec des antécédents d'IDS scénarisées ou de tentative de suicide. Néanmoins, cette étude a été conduite sur une courte période, l'effet du traitement par MBCT sur le long cours restant à explorer.

En 2014, Forkman et ses collaborateurs mènent une étude randomisée sur 8 semaines afin d'évaluer l'efficacité de la MBCT chez des patients ayant des idées suicidaires.

Les participants devaient présenter au moins un EDM dans leurs antécédents et être en rémission partielle, soit un score à la HAMD-17 d'au moins sept. Deux groupes de patients ont été constitués, l'un bénéficiant d'un traitement par MBCT de 8 semaines ($n=64$), l'autre était un groupe témoin sur liste d'attente qui a bénéficié d'un traitement par MBCT après 8 semaines de suivi ($n=66$).

L'évolution des idées suicidaires au cours de la période de suivi, mesurée par l'item idéation suicidaire de l'IDS-C, coté sur 4 points a été retenue comme critère de jugement principal. Ces évaluations ont été menées à l'inclusion et après 8 semaines de suivi.

Les résultats sont en faveur de la supériorité du traitement par MBCT afin de traiter les idées suicidaires, avec à 8 semaines de suivi une diminution significative du score moyen à l'item idéation suicidaire de l'IDS-C de 0,2 point dans le groupe MBCT. Au sein du groupe contrôle, ce score a augmenté de 0,1 point.

En conclusion, cette étude est en faveur de l'efficacité de la MBCT afin de diminuer les idées suicidaires.

Ces résultats sont différents de ceux obtenus par Barnhofer et ses collaborateurs dans leur étude de 2009 mentionnée précédemment, ne mettant pas en évidence de supériorité de la MBCT en sus d'un traitement de référence en comparaison à un traitement de référence seul pour traiter les idées suicidaires. À 3 mois de suivi, Barnhofer ne constate aucune différence significative des scores obtenus à l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (BSS) entre les deux groupes. Il note une diminution du score à la BSS de 1,07 point au sein du groupe MBCT et de 0,36 point dans le groupe contrôle.

En 2015, Barnhofer et ses collaborateurs conduisent une étude randomisée afin de tester l'efficacité de la MBCT sur les conduites suicidaires, ainsi que son effet sur le lien entre les symptômes dépressifs et les idées suicidaires décrites par Rudd en 2000. Trois groupes de patients ont été constitués, le premier bénéficiant d'un traitement par MBCT ($n=52$), le second d'un traitement par psychoéducation (CPE) ($n=54$) et le dernier d'un traitement de référence ($n=26$). Les sujets inclus ont présenté trois épisodes dépressifs dans leurs antécédents, sont en rémission partielle ou complète de leur EDM et ont un antécédent d'IDS ou de tentative de suicide.

Le critère de jugement principal retenu a été l'évolution des scores moyens à la BDI-II et à l'échelle *Suicidal Cognitions Scale* (SCS). Ces mesures ont été réalisées à l'inclusion et après 8 semaines de suivi.

À 8 semaines de suivi, on relève une diminution non-significative de 0,2 point du score moyen à la BDI-II pour le groupe MBCT et de 1,6 point pour le groupe traité par CPE. Au sein du groupe bénéficiant d'un traitement de référence, on constate une augmentation du score moyen à la BDI-II de 2,4 points. Le score moyen à la SCS diminue significativement de 8,5 points dans le groupe MBCT, mais de manière non significative dans le groupe traité par CPE et dans le groupe au traitement de référence seul, avec une réduction respective de 2,9 points et 1,8 point. Les auteurs ont relevé une corrélation positive entre le score obtenu à la BDI-II et le score à la SCS pour les groupes traités par CPE et par traitement de référence. Aucune corrélation entre ces deux variables n'a été mise en évidence dans le groupe MBCT.

En conclusion, cette étude est en faveur de l'efficacité du traitement par MBCT pour réduire les conduites suicidaires. La MBCT pourrait réduire le lien entre les symptômes dépressifs et les conduites suicidaires et ainsi diminuer le risque suicidaire. À l'identique des études

présentées dans cette partie, les limites de cette étude sont sa faible puissance, ainsi que l'absence de suivi des patients sur le long cours.

En 2016, Forkman et ses collaborateurs testent dans une étude randomisée, l'efficacité de la MBCT sur les conduites suicidaires.

Cent six patients souffrant d'un EDM selon les critères diagnostiques du DSM-IV ont été inclus dans l'étude. Ils ont été répartis dans trois groupes, le premier a bénéficié de MBCT et d'un traitement de référence (n=36), le second d'un traitement par technique d'analyse interpersonnelle cognitive et comportementale (TAICC) et d'un traitement de référence (n=35) et le dernier d'un traitement de référence seul (n=35). La TAICC est une psychothérapie intégrant des modèles de thérapie interpersonnelle à des méthodes de thérapie cognitive.

Le score moyen obtenu à l'item idéation suicidaire de la HAMD-17 et celui obtenu à l'item idéation suicidaire de la BDI ont été utilisés comme critère de jugement principal. Ces mesures ont été effectuées à l'inclusion puis à 8 semaines de suivi.

À l'inclusion, le groupe TAICC a présenté un score moyen à l'item idéation suicidaire à la BDI significativement plus faible en comparaison aux deux autres groupes.

Après 8 semaines de suivi, les résultats sont en faveur d'une réduction significative du score moyen de l'item idéation suicidaire à la HAMD-17 de 0,25 point dans le groupe traité par MBCT et de 0,47 point dans le groupe traité par TAICC. Aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les diminutions des scores de ces deux groupes. Le score moyen à l'item idéation suicidaire de la BDI diminue significativement de 0,22 point dans le groupe MBCT tandis qu'une diminution non significative de 0,04 point est observée dans le groupe TAICC. La diminution du score moyen à l'item idéation suicidaire de la BDI est significativement plus importante pour le groupe traité par MBCT.

En conclusion, cette étude est en faveur de la supériorité du traitement par MBCT afin de traiter les conduites suicidaires lorsque son effet est évalué par l'item idéation suicidaire de la BDI. On ne note pas de supériorité du traitement par MBCT si son efficacité est évaluée par l'item idéation suicidaire de la HAMD-17. Les principales limites de cette étude résident dans le fait d'une part que la symptomatologie suicidaire n'a été mesurée que par deux échelles et d'autre part que les scores à l'item idéation suicidaire de la BDI à l'inclusion n'étaient pas identiques entre les trois groupes.

5. Recommandations sur l'utilisation de la MBCT

5.1. Indication de la MBCT dans le traitement de l'épisode dépressif caractérisé

5.1.1. Recommandations européennes

L'unique recommandation européenne portant sur l'utilisation de la MBCT dans le traitement de l'EDC a été formulée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017. En s'appuyant sur plusieurs études et méta-analyses, elle recommande l'utilisation de la MBCT en deuxième intention comme traitement additif à un traitement dans la phase aiguë de l'épisode dépressif. Lorsque l'EDC est d'intensité légère à modérée, la MBCT est recommandée comme traitement de première ligne au même titre que la TCC, la thérapie d'acceptation et d'engagement et la thérapie interpersonnelle.

5.1.2. Recommandations nord-américaines

Quatre recommandations menées par des auteurs nord-américains ont été relevées au sein de la littérature et portent sur l'utilisation de la MBCT dans l'EDC.

Celle du *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) de 2016 recommande la MBCT comme un traitement de deuxième ligne en association à un traitement antidépresseur dans la dépression aiguë avec un niveau de preuve 2.

Un niveau de preuve 2 peut correspondre à deux situations. La première étant que les données scientifiques soient issues des résultats d'études de conception robuste pour répondre à la question posée mais il existe quelques incertitudes sur la conclusion soit à cause d'une hétérogénéité des résultats des études, soit à cause de biais mineurs. Le second se présente lorsque les données scientifiques sont issues de résultats d'études de conception moins solide pour la question posée mais les résultats ont été confirmés par différentes études et sont assez cohérents

Les recommandations du *Department of Veterans Affairs* (DVA) de 2016 préconisent l'utilisation de la MBCT, d'une autre psychothérapie ou d'un traitement médicamenteux en première ligne dans le traitement de l'EDC d'intensité légère à modérée. Les autres psychothérapies également recommandées en première ligne sont la thérapie interpersonnelle, la TCC, la thérapie d'activation comportementale, la thérapie d'acceptation et d'engagement et la thérapie de résolution de problèmes.

En 2019, les recommandations de l'*American Psychiatry Association* (APA) pour l'utilisation de la MBCT dans le traitement de l'EDC s'appuient sur une revue de la littérature se basant

sur les exigences de l'*Institute of Medicine* (IOM) et la *A Measurement Tool to Assess Systematic Review* (AMSTAR). Les auteurs recommandent en première intention, l'association d'un traitement antidépresseur par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline à une psychothérapie parmi lesquelles figurent la MBCT, la thérapie interpersonnelle, la thérapie psychodynamique, la TCC, l'activation comportementale, ou la psychothérapie de soutien sans recommander l'une d'elles plus spécifiquement.

Les recommandations de l'*Institute for Clinical Systems Improvement* (ICSI) indiquent en 2016 l'existence de plusieurs essais contrôlés randomisés et de méta-analyses qui relèvent l'efficacité de la MBCT dans la réduction des symptômes dépressifs. Plusieurs de ces études montrent que ces résultats sont surestimés en raison de biais de sélection et d'erreurs aléatoires. Il n'y aurait selon elle, pas de preuves suffisantes pour recommander spécifiquement la MBCT par comparaison à d'autres traitements psychothérapeutiques telle que la thérapie interpersonnelle, la thérapie par activation comportementale, la thérapie par résolution de problèmes et la TCC.

5.2. Indication de la MBCT dans la prévention des rechutes et des récives dépressives

5.2.1. Recommandations européennes

À notre connaissance, il existe quatre recommandations européennes disponibles dans la littérature portant sur l'utilisation de la MBCT dans la prévention des rechutes et des récives dépressives.

La plus ancienne est issue du *National Institute for health and Clinical Excellence* (NICE), une institution britannique indépendante formulant des recommandations cliniques pour les patients utilisant le service de santé anglais.

Depuis 2004, les recommandations de la NICE en matière de dépression unipolaire valident systématiquement la MBCT en tant que traitement de prévention de la rechute. La dernière version de 2018 préconise l'utilisation de la MBCT pour la prévention des rechutes dépressives chez les patients à fort risque de rechute ou avec des symptômes dépressifs résiduels. Un fort risque de rechute est défini par un antécédent de rechute sous traitement antidépresseur bien conduit, un arrêt du traitement antidépresseur volontaire ou du fait d'une contre-indication.

Les recommandations britanniques de 2010 du *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) se basent sur une revue de la littérature (Coelho, 2007). Les auteurs recommandent la

MBCT comme une option de traitement pour réduire le risque de rechute chez des patients en rémission et ayant au moins présenté trois EDC dans leurs antécédents. La SIGN définit un niveau de preuve 2 pour l'efficacité de ce traitement.

En 2015, la *British Association for Psychopharmacology* (BAP) a formulé des recommandations en ce qui concerne la prévention des rechutes dépressives en se basant sur deux méta-analyses ainsi que sur trois études. Ces recommandations indiquent que la MBCT associée au traitement habituel semble utile dans la prévention des rechutes dépressives chez les patients qui ont une histoire dépressive marquée par la survenue de trois épisodes dans leurs antécédents.

Enfin, les recommandations de la HAS de 2017 préconisent l'utilisation de la MBCT comme traitement de consolidation et d'entretien afin de réduire le risque de rechute des patients en rémission.

5.2.2. Recommandations nord-américaines

La CANMAT dans ses recommandations de 2016 préconise l'utilisation de la MBCT en première ligne dans le traitement de consolidation et d'entretien. Elle confère un haut niveau de preuve d'efficacité de ce traitement et le situe ainsi au niveau de preuve 1. Un niveau de preuve 1 signifie que les données scientifiques sont issues des résultats d'études de conception robuste pour répondre à la question posée.

Pour les patients à fort risque de rechute, les recommandations de la VPA de 2016 préconisent d'adjoindre un traitement par psychothérapie au traitement antidépresseur durant la phase de continuation afin de réduire le risque de rechute. Le terme « fort risque de rechute » se réfère à deux EDC dans les antécédents ou à une rémission partielle. Les traitements par psychothérapie recommandés correspondent à la MBCT, la TCC et la thérapie interpersonnelle.

En 2019, les recommandations de l'APA s'appuient sur une revue de la littérature se basant sur les exigences de l'IOM et l'AMSTAR.

Les auteurs suggèrent l'utilisation de la MBCT dans la prévention des rechutes dépressives chez les patients en rémission complète en première intention à la place d'un traitement antidépresseur. Néanmoins, aucune preuve suffisante n'est apportée pour recommander plus spécifiquement la MBCT face à d'autres psychothérapies telles que la thérapie interpersonnelle ou la TCC également indiquées dans ce contexte.

Il est à noter qu'aucune recommandation n'a été émise à propos de l'utilisation de la MBCT dans le cadre de la gestion des conduites suicidaires.

6. Discussion

Les données scientifiques issues de la littérature portant sur l'efficacité de la MBCT dans le traitement de l'EDC proviennent pour la plupart d'études de conception peu solide. Les analyses des résultats sont basées sur des groupes de patients au faible effectif en raison d'échantillons de départ réduits et souvent non-randomisés offrant de ce fait un pouvoir statistique faible. De plus, le caractère de participation volontaire de certains patients aux études peut biaiser les résultats en raison d'une motivation plus importante à pratiquer la MBCT (Strub et al., 2012). Néanmoins, ces résultats ont été confirmés par de nombreuses études et sont assez cohérents entre eux. En effet, trois études non-randomisées et non-contrôlées sont en faveur de l'efficacité de la MBCT dans le traitement de l'EDC chez des patients souffrant d'un TDR et résistants au traitement (Finucane et al., 2006) ; (Kenny et al., 2007) ; (Eisendrath et al., 2008). L'équivalence de la MBCT dans le traitement de l'EDC face à un traitement par antidépresseur a été rapportée par l'étude non randomisée d'Eisendrath et ses collaborateurs en 2014. L'étude de Van Aaldren et ses collaborateurs en 2012 conclut à la supériorité d'un traitement par MBCT associé au traitement usuel de la dépression par rapport au traitement habituel seul. Le travail de Chiesa et ses collaborateurs en 2015 relève la supériorité de la MBCT face à un traitement de psychoéducation. Une étude affirme la supériorité de la MBCT face à un programme d'amélioration de la santé uniquement sur le pourcentage de patients présentant une réponse au traitement (Eisendrath et al., 2016). La MBCT et la TCC auraient une équivalence d'efficacité dans le traitement de l'EDC, quel que soit le nombre d'EDC dans les antécédents (Manicavasgar et al., 2011). Ce résultat est également confirmé par la méta-analyse de Strauss et ses collaborateurs en 2014 concluant à l'équivalence des interventions de pleine conscience face à un traitement par TCC ou psychoéducation.

De plus, la lecture des données issues de ces études laisse entrevoir des bénéfices évidents du programme tant au niveau de l'amélioration de leur qualité de vie que du bien-être (Van Aaldren et al., 2012 et 2015 ; Chiesa et al., 2015).

Les recommandations internationales s'appuient sur l'ensemble des résultats cités ci-dessus et les interprètent avec différentes nuances. Elles préconisent selon la HAS et la CANMAT, l'utilisation de la MBCT en traitement de deuxième ligne dans le traitement de l'EDC et comme traitement de première ligne en association à un traitement antidépresseur en se référant à l'APA ou en tant que traitement de première ligne dans le traitement de l'EDC d'intensité légère à modérée selon la DVA et la HAS.

Selon l'APA et la DVA, la MBCT est proposée comme une option de traitement parmi d'autres stratégies psychothérapeutiques. De ce fait, les patients peuvent choisir le type de psychothérapie par laquelle ils seront plus susceptibles d'être motivés.

Nous apporterons cependant des nuances à l'ensemble de ces résultats. En effet pour la plupart des études, le programme de MBCT proposé aux patients a été modifié et diffère de celui initialement conçu par Segal et ses collaborateurs en 2002. Par exemple, la durée de médiation de chaque séance a pu être réduite de moitié par rapport au programme d'origine. Cet aspect n'est pas mentionné dans les recommandations. De plus en 2016, Eisendrath et ses collaborateurs suggèrent que les troubles de la personnalité ou les troubles anxieux seraient des facteurs pronostiques de mauvaise réponse à la MBCT. Ces troubles ont une forte prévalence dans la population ciblée pour recevoir ce traitement. De ce fait, le nombre de patients susceptibles de répondre favorablement au traitement par MBCT s'en trouve diminué. De nouvelles études mériteraient d'être conduites dans le but de confirmer ou d'infirmer ces résultats afin de déterminer si ces comorbidités doivent faire l'objet de contre-indication à la pratique de la MBCT.

Enfin, trois études portent sur l'efficacité de la MBCT dans les formes chroniques de dépression relevant des résultats contradictoires. Deux d'entre elles comparent l'association du traitement par MBCT face au traitement usuel de la dépression, celle menée par Barnhofer et ses collaborateurs en 2009 est en faveur de la supériorité du traitement par MBCT, celle conduite par Cladder-Micus et ses collaborateurs ne retrouve aucune supériorité de la MBCT. La troisième étude, conduite par Michalak et ses collaborateurs en 2015 retrouve une équivalence d'efficacité entre ces deux traitements et une supériorité du traitement par TAICC face au traitement par MBCT. L'hétérogénéité de ces résultats ainsi que le faible nombre d'études sur le sujet ne permettent pas de conclure sur l'efficacité de la MBCT dans les dépressions d'évolution chronique.

De nombreuses études cliniques, de conception robuste ont pu mettre en évidence l'intérêt d'une prise en charge par MBCT dans le cadre de la prévention des rechutes et des récives dépressives. En effet, trois des cinq études comparant l'association MBCT et traitement usuel au traitement habituel seul confirment la supériorité de cette association chez les patients ayant présenté au moins trois EDC dans leurs antécédents (Teasdale et al., 2000 ; Ma et al., 2004 ; Godfrin et al., 2010). L'association d'un traitement par MBCT et d'un traitement par antidépresseur serait supérieure au traitement par antidépresseur seul pour Huijbers et ses collaborateurs en 2015 et au traitement par MBCT seul pour Huijbers et ses collaborateurs en

2016. Une autre étude rapporte cette supériorité de la combinaison MBCT et antidépresseurs, encore qu'uniquement chez les patients exposés à des événements traumatiques précoces au cours de l'enfance (Williams et al., 2014). La MBCT, au vu de ces résultats semble être efficace dans la prévention de la rechute ou de la récurrence dépressive en tant que stratégie adjuvante au traitement habituel.

Les résultats comparant l'efficacité d'un traitement par MBCT seul à un traitement antidépresseur seul restent cependant hétérogènes. Une étude (Kuyken et al., 2008) est en faveur de la supériorité du traitement MBCT, l'équivalence de celui-ci au traitement antidépresseur est relevée par une étude (Segal et al., 2010). Une dernière étude (Kuyken et al., 2015) démontre la supériorité de la MBCT face au traitement antidépresseur seul uniquement chez les patients aux antécédents de traumatisme dans l'enfance. Enfin sur les trois méta-analyses conduites pour évaluer l'efficacité de la MBCT face au traitement antidépresseur seul dans la prévention des rechutes ou des récurrences dépressives, l'une d'entre elle est en faveur de l'équivalence de la MBCT face à un traitement antidépresseur seul (Piet et al., 2011), deux autres sont en faveur de la supériorité de la MBCT face à un traitement antidépresseur seul (Kuyken et al., 2016 ; Zhang et al., 2018). La MBCT semble donc être une alternative possible à la diminution ou l'arrêt du traitement antidépresseur d'entretien sans pour autant craindre une majoration du risque de rechute ou de récurrence dépressive, car son efficacité est au moins équivalente au traitement de référence de la dépression.

Enfin, lorsque la MBCT est comparée aux autres psychothérapies, une étude est en faveur de l'équivalence de la MBCT à un programme d'amélioration de la santé (Shallcross et al., 2015 et 2018). Une méta-analyse (Kuyken et al., 2016) et une étude (Williams et al., 2014) sont en faveur de l'équivalence de la MBCT à un programme de psychoéducation.

La MBCT s'avère être particulièrement efficace chez les patients avec trois EDC dans leurs antécédents ou ayant subi des traumatismes au cours de l'enfance. Par ailleurs, plusieurs études suggèrent une supériorité de l'association d'un traitement par MBCT à un traitement usuel de la dépression pour réduire les symptômes dépressifs résiduels. L'efficacité de la MBCT serait avérée pour réduire la sévérité des symptômes dépressifs résiduels, ainsi que pour améliorer la qualité de vie.

Les recommandations internationales sur l'utilisation de la MBCT dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives s'appuient sur ces résultats robustes, et préconisent l'utilisation de la MBCT dans la prévention des rechutes et des récurrences dépressives. L'APA, la BAP et la VPA la proposent en traitement associé au traitement antidépresseur. La BAP et la VPA précisent cependant que son efficacité n'est pas supérieure à d'autres psychothérapies

dans ce cas. La NICE, la SIGN, la HAS et la CANMAT ne donnent aucune indication précise sur les modalités de son utilisation dans la prévention des rechutes et des récives dépressives. La SIGN, la BAP et la VPA précisent des critères de son utilisation chez des patients à fort risque de rechute.

Enfin, au regard des études disponibles au sein de la littérature dont les résultats sont disparates, aucune conclusion ne peut être émise concernant l'efficacité de la MBCT sur les conduites suicidaires. En effet, Forkman et ses collaborateurs en 2014 et Barnhofer et ses collaborateurs en 2015 relèvent la supériorité de la MBCT face au traitement usuel de la dépression. Barnhofer et ses collaborateurs en 2015 retrouvent également une supériorité de la MBCT face au traitement par psychoéducation. Cependant, l'étude de Barnhofer et ses collaborateurs en 2009 ne démontrent aucune supériorité de l'efficacité d'un traitement par MBCT face à un traitement habituel de la dépression. D'autre part, Forkman et ses collaborateurs retrouvent, en 2016, des résultats contradictoires sur l'efficacité même de la MBCT au sein même de son étude. Ils relèvent en effet la supériorité du traitement par MBCT que sur l'un des deux instruments de mesure utilisés.

De plus, l'ensemble de ces études se concentrent essentiellement sur les effets immédiats de la MBCT après les 8 semaines de traitement et ne les examinent pas sur le long terme. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution dans la mesure où nous ne savons pas si les effets observés sont de nature durable ou non. Les données trouvées sur l'efficacité de la MBCT sur les symptômes suicidaires sont encore trop hétérogènes et peu robustes pour pouvoir faire l'objet de recommandations. Il conviendrait pour pouvoir répondre à cette question de réaliser systématiquement de nouvelles études avec un suivi sur le long cours, en portant un regard plus attentif sur la prise en charge des conduites suicidaires.

7. Conclusion

La MBCT est une thérapie d'apparition récente, qui se révèle être une option thérapeutique parmi d'autres dans le traitement de la dépression unipolaire. Cette thérapie a pour vocation l'acceptation et la pleine conscience de l'expérience vécue par le patient. L'utilisation de la MBCT chez les patients ayant au moins trois EDC dans leurs antécédents a montré une efficacité dans la prévention des rechutes et des récives dépressives et fait l'objet de recommandations internationales, s'appuyant sur des résultats robustes d'études cliniques et de méta analyses. Son efficacité dans le traitement de l'EDC est quant à elle confirmée par un nombre plus faible d'études, de conception peu solides, son utilisation dans cette indication est également mentionnée dans les recommandations internationales avec un faible niveau de preuve. La MBCT serait au moins équivalente au traitement usuel de la dépression et à certains types de psychothérapie dans le traitement des symptômes dépressifs résiduels. Cependant, les études actuelles portant sur l'efficacité de la MBCT dans le traitement des formes chroniques de dépression et dans le traitement des conduites suicidaires ne permettent pas de tirer des conclusions quant à son efficacité du fait de leurs résultats hétérogènes et de leur faible nombre. De nouvelles publications nécessitent d'être réalisées pour pouvoir répondre plus amplement à ces questions.

8. Bibliographie

1. Barnard PJ, Teasdale JD. Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition & Emotion* 1991;5:1-39.
2. Barnhofer T, Crane C, Brennan K, Duggan DS, Crane RS, Eames C, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015;83:1013-20.
3. 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. *Behaviour Research and Therapy* 2009;47:366-73.
4. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2006;11:230-41.
5. Bondolfi G, Jermann F, Van der Linden M, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders* 2010;122:224-31.
6. Briley M, Lépine. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2011;3.
7. Charpeaud T, Genty J-B, Destouches S, Yroni A, Lancrenon S, Alaïli N, et al. Prise en charge des troubles dépressifs résistants : recommandations françaises formalisées par des experts de l'AFBPN et de la fondation FondaMental. *L'Encéphale* 2017;43:S1-24.
8. Chiesa A, Castagner V, Andrisano C, Serretti A, Mandelli L, Porcelli S, et al. Mindfulness-based cognitive therapy vs. psycho-education for patients with major depression who did not achieve remission following antidepressant treatment. *Psychiatry Research* 2015;226:474-83.
9. Cladder-Micus MB, Speckens AEM, Vrijzen JN, T. Donders AR, Becker ES, Spijker J. Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and Anxiety* 2018;35:914-24.
10. Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review* 2015;39:58-70.
11. Cleare A, Pariante C, Young A, Anderson I, Christmas D, Cowen P, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology* 2015;29:459-525.
12. Coelho HF, Canter PH, Ernst E. Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:1000-5.
13. Cottraux J. Les psychothérapies cognitives et comportementales. 2017.
14. Crane C, Williams JMG. Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. *Mindfulness* 2010;1:10-20.

15. Crocq M-A, Guelfi JD, Boyer P, Pull C-B, Pull-Erpelding M-C, éditeurs. Mini DSM-5® : critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Publié par Elsevier Masson SAS, [2016]; 2016.
16. Culpepper L, Muskin PR, Stahl SM. Major Depressive Disorder: Understanding the Significance of Residual Symptoms and Balancing Efficacy with Tolerability. *The American Journal of Medicine* 2015;128:S1-15.
17. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop RJ, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:468-77.
18. Eisendrath SJ, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M. Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: a pilot study. *Psychother Psychosom* 2008;77:319-20.
19. Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal ZV, Nelson JC, McInnes LA, et al. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Psychother Psychosom* 2016;85:99-110.
20. Eisendrath SJ, Gillung EP, Delucchi KL, Chartier M, Mathalon DH, Sullivan JC, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) versus the health-enhancement program (HEP) for adults with treatment-resistant depression: a randomized control trial study protocol. *BMC Complement Altern Med* 2014;14:95.
21. Fava M. Diagnosis and definition of treatment-resistant depression. *Biological Psychiatry* 2003;53:649-59.
22. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry* 2006;6:14.
23. Forkmann T, Brakemeier E-L, Teismann T, Schramm E, Michalak J. The effects of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to treatment as usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders* 2016;200:51-7.
24. Forkmann T, Wichers M, Geschwind N, Peeters F, van Os J, Mainz V, et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on self-reported suicidal ideation: results from a randomised controlled trial in patients with residual depressive symptoms. *Compr Psychiatry* 2014;55:1883-90.
25. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2012;201:320-5.
26. Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy* 2010;48:738-46.
27. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie [Internet]. 2017 [cité 2020 févr 5]. Available from: <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294749278>
28. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy* 2004;35:639-65.

29. Hepburn SR, Crane C, Barnhofer T, Duggan DS, Fennell MJV, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy may reduce thought suppression in previously suicidal participants: Findings from a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology* 2009;48:209-15.
30. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhé HG, van Schaik DJF, van Oppen P, et al. Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2015;187:54-61.
31. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhé HG, van Schaik DJF, van Oppen P, et al. Discontinuation of antidepressant medication after mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: Randomised controlled non-inferiority trial. *British Journal of Psychiatry* 2016;208:366-73.
32. Irving JA, Segal ZV. *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : état actuel et applications futures*. Santé mentale au Québec 2014;38:65-82.
33. Joëlle FB. Haute Autorité de santé. 2017;380.
34. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003;10:144-56.
35. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta trade pbk. reissue. New York, N.Y: Delta Trade Paperbacks; 2005.
36. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999;156:837-41.
37. Kenny MA, Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy* 2007;45:617-25.
38. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2007;80:193-203.
39. Kolb DA. *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1984.
40. Kovacs M, Beck AT. Maladaptive cognitive structures in depression. *Am J Psychiatry* 1978;135:525-33.
41. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76:966-78.
42. 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;386:63-73.
43. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry* 2016;73:565-74.

44. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:31-40.
45. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders* 2011;130:138-44.
46. Michalak J, Schultze M, Heidenreich T, Schramm E. A randomized controlled trial on the efficacy of mindfulness-based cognitive therapy and a group version of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015;83:951-63.
47. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist* 2009;64:527-37.
48. Mirabel-Saron. *Mener une démarche de pleine conscience: approche MBCT. Pour qui, pourquoi, comment.* Paris: Dunod; 2012.
49. Mirabel-Sarron C, Docteur A. *Apprendre à soigner les dépressions: avec les thérapies cognitives et comportementales.* Paris: Dunod; 2014.
50. Morone NE, Greco CM, Weiner DK. Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain* 2008;134:310-9.
51. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol* 1991;100:569-82.
52. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:115-21.
53. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2016;61:524-39.
54. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1032-40.
55. Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:999-1010.
56. Rosenthal DM. *Consciousness and mind.* Oxford ; New York: Oxford University Press; 2005.
57. Rudd MD. The suicidal mode: a cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:18-33.
58. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, et al. Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. *American Journal of Psychiatry* 2006;163:1905-17.

59. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults: a national clinical guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2010.
60. Segal ZV, Gemar M, Williams S. Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 1999;108:3-10.
61. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Kabat-Zinn J, André C, Ricard M, et al. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: prévenir la rechute. Bruxelles: De Boeck Supérieur; 2016.
62. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 2010;67:1256-64.
63. 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;63:749-55.
64. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, Gemar MC. The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2002;9:131-8.
65. Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, Kumar N, Palfrey A, Ford BQ, et al. Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition. *J Consult Clin Psychol* 2015;83:964-75.
66. Shallcross AJ, Willroth EC, Fisher A, Dimidjian S, Gross JJ, Visvanathan PD, et al. Relapse/Recurrence Prevention in Major Depressive Disorder: 26-Month Follow-Up of Mindfulness-Based Cognitive Therapy Versus an Active Control. *Behav Ther* 2018;49:836-49.
67. Solomon DA. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000;157:229-33.
68. Spadone C, Corruble E. Symptômes résiduels et récurrence dans le trouble dépressif majeur. *L'Encéphale* 2010;36:S108-11.
69. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE* 2014;9:e96110.
70. Strub L, Tarquinio C. Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatrique* 2012;77:469-90.
71. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:615-23.
72. Teasdale JD. Cognitive Vulnerability to Persistent Depression. *Cognition & Emotion* 1988;2:247-74.
73. van Aalderen JR, Donders ART, Gionmi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AEM. The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and

without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 2012;42:989-1001.

74. van Aalderen JR, Donders ART, Peffer K, Speckens AEM. LONG-TERM OUTCOME OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN RECURRENTLY DEPRESSED PATIENTS WITH AND WITHOUT A DEPRESSIVE EPISODE AT BASELINE: Research Article: Long-term Outcome of MBCT for Recurrent Depression. *Depression and Anxiety* 2015;32:563-9.
75. Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJV, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2014;82:275-86.
76. Zhang Z, Zhang L, Zhang G, Jin J, Zheng Z. The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018;18:50.
77. Principaux repères sur la dépression [Internet]. 2020 [cité 2020 févr 5]; Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
78. APA Clinical Practice Guideline Development [Internet]. <https://www.apa.org> [cité 2020 févr 5]; Available from: <https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/clinical-practice>
79. *depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf* [Internet]. [cité 2020 févr 9]; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf
80. *etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf* [Internet]. [cité 2020 févr 9]; Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
81. *full-guideline-updated.pdf* [Internet]. [cité 2020 févr 6]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/full-guideline-updated>
82. *ICSI_Depression.pdf* [Internet]. [cité 2020 févr 5]; Available from: http://pcptoolkit.beaconhealthoptions.com/wp-content/uploads/2016/02/ICSI_Depression.pdf
83. *short-version-of-draft-guideline.pdf* [Internet]. [cité 2020 févr 5]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/short-version-of-draft-guideline>
84. *VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf* [Internet]. [cité 2020 févr 5]; Available from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPGFINAL82916.pdf>