

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉS DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2019

2019 TOU3 1507

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**David GUILLEN**

le 27 Mars 2019

**Evaluation de la Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience**  
**(MBCT) dans la bipolarité.**  
**Etude prospective pilote : un suivi d'un an.**

Directeur de thèse : Dr Christine SARRAMON

**JURY**

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES

Assesseur

Madame le Docteur Christine SARRAMON

Assesseur

Monsieur le Docteur François MONTASTRUC

Suppléant



## Remerciements

Je remercie ma mère qui m'a toujours encouragé et soutenu depuis le jour où j'ai formulé mon vœu de devenir médecin peu de temps après mes premiers mots, et d'avoir été toujours présente dans les moments difficiles.

Je remercie mon père qui m'a transmis par son exemple les valeurs de gentillesse, d'humilité, de simplicité et de travail.

Je remercie ma Sœurlette que je vois de jours en jours devenir une très belle personne me rendant fier d'être son grand frère.

Je remercie Lolo pour son modèle de générosité et de loyauté.

Je remercie ma nounou Tatie Lucette, qui, dans mon esprit d'enfant, fut la première personne que j'ai voulu « soigner », et dont les marques d'affection qu'elle m'a témoigné me touchent encore aujourd'hui.

Je remercie l'ensemble de ma famille pour m'avoir soutenu et encouragé dans mes études.

Je remercie mes amis de la faculté Marlène, Guillaume, François, JC pour avoir coloré mes études de beaucoup de rires, de légèreté, d'entraide, de fraternité, et pour me faire briller au Lasergame. Je les remercie également pour m'avoir permis d'élargir mes connaissances à d'autres personnes de valeur, parmi lesquelles Gérard, Marion, Valérie et Yvan devenus de vrais amis sur qui je sais que je pourrai toujours compter.

Je remercie Arthur, même s'il est passé du côté bien obscur de la chirurgie orthopédique, pour son sens de la loyauté, notre amitié qui m'est chère et nos échanges d'expériences avec la gente féminine.

Je remercie mes amis et toutes les personnes rencontrées au cours de cet internat, avec mention spéciale pour ceux ayant partagé la coloc Anne, Marine, Maxime, Louis, Gabrielle et Garance que j'ai bien dû saouler avec ma méditation.

Je remercie Christine pour m'avoir fait confiance dans la constitution de ces groupes de pleine conscience au CHU, pour avoir accepté de diriger mon travail de thèse ainsi que pour sa générosité, son naturel et sa spontanéité.

Je remercie l'ensemble des personnes rencontrées ayant contribué à ma formation au cours de ces dix dernières années, notamment les enseignants, le personnel soignant et administratif, et bien sûr les patients.

Je remercie chaleureusement tous les patients ayant donné leur consentement à participer à cette étude pour m'avoir permis de réaliser mon travail de thèse et pour m'avoir fait confiance dans l'enseignement de la pratique de la pleine conscience.

Je remercie le Dr Hélène COLINEAUX de l'USMR du CHU de Toulouse d'avoir effectué l'analyse statistique pour cette étude et sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas été possible.

Je remercie les membres de mon jury pour avoir accepté de lire et d'évaluer mon travail de thèse.

## Table des matières

<b>INTRODUCTION</b> .....	10
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	11
Sélection des participants .....	11
Mesures .....	14
Design de l'étude .....	19
Programme MBCT .....	20
Evaluation .....	21
Plan d'analyse statistique .....	22
<b>RESULTATS</b> .....	25
Participants inclus et présence aux séances et aux rencontres de suivi .....	25
Caractéristiques des participants .....	25
Description des scores aux différentes échelles .....	28
Evolution des scores aux échelles entre avant et après le programme MBCT .....	28
Evolution des scores aux échelles après le programme MBCT .....	29
Observance des pratiques pendant le programme MBCT .....	32
Lien entre le nombre de jours de pratique pendant le programme et l'évolution des scores BDI-II .....	32
Rechutes thymiques .....	33
Evolution du traitement médicamenteux et non médicamenteux .....	34
Poursuite des pratiques après le programme .....	35
<b>DISCUSSION</b> .....	37
Evolution avant/après programme MBCT .....	37
Evolution des scores au cours de la période de suivi de douze mois .....	39
Pratiques pendant et après le programme et évolution du score BDI-II .....	39
Evolution du traitement médicamenteux, non médicamenteux et rechutes thymiques .....	40
Conclusion et perspectives de recherche .....	42

<b>Bibliographie .....</b>	<b>44</b>
<b>Annexe 1. Programme MBCT .....</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 2. Mécanismes des rechutes dépressives unipolaire et bipolaire .....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 3. Questionnaire de recueil des pratiques pendant le programme MBCT .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 4. Questionnaire de recueil de la poursuite des pratiques après le programme MBCT .....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 5. Description des scores à chaque temps du suivi .....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 6. Evolution des scores BDI-II moyen et médian après le programme MBCT .....</b>	<b>62</b>

## **INTRODUCTION :**

Les approches basées sur la pleine conscience constituent un nouvel apport dans l'éventail des psychothérapies utilisées dans la prise en charge de certaines affections psychiatriques. La pleine conscience a pour définition « faire attention d'une manière particulière, c'est-à-dire délibérément, au moment présent, sans jugement de valeur » (1). Elle a été introduite en médecine en 1979 par Jon Kabat-Zinn avec son programme Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (2). Ce programme était proposé à des patients souffrant de troubles anxieux, de douleurs chroniques, de troubles du sommeil, et diverses autres affections. Une étude portant sur l'évaluation de l'efficacité du programme MBSR pour des patients souffrant de troubles anxieux a montré une diminution durable des scores d'anxiété, de panique et de dépression (3-4). Quelques années plus tard des chercheurs ont adapté ce programme afin de développer une version de maintien de la thérapie cognitive dans le but de prévenir la rechute dépressive unipolaire chez des patients en rémission. Il s'agit du programme Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (5) (voir Annexe 1). Il associe des pratiques méditatives, des principes de thérapie cognitive et de psychoéducation. Il a été conçu pour agir spécifiquement sur les mécanismes psychologiques impliqués dans la rechute dépressive unipolaire, notamment les schémas de pensées négatifs réactivés par une humeur dysphorique et la tendance à ruminer les états négatifs. Une méta-analyse montrait une réduction du risque relatif de rechutes dépressives unipolaires de 43% chez des patients ayant suivi un programme MBCT comparés à des patients recevant leur traitement habituel seul ou un placebo, dans le sous-groupe ayant connu au moins trois épisodes dépressifs antérieurs (6). Une autre étude contrôlée randomisée montrait que cette thérapie réduisait de façon significative les symptômes résiduels dépressifs et était aussi efficace que la prise d'un traitement médicamenteux antidépresseur de maintien sur le taux de rechute dépressive (7). Les résultats positifs de la MBCT dans la dépression unipolaire au niveau de l'anxiété, des symptômes résiduels dépressifs et du taux de rechute ont amené à évaluer son intérêt dans d'autres indications dont les troubles bipolaires, malgré des mécanismes psychopathologiques différents (voir Annexe 2).

La bipolarité est une maladie chronique récidivante, caractérisée par des rechutes maniaques/hypomaniaques et dépressives. Celles-ci sont encore très fréquentes malgré la

prise d'un traitement pharmacologique avec un taux de rechute de presque 75% en 5 ans et près de deux tiers des patients ayant rechuté connaissant des rechutes multiples durant cette période (8). Entre les accès thymiques des symptômes résiduels dépressifs et hypomaniaques persistent (9-12). Une étude dans le cadre du Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) montrait qu'un nombre plus important de jours avec des symptômes résiduels dépressifs et hypomaniaques étaient significativement associés à une rechute thymique plus précoce (13). Le traitement pharmacologique seul paraît insuffisant dans la prise en charge du trouble bipolaire. Il n'agit pas sur les mécanismes responsables de la rechute thymique et n'a qu'une efficacité modérée sur les symptômes résiduels dépressifs et l'anxiété. La nécessité d'une parfaite observance et les possibles effets indésirables représentent aussi des limites du traitement médicamenteux. Les interventions psychosociales recommandées (psychoéducation, thérapie cognitivo-comportementale, psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux et psychothérapie centrée sur la famille) ont une efficacité limitée dans la prévention des rechutes et la diminution des symptômes résiduels, d'où le besoin de développer de nouvelles interventions dans la prise en charge du trouble bipolaire (14).

Parmi les études évaluant l'intervention MBCT dans la bipolarité une seule était randomisée et proposait une longue période de suivi. Elle ne retrouvait pas de différence significative sur le temps avant la première rechute, ni sur le nombre de rechutes, ni sur les symptômes résiduels dépressifs et hypomaniaques au terme d'un suivi de 12 mois entre des patients suivant un programme MBCT et des patients recevant leur traitement habituel. Il y avait par contre une diminution significative de l'anxiété pour les patients ayant suivi le programme MBCT (15). Dans une autre étude randomisée les données montraient une réduction immédiate significative de l'anxiété et des symptômes résiduels dépressifs pour le groupe de patients recevant l'intervention MBCT (16). Des essais non randomisés confirmaient la diminution immédiate de l'anxiété comorbide et des symptômes résiduels dépressifs immédiats après le programme MBCT (17-19). Deux études retrouvaient une amélioration des capacités de régulation émotionnelle par des auto-questionnaires (19) avec au niveau physiologique une atténuation d'amplitude de potentiels évoqués et une diminution de la variabilité de la fréquence cardiaque en réponse à des stimuli visuels et affectifs (20). L'effet sur la rumination était évalué dans deux études dont l'une sans groupe

contrôle retrouvait une diminution de la rumination après que les patients aient suivi le programme MBCT au terme d'un suivi de 3 mois (19) tandis que l'autre ne montrait pas de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe MBCT (15). La fréquence des pratiques pendant le programme MBCT n'était prise en compte que dans une seule étude qui retrouvait une association significative entre un nombre croissant de jours de pratiques des participants pendant le programme et la diminution des scores d'anxiété et de dépression (18).

Les études s'intéressant à l'impact du programme MBCT dans la population bipolaire sont donc encore peu nombreuses. La majorité ne sont pas contrôlées et ont des périodes de suivi courtes ou inexistantes, comme le relèvent deux récentes revues de la littérature (21-22) et une méta-analyse (23). La bipolarité étant une maladie chronique récidivante, il est primordial de suivre les patients sur une durée plus longue afin de vérifier si les effets de la pleine conscience se maintiennent au long cours. La rumination d'états négatifs et la réactivité émotionnelle étant impliquées dans l'occurrence de la rechute thymique bipolaire, il apparaît nécessaire de mesurer l'impact de la pleine conscience sur ces facteurs.

Cette étude pilote sans comparaison à un groupe contrôle présente des données recueillies au cours d'un suivi de 12 mois auprès de patients souffrant de bipolarité ayant participé à un programme MBCT que nous avons adapté à la population bipolaire. L'hypothèse principale était que les participants au programme MBCT auraient une réduction immédiate des symptômes résiduels dépressifs et que leur niveau se maintiendrait tout au long de la période de suivi. Pour cela l'objectif principal était de comparer les symptômes résiduels dépressifs avant et après le programme MBCT puis de les mesurer à chaque temps du suivi. Les objectifs secondaires étaient de comparer l'anxiété, la tendance à ruminer, la réactivité émotionnelle, la qualité de vie ainsi que les qualités acquises de pleine conscience avant et après le programme et de les mesurer tout au long du suivi. L'hypothèse était que ces paramètres seraient améliorés juste après le programme et que leur niveau se maintiendrait jusqu'à la fin du suivi. Un autre objectif secondaire était de corrélérer l'amélioration des symptômes résiduels dépressifs avec la fréquence des pratiques de pleine conscience pendant le programme. L'hypothèse était qu'une fréquence croissante de pratiques de pleine conscience pendant le programme serait associée à une



réduction des symptômes résiduels dépressifs juste après le programme MBCT. L'évolution du traitement médicamenteux était prise en compte et l'hypothèse était que la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques serait réduite au cours du suivi. Les éventuelles rechutes thymiques étaient relevées mais ne représentaient pas un critère de jugement principal.

## **MATERIEL ET METHODES :**

### **Sélection des participants**

Des patients présentant un trouble bipolaire étaient informés de l'existence du programme MBCT au cours d'une consultation dans le cadre de leur suivi psychiatrique ambulatoire habituel ou d'une session de psychoéducation au CHU de Toulouse. Pour cette étude les critères d'inclusion étaient : un âge supérieur à 18 ans ; un diagnostic de bipolarité quel que soit le type établi par le passé et confirmé par le Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) french version 5.0.0 (24-25) selon le DSM-IV ; l'absence ou la présence de symptômes hypomaniaques résiduels légers avec un score inférieur à 8 sur l'échelle Young Mania Rating Scale (YMRS) (26-27) ; des antécédents d'au moins trois épisodes thymiques bipolaires (accès dépressif, hypomaniaque, maniaque ou mixte) ; la présence de symptômes résiduels dépressifs avec retentissement fonctionnel lors des périodes de rémission. Il n'y avait pas de seuils de scores discriminants à l'inclusion pour les échelles de dépression Beck Depression Inventory (BDI-II) (28) et Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (29-30). Les patients devaient avoir un suivi psychiatrique. Les critères d'exclusion étaient : un épisode dépressif caractérisé, un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte en cours lors de l'inclusion éliminé par le M.I.N.I. selon le DSM-IV ; un diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif établi ; un trouble grave de la personnalité (antisociale, état-limite ou paranoïaque) ; une comorbidité addictive ; des troubles neurocognitifs majeurs ou des dommages cérébraux ; la présence d'idées suicidaires à l'inclusion ; la participation antérieure à un programme MBCT ou MBSR.

Les patients screenés étaient rencontrés par l'instructeur du programme MBCT lors d'un entretien individualisé préalable au programme. Cet entretien visait à recueillir les informations démographiques des patients, connaître leur histoire de vie et de la maladie ainsi que les facteurs impliqués dans les rechutes thymiques et leur présenter les principes de la pleine conscience et le contexte général de la thérapie MBCT. Il s'agissait de déterminer si le programme leur serait adapté et en quoi celui-ci pourrait leur apporter un bénéfice, notamment une réduction de l'anxiété et des symptômes résiduels dépressifs par une meilleure conscience et compréhension du fonctionnement mental ainsi que par une gestion plus sage des états d'esprit et d'humeur négatifs basée non pas sur la rumination visant à lutter pour s'en débarrasser, entraînant l'esprit dans ses ornières mentales habituelles, mais plutôt sur une dimension d'acceptation, de douceur et d'ouverture envers soi et ce qui constitue son expérience. Les participants étaient informés de l'importance d'un réel investissement personnel et de la nécessité de persévérance tout au long du programme et au décours. Avant cet entretien préalable au programme MBCT une notice d'informations concernant l'étude menée était envoyée par mail aux futurs participants. A l'issue de cet entretien le consentement libre et éclairé des patients remplissant les critères d'inclusion était recueilli par écrit. Les patients étaient informés qu'ils étaient libres de choisir de participer au programme MBCT sans être inclus dans l'étude. La participation à l'étude ne conditionnait en aucun cas le suivi du programme MBCT.

## **Mesures**

### *Questionnaires administrés par l'expérimentateur*

#### Mini International Neuropsychiatric Interview french version 5.0.0 (M.I.N.I.)

Le M.I.N.I. (24-25) est un entretien diagnostique structuré comprenant une série de questions-réponses de type OUI/NON explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques du DSM. La dernière forme française correspond à la version 5.0.0 se basant sur le DSM-IV. Au cours de l'entretien d'inclusion, la validation d'un diagnostic de trouble bipolaire était systématiquement recherchée. D'autres diagnostics associés étaient investigués à l'aide du M.I.N.I. en fonction des éléments recueillis lors de l'entretien. Lors des rencontres de suivi après le programme l'occurrence d'éventuels épisodes dépressifs ou maniaques depuis la dernière évaluation étaient recherchés.

### Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Ce questionnaire évalue la sévérité des symptômes dépressifs au cours de la semaine précédant l'évaluation (29-30). La forme utilisée comprenait 17 items cotés de 0 à 2 ou de 0 à 4. Les scores varient de 0 à 52. L'échelle de dépression de Hamilton est l'une des plus utilisées dans la littérature scientifique. Elle possède de bonnes propriétés psychométriques, avec une validité suffisante, une sensibilité élevée au changement ainsi qu'une bonne fiabilité test-retest et interjuges (31). Un score élevé indique de forts symptômes dépressifs.

### Young Mania Rating Scale (YMRS)

Il s'agit d'un questionnaire évaluant la présence et la sévérité de symptômes maniaques. Il comporte 11 items cotés de 0 à 4 ou de 0 à 8. Les scores varient de 0 à 60. Il présente une bonne fiabilité interjuges et une bonne sensibilité au changement. Un score élevé indique d'importants symptômes maniaques ou hypomaniaques (26-27).

### *Questionnaires auto-administrés*

#### Beck Depression Inventory (BDI-II)

Le BDI-II (28) est un questionnaire largement utilisé et accepté évaluant la profondeur des symptômes dépressifs sur les deux semaines précédant l'évaluation. Il comprend 21 items cotés de 0 à 3 pour des scores variant de 0 à 63. De nombreuses études lui conféraient une bonne fiabilité et une bonne validité et le jugeaient utile pour détecter des changements dans les études mesurant l'impact d'une intervention thérapeutique. Un score élevé indique de forts symptômes dépressifs.

#### Beck Anxiety Inventory (BAI)

Le BAI (32) est un questionnaire fiable et valide recherchant des symptômes physiques de l'anxiété. Il comporte 21 items cotés de 0 à 3 pour des scores variant de 0 à 63. Un score élevé indique une anxiété importante.

#### State Trait Anxiety Inventory, forme Y-A (STAI Y-A)

L'inventaire d'anxiété trait-état (33) représente l'une des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété les plus utilisées. La forme état (STAI Y-A) permettant de mesurer les changements induits par une situation expérimentale a été celle utilisée pour cette étude.

Elle comprend 20 items cotés de 1 à 4 pour des scores allant de 20 à 80 et possède des propriétés psychométriques satisfaisantes. Un score élevé indique une anxiété importante.

#### Ruminative Rating Scale (RRS)

La RRS est une échelle largement utilisée pour l'évaluation de la fréquence de survenue d'une réponse ruminative spécifiquement lors d'une humeur dépressive. Il est demandé d'indiquer ce que les personnes font habituellement lorsqu'ils se sentent tristes, découragés ou déprimés. Elle contient 22 items cotés de 1 (presque jamais) à 4 (presque toujours). Une analyse factorielle exploratoire du questionnaire a mis en évidence deux types de ruminations : le ressassement, défini comme une comparaison passive entre la situation actuelle et des standards qui ne sont pas atteints (items 5, 10, 13, 15, 16), et la réflexion, définie comme une introspection volontaire pour faire face activement à la situation afin de soulager les symptômes dépressifs (items 7, 11, 12, 20, 21). Les items restants sont considérés redondants avec les symptômes dépressifs investigués dans les échelles de dépression (34). Si la sous-échelle ressassement évalue une dimension clairement inadaptée avec une prédiction significative de la symptomatologie dépressive à deux ans (34), le statut de la sous-échelle réflexion est plus ambigu puisqu'elle prédirait la rémission dépressive à 2 ans (34) mais également les idéations suicidaires à 1 an (35). Un score élevé indique une plus forte tendance à la rumination lors de l'expérience d'une humeur triste.

#### Multidimensional Assessment of Thymic States (MATHyS)

La MATHyS (36) est une échelle visuelle analogique (ligne horizontale de 0 à 10 pour chaque item) comprenant 20 items. L'analyse factorielle montrait deux dimensions à distinguer : la réactivité émotionnelle et le fonctionnement global selon les modes d'inhibition ou d'activation. Chaque item comprend une ligne horizontale reflétant l'ensemble des niveaux de l'état exploré et le participant indique à quel niveau son état se situe. Si pour l'item investigué le participant estime qu'il n'y a aucun changement par rapport à son état basal il indique le centre de la ligne horizontale. Donc pour chaque item un score de 0 correspond à une inhibition de l'état évalué, un score de 5 n'indique aucun changement par rapport à l'état habituel, et un score 10 traduit une excitation pour l'état évalué. Les scores des 20 items de l'échelle sont additionnés pour avoir une indication d'une

inhibition globale (score faible) ou d'une activation globale (score élevé) du fonctionnement. Les scores des items 3, 7, 10 et 18 sont additionnés afin d'évaluer la réactivité émotionnelle. Les scores considérés « normaux » tendent vers 100 pour le fonctionnement global et vers 20 pour la réactivité émotionnelle.

#### World Health Organization Quality of Life – BREF (WHOQOL-BREF)

Le WHOQOL-BREF (37) est un questionnaire évaluant la qualité de vie. Il s'agit de la forme abrégée du WHOQOL-100. Il comprend 26 items cotés de 1 à 5. Le questionnaire explore quatre domaines : la santé physique (7 items), la santé psychologique (6 items), les relations sociales (3 items) et l'environnement (8 items). Il y a également 2 items pris en compte séparément s'intéressant aux perceptions globales de la qualité de vie et de la santé générale. Pour chaque domaine les scores bruts ont été transformés pour avoir une équivalence sur une échelle de 0 à 100 selon la formule conseillée par les auteurs. Un score élevé indique une bonne qualité de vie pour le domaine correspondant.

#### Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

Le FFMQ (38-39) est un outil composé de 39 items mesurant cinq facettes de la pleine conscience : observation (noter ou faire attention aux stimuli internes et externe comme les sensations physiques, les sentiments, les pensées, les sons et les odeurs), description de l'expérience (noter mentalement les stimuli avec des mots), action en pleine conscience (faire attention aux actions effectuées dans l'instant présent par opposition aux comportements automatiques), non-réactivité aux événements privés (s'abstenir d'évaluer ses sensations, ses émotions, ses pensées et croyances) et non-jugement (permettre aux pensées et aux sentiments d'aller et venir sans qu'ils ne capturent l'attention). Chaque item est coté de 1 (jamais ou très rarement vrai) à 5 (très souvent ou toujours vrai). Un score élevé indique une plus grande aptitude à la pleine conscience.

#### *Autres paramètres*

Rechutes thymiques

Après le programme MBCT les rechutes thymiques dépressives, hypomaniaques et maniaques éventuelles étaient repérées par un interrogatoire non dirigé et un interrogatoire via le M.I.N.I. lors de chaque rencontre du suivi.

#### Traitement médicamenteux

Les ordonnances les plus récentes des participants étaient prises en compte lors de chaque entretien pour observer l'évolution de posologie des médicaments antidépresseurs, thymorégulateurs, anxiolytiques et hypnotiques prescrits par leur psychiatre traitant. A chaque évaluation, pour chaque classe de médicaments, il était noté si les posologies étaient augmentées, diminuées/arrêtées ou restaient identiques. S'il arrivait que le psychiatre traitant change de molécule pour une classe, cette modification n'était comptée ni comme une augmentation ni comme une diminution mais comme aucun changement sur le recueil de données.

#### Observance des pratiques pendant le programme

A la fin de chaque séance du programme MBCT à partir de la deuxième séance un questionnaire était remis aux participants leur demandant de noter le nombre de jours pour lesquels ils avaient effectué les tâches à domicile lors de la semaine précédente (voir Annexe 3). C'est le nombre de jours de pratiques formelles (pratiques statiques ou en mouvement audio-guidées) qui étaient pris en compte. Si deux séances consécutives avaient lieu à deux semaines d'intervalle, le questionnaire se référait à la semaine précédente.

#### Poursuite des pratiques après le programme

A partir de l'entretien 3 mois après le programme, pour chaque type de pratiques de pleine conscience auxquelles ils avaient été initiés au cours du programme (méditation formelle assise ou couchée, mouvements/étirements en pleine conscience, marche consciente, espace de respiration 3 minutes, activités du quotidien ou moments informels en pleine conscience) les participants étaient invités à partager s'ils les avaient effectuées au moins 1 fois par semaine et, le cas échéant, s'ils avaient pratiqué au moins 3 fois par semaine depuis le dernier entretien (voir Annexe 4).

## **Design de l'étude**

Il s'agit d'une étude interventionnelle prospective de type avant-après un programme MBCT, sans comparaison à un groupe contrôle, monocentrique. Le programme MBCT a été délivré à deux groupes distincts de participants au CHU de TOULOUSE. La première session du programme s'est déroulée du 9 Décembre 2016 au 17 Février 2017. La seconde session s'est déroulée du 21 Avril 2017 au 16 Juin 2017. Les participants étaient rencontrés avant le programme (64 à 39 jours avant pour le premier groupe ; 43 à 8 jours avant pour le second groupe) et juste après le programme (6 à 21 jours après pour le premier groupe ; 3 à 13 jours après pour le second groupe). Chaque participant inclus était ensuite revu lors d'entretiens à des délais d'environ 3 mois, 6 mois, 9 mois et 12 mois. La fin du suivi a eu lieu en Mars 2018 pour le premier groupe et en Juin 2018 pour le second groupe.

### **Avant le programme MBCT**

Les questionnaires auto-administrés BDI-II, BAI, STAI Y-A, WHOQOL-BREF et FFMQ étaient envoyés aux participants par mail et recueillis lors de l'entretien préalable au programme. Les auto-questionnaires RRS et MATHyS étaient remplis lors de l'entretien préalable avec les consignes orales de l'expérimentateur pour éviter des erreurs éventuelles de compréhension des énoncés. Les questionnaires administrés par l'expérimentateur M.I.N.I., HDRS et YMRS étaient dispensés et remplis lors de l'entretien préalable au programme. Le traitement médicamenteux de chaque personne était enregistré. Cette procédure était la règle pour toutes les évaluations jusqu'à la fin de la période de suivi. Si un participant ne pouvait être rencontré, celui-ci était contacté par téléphone et la cotation des questionnaires HDRS, YMRS et M.I.N.I. était réalisée au cours de l'entretien téléphonique. Les consignes pour la RRS et la MATHyS étaient bien explicitées au téléphone. Les questionnaires BDI-II, BAI, STAI Y-A, WHOQOL-BREF, FFMQ et le consentement écrit étaient récupérés par voie postale ou par mail.

### **Pendant le programme MBCT**

A partir de la deuxième séance du programme MBCT, à la fin de chaque séance un papier était remis aux participants sur lequel figurait une question portant sur le nombre de jours au cours de la semaine passée pour lesquels ils avaient effectué les tâches à domicile

(voir Annexe 3). Après avoir inscrit le nombre de jours ils remettaient ensuite le papier à l'expérimentateur.

#### Après le programme MBCT

Lors de chaque entretien de suivi (juste après le programme, à 3 mois, à 6 mois, à 9 mois et à 12 mois) la démarche d'envoi et de recueil des questionnaires était identique à celle décrite plus haut. L'interrogatoire non dirigé et via le M.I.N.I. visait à repérer l'occurrence d'une rechute dépressive, maniaque ou hypomaniaque depuis la dernière évaluation. Il était demandé aux participants à quelle fréquence ils poursuivaient chaque type de pratiques de pleine conscience au cours des périodes entre chaque entretien (voir Annexe 4). Les éventuelles modifications de leur traitement médicamenteux étaient prises en compte à chaque rencontre. Au cours de la période de suivi si un participant ne pouvait être rencontré à l'occasion d'un entretien, un rendez-vous téléphonique était fixé pour recueillir la fréquence de poursuite des pratiques, l'évolution du traitement médicamenteux et détecter une rechute thymique. La cotation des questionnaires HDRS, YMRS et M.I.N.I. était réalisée au cours de l'entretien téléphonique tandis que les autres questionnaires BDI-II, BAI, STAI Y-A, WHOQOL-BREF et FFMQ étaient récupérés par voie postale ou par mail.

#### **Programme MBCT**

Le programme MBCT (voir Annexe 1) délivré aux participants suivait le protocole détaillé par les auteurs (5). Il consistait en la réalisation de huit séances de deux heures à deux heures et demi à un rythme hebdomadaire et proposait des pratiques de méditation de pleine conscience, des éléments de thérapie cognitive, ainsi que des aspects de psychoéducation sur la rechute dépressive et sa prévention. Le protocole initial a été adapté pour répondre aux besoins des patients ayant une bipolarité en incluant des aspects de psychoéducation pour la polarité maniaque. Grâce aux compétences acquises de pleine conscience les participants étaient invités à prendre conscience de leurs signes personnels annonciateurs de rechutes hypomaniaque et maniaque, ainsi que des réponses comportementales adaptées à effectuer lorsqu'ils les repèreraient. Une autre modification du programme original était l'absence d'une journée en pleine conscience entre les 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> séances qui n'a pas pu être réalisée par souci organisationnel. Une séance de rappel a eu lieu environ 5 mois après la fin du programme MBCT pour les deux groupes. Des fichiers



audio de pratiques de pleine conscience guidées étaient envoyés par mail aux participants après chaque séance afin qu'ils puissent les effectuer au domicile selon le protocole initial.

## **Evaluation**

### *Objectif principal*

L'évaluation consistait à comparer les scores à l'échelle de dépression BDI-II avant et juste après le programme MBCT. L'hypothèse était de retrouver une diminution des scores sur l'échelle lors de la visite juste après le programme par rapport à ceux avant le programme.

### *Objectifs secondaires*

L'évolution des scores à l'échelle BDI-II après le programme MBCT était observée et décrite. L'hypothèse était de retrouver une stabilité des scores, une persistance de l'effet jusqu'à la fin du programme.

La corrélation entre le nombre de jours de pratique de pleine conscience pendant le programme et les scores à l'échelle BDI-II lors de la visite juste après le programme MBCT était évaluée. L'hypothèse était que plus le nombre de jours de pratique est important plus le score de la BDI-II diminue.

Nous comparons les scores aux échelles suivantes entre l'entretien avant le programme et celui juste après le programme :

- HDRS, YMRS, BAI, STAI Y-A, RRS. L'hypothèse était de retrouver une diminution des scores sur ces échelles lors de la visite juste après le programme par rapport à ceux avant le programme.
- MATHyS. L'hypothèse était de retrouver une tendance plus marquée des scores vers 100 pour le score global et vers 20 pour le sous-score de la réactivité émotionnelle lors de la visite juste après le programme par rapport à ceux avant le programme.
- WHOQOL-BREF, FFMQ. L'hypothèse était de retrouver une augmentation des scores sur ces échelles lors de la visite juste après le programme par rapport à ceux avant le programme.

L'évolution des scores à ces échelles après le programme MBCT était observée et décrite. L'hypothèse était de retrouver une stabilité des scores, une persistance de l'effet jusqu'à la fin du programme.

La fréquence de la poursuite des pratiques après le programme était observée et décrite, ainsi que l'occurrence des rechutes thymiques et l'évolution du traitement médicamenteux.

### **Plan d'analyse statistique**

Les critères pour être pris en compte dans l'analyse statistique étaient la présence à quatre séances minimum du programme MBCT et pas plus de deux absences lors des entretiens de suivi afin de limiter les données manquantes.

#### *Analyses descriptives*

##### Variables qualitatives

Les résultats seraient présentés sous la forme :

- Effectif total (N), donne une idée indirecte du nombre de données manquantes
- Effectif absolu ou le nombre de cas (n) pour la modalité concernée
- Effectif relatif ou pourcentage ( $\% = n/N$ ) pour la modalité concernée

##### Variables quantitatives

Après vérification de la distribution :

- Si elles avaient une distribution non gaussienne, les résultats seraient présentés sous la forme : médiane (med), quartiles (Q1 et Q3), minimum (min) et maximum (max)
- Si elles avaient une distribution gaussienne, les résultats seraient présentés sous la forme : moyenne (m), écart-type (sd)

#### *Analyse comparative*

Comparaison des scores avant et après

Les scores (variables quantitatives) seraient comparés avant/après par un test de Student pour données appariées si les conditions d'application étaient réunies, et par un test de Wilcoxon pour données appariées dans le cas contraire. Une valeur de  $p < 0,05$  serait considérée comme statistiquement significative.

Afin d'éliminer le biais potentiel de l'effet de la modification d'un traitement antidépresseur sur l'évolution des scores BDI-II, une analyse complémentaire excluant les patients ayant eu une augmentation de leur antidépresseur pendant le programme MBCT serait effectuée.

#### Corrélation entre le nombre de jour et l'évolution du BDI-II

Le calcul et le test du coefficient de Pearson seraient effectués si les conditions d'utilisation étaient vérifiées. Dans le cas contraire, le calcul et le test du coefficient de Spearman serait effectué. Une valeur de  $p < 0,05$  serait considérée comme statistiquement significative.

#### Description de l'évolution des scores après le programme

Selon la forme des données, l'évolution des scores après le programme serait décrite en fonction du temps (visites juste après le programme, à 3 mois, à 6 mois, à 9 mois, à 12 mois) par une régression linéaire multiniveau. Si l'intervalle de confiance à 95% du coefficient ne comprenait pas la valeur de l'évolution minimale considérée comme cliniquement significative, les scores seraient considérés significativement stables après le programme.

Pour toutes les échelles l'évolution de score minimale considérée comme cliniquement significative représenterait 15% de l'étendue des scores possibles. Cette évolution minimale serait arrondie de manière à obtenir un nombre entier.

Evolution de score minimale considérée comme cliniquement significative :

- BDI-II : +9
- HDRS : +8
- YMRS : +9
- BAI : +9

- STAI Y-A : +9
- RRS :
  - Total : +10
  - Réflexion : +2
  - Ressassement : +2
- MATHyS :
  - Total : +/-15
  - Réactivité émotionnelle : +/-3
- WHOQOL-BREF :
  - Qualité de vie générale : -2
  - Physique : -15 (sur le score modifié sur 100)
  - Psychologique : -15 (sur le score modifié sur 100)
  - Relations sociales : -15 (sur le score modifié sur 100)
  - Environnement : -15 (sur le score modifié sur 100)
- FFMQ :
  - Observation : -5
  - Description de l'expérience : -5
  - Action en pleine conscience : -5
  - Non-réactivité aux événements privés : -5
  - Non-jugement : -5

Pour l'évolution des scores BDI-II, afin de limiter le biais lié aux modifications de posologie des traitements médicamenteux antidépresseurs, il serait effectué une analyse complémentaire excluant les patients ayant eu une augmentation de posologie de leur traitement antidépresseur à tout moment de la période du suivi.

## **RESULTATS :**

### **Participants inclus et présence aux séances et aux rencontres de suivi**

Au total dix-huit participants rencontrés lors de l'entretien préalable au programme étaient éligibles pour l'inclusion. Parmi eux trois participants n'ont finalement pas été inclus dans l'étude : deux participants n'ayant suivi aucune séance du programme MBCT (un pour emploi du temps incompatible et un pour raison inconnue) et un participant présentant une symptomatologie anxio-dépressive trop importante l'ayant contraint à n'assister qu'à deux séances. Sur les quinze participants ayant été pris en compte pour l'analyse statistique, quatorze ont complété entièrement le suivi et un n'a pas pu être rencontré lors de la visite à 12 mois pour cause de rechute dépressive. Sept étaient dans le premier groupe et huit étaient dans le second groupe.

Sur les quinze participants, six ont assisté à l'intégralité du programme, cinq ont manqué une seule séance, trois ont manqué deux séances et un était absent lors de trois séances. La séance de rappel a été suivie par sept participants : trois du premier groupe et quatre du second groupe.

Un seul participant a eu un entretien préalable au programme téléphonique. Tous les participants ont été rencontrés lors de l'évaluation juste après le programme MBCT. Pour l'évaluation à 3 mois deux participants n'ont pu être vus et ont été joints par téléphone. Lors de l'évaluation à 6 mois ils étaient deux. Trois participants ont été contactés par téléphone lors de l'évaluation à 9 mois et un seul lors de l'évaluation à 12 mois.

### **Caractéristiques des participants**

Les caractéristiques démographiques et cliniques des participants sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques et cliniques des participants (N=15)

Caractéristiques	n (%)
<b>Genre</b>	
Femmes	12 (80)
Hommes	3 (20)
<b>Âge</b>	
18 à 39 ans	2 (13,3)
40 à 64 ans	11 (73,3)
Plus de 65 ans	2 (13,3)
<b>Situation familiale</b>	
Célibataires	3 (20)
Marié(e)s/Vie commune/En relation	12 (80)
Divorcé(e)s	4 (26,7)
<b>Education</b>	
Etudes secondaires	2 (13,3)
Etudes supérieures	13 (86,7)
<b>Situation professionnelle</b>	
Etudiant(e)	1 (6,7)
Chômage/En arrêt	6 (40)
En activité	4 (26,7)
Temps plein	3 (20)
Temps partiel	1 (6,7)
Retraité(e)s	4 (26,7)
<b>Bipolarité</b>	
Type 1	5 (33,3)
Type 2	9 (60)
Type 3	1 (6,7)

<b>Âge du premier épisode dépressif</b>	
Moins de 16 ans	1 (6,7)
16 à 24 ans	5 (33,3)
Plus de 25 ans	6 (40)
Inconnu/Incertain	3 (20)
<b>Âge du premier épisode (hypo)maniaque</b>	
Moins de 16 ans	0 (0)
16 à 24 ans	4 (26,7)
Plus de 25 ans	5 (33,3)
Inconnu/Incertain	6 (40)
<b>Survenue du dernier épisode dépressif</b>	
Moins d'1 an	10 (66,7)
Entre 1 an et 3 ans	1 (6,7)
Plus de 3 ans	1 (6,7)
Inconnu/Incertain	3 (20)
<b>Survenue du dernier épisode (hypo)maniaque</b>	
Moins d'1 an	4 (26,7)
Entre 1 an et 3 ans	3 (20)
Plus de 3 ans	5 (33,3)
Inconnu/Incertain	3 (20)
<b>Traitement au moment de l'inclusion</b>	
Médicaments	14 (93,3)
Psychothérapie/Accompagnement/Soutien	15 (100)
<b>Traitements et interventions précédents</b>	
Médicaments	15 (100)
Psychothérapie/Accompagnement/Soutien	15 (100)
Education thérapeutique	9 (60)
<b>Hospitalisations</b>	
Jamais hospitalisé(e)s	5 (33,3)
Déjà hospitalisé(e)s	10 (66,7)
Sous contrainte	2 (13,3)

Comorbidités	
Axe 1	2 (13,3)
Axe 2	2 (13,3)
Histoire d'abus/dépendance à des substances	1 (6,7)

*N* représente l'effectif total  
*n* représente le nombre de cas  
 % représente le taux

### Description des scores aux différentes échelles

Les scores aux différents questionnaires sur la totalité du suivi sont décrits dans le Tableau 2 (voir Annexe 5).

### Evolution des scores aux échelles entre avant et après le programme MBCT

Le Tableau 3 présente l'évolution des scores aux échelles entre l'évaluation avant le programme et celle juste après.

Tableau 3 : Evolution des scores avant/après le programme MBCT

Variable	N	Avant†	Après†	Evolution‡§	p	
<b>BDI-II</b>	<b>15</b>	<b>20 (12 ; 29)</b>	<b>10 (5 ; 16)</b>	<b>-8,5 [-12,5 ; -4,6]</b>	<b>0,002</b>	<b>***</b>
HDRS	15	8 (6 ; 11)	4 (2 ; 7)	-3,5 [-5,8 ; -1,1]	0,012	**
YMRS	15	0 (0 ; 4)	2 (0 ; 5)	+0,9 [-0,5 ; +2,2]	0,249	
BAI	15	14 (7 ; 17)	7 (2 ; 12)	-4,7 [-9,2 ; -0,3]	0,057	*
STAI Y-A	15	46 (32 ; 69)	34 (26 ; 43)	-12,7 [-21,6 ; -3,7]	0,006	***
RRS Total	15	55 (53 ; 65)	57 (53 ; 67)	+0,2 [-4,3 ; +4,7]	0,909	
RRS Réflexion	15	10 (8 ; 13)	11 (8 ; 13)	-0,3 [-1,6 ; +1,0]	0,357	
RRS Ressassement	15	13 (10 ; 16)	13 (10 ; 16)	-0,5 [-2,5 ; +1,5]	0,627	
WHOQOL Général	15	5 (5 ; 8)	8 (5 ; 9)	+1,1 [+0,1 ; +2,1]	0,060	*
WHOQOL Physique	15	50 (32 ; 64)	68 (43 ; 71)	+10,7 [+3,4 ; +18,0]	0,008	***
WHOQOL Psycho	15	46 (25 ; 58)	63 (46 ; 75)	+16,4 [+8,3 ; +24,5]	0,002	***
WHOQOL Relations	15	50 (33 ; 67)	58 (33 ; 75)	+3,3 [-3,4 ; +10,0]	0,251	
WHOQOL Environmt	15	66 (47 ; 72)	72 (66 ; 78)	+5,8 [+0,3 ; 11,4]	0,059	*



FFMQ Observation	15	24 (23 ; 34)	30 (28 ; 35)	+4,8 [+2,6 ; +6,9]	0,001	***
FFMQ Description	15	24 (19 ; 30)	25 (20 ; 33)	+1,9 [-0,2 ; +4,1]	0,104	
FFMQ Action	15	24 (18 ; 29)	26 (21 ; 34)	+2,9 [+0,3 ; +5,4]	0,049	**
FFMQ Non-réact	15	15 (12 ; 17)	20 (19 ; 23)	+4,8 [+2,1 ; +7,5]	0,005	***
FFMQ Non-jug	15	21 (16 ; 29)	26 (21 ; 32)	+5,5 [+1,3 ; +9,6]	0,012	**
MAThyS TotalIII	15	4 (2 ; 10)	5 (2 ; 9)	+0,27 [-5,8 ; +6,4]	0,754	
MAThyS Réactivité¶	15	4 (2 ; 11)	2 (0 ; 6)	-1,6 [-4,7 ; +1,5]	0,104	

† Médiane (1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> quartiles)

‡ Estimation de l'écart moyen [IC95%]

§ Etant donné la structure des données et l'effectif de l'échantillon, un test non paramétrique a été privilégié ; il s'agit du test de Wilcoxon pour données appariées

|| Ecart absolu à la norme, avec norme = 100

¶ Ecart absolu à la norme, avec norme = 20

\*\*\* Evolution très significative ; \*\* significative ; \* à la limite de la significativité

### Objectif principal

Une diminution statistiquement significative du score BDI-II entre le début et la fin du programme MBCT a été montrée, avec un écart moyen de -8,5 points (IC95% [-12,5 ; -4,6]) et p=0,002.

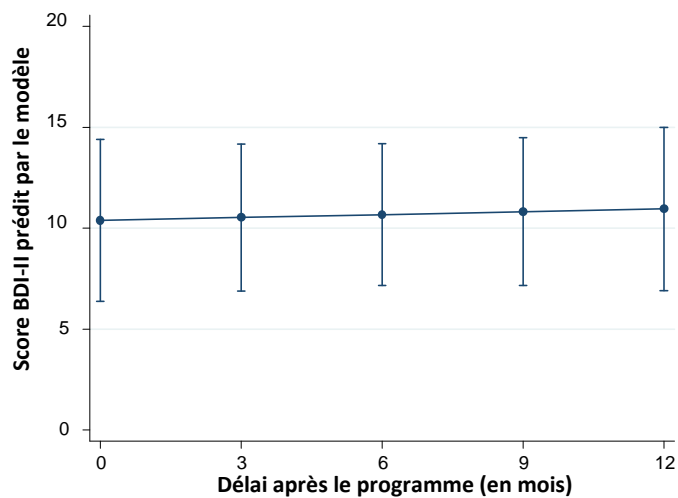
L'analyse complémentaire excluant les trois patients ayant eu une posologie d'antidépresseur augmentée pendant le programme MBCT a montré des résultats concordants avec ceux de l'analyse sur l'échantillon complet. L'écart moyen était de -8 (IC95% [-11 ; -3,5]) avec p=0,008.

### Evolution des scores aux échelles après le programme MBCT

#### BDI-II

La Figure 1 représente l'évolution prédite des scores BDI-II au cours de la période de suivi après le programme.

Figure 1 : Evolution prédite des scores BDI-II après le programme MBCT



L'évolution du score BDI-II était en moyenne de +0,05 (IC95% = [-0,3 ; +0,4]) par mois. Pour un an, cette évolution était de +0,57 (IC95% [-3,4 ; +4,5]) points de score, prédite par un modèle de régression linéaire pour mesures répétées. Cette évolution était significativement différente de l'évolution considérée comme cliniquement significative (9 points).

L'analyse complémentaire excluant les six participants ayant eu une augmentation de posologie de leur antidépresseur à tout moment du suivi a montré des résultats concordants avec ceux de l'analyse sur l'échantillon complet. L'évolution du score BDI-II prédite était en moyenne de -0,65 (IC95% [-4,98 ; +3,7] pour un an.

La Figure 2 (voir Annexe 6) présente l'évolution médiane et moyenne des scores BDI-II après le programme.

#### *Autres échelles*

Le Tableau 4 présente l'évolution des scores des différentes échelles au cours de l'année suivant le programme.

Tableau 4 : Evolution des scores des différentes échelles après le programme MBCT

<b>Variable</b>	<b>Evolution†</b>	<b>IC95%</b>	<b>Seuil‡</b>	
BDI-II	+0,57	-3,36 ; +4,51	+9	*
HDRS	+1,76	-0,57 ; +4,08	+8	*
YMRS	-0,48	-2,22 ; +1,26	+9	*
BAI	-0,98	-4,10 ; +2,13	+9	*
STAI Y-A	+5,27	-0,79 ; +11,34	+9	
RRS Total	-10,23	-16,18 ; -4,28	+10	*
RRS Ref	-1,58	-2,83 ; -0,33	+2	*
RRS Ress	-2,40	-4,00 ; -0,80	+2	*
WHOQOL Gén	-1,09	-1,93 ; -0,25	-2	*
WHOQOL Phy	-4,40	-11,75 ; +2,95	-15	*
WHOQOL Psy	-5,87	-13,0 ; +1,29	-15	*
WHOQOL Rel	-2,87	-11,33 ; +5,58	-15	*
WHOQOL Env	-0,47	-5,59 ; +4,65	-15	*
FFMQ Obs	-2,6	-4,5 ; -0,71	-5	*
FFMQ Desc	+0,43	-1,57 ; +2,42	-5	*
FFMQ Act	-0,001	-2,17 ; +2,17	-5	*
FFMQ Non-réact	-1,49	-3,63 ; +0,66	-5	*
FFMQ Non-jug	+1,14	-2,15 ; +4,43	-5	*
MAThYS TotalIII	+0,90	-4,52 ; +6,32	+/-15	*

MAThYS Réac¶	-0,27	-2,27 ; +1,74	+/-3	*
--------------	-------	---------------	------	---

† En points de score, prédite par un modèle de régression linéaire multiniveau, pour 1 an

‡ Seuil défini arbitrairement comme cliniquement signifiant  
II Ecart absolu à la norme, avec norme = 100

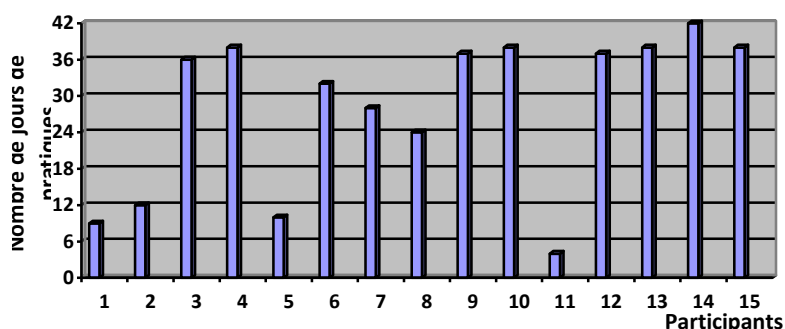
¶ Ecart absolu à la norme, avec norme = 20

\* Evolution annuelle significativement différente du seuil défini

### Observance des pratiques pendant le programme MBCT

L'observance des pratiques formelles à domicile par les participants lors du programme est présentée dans la Figure 2.

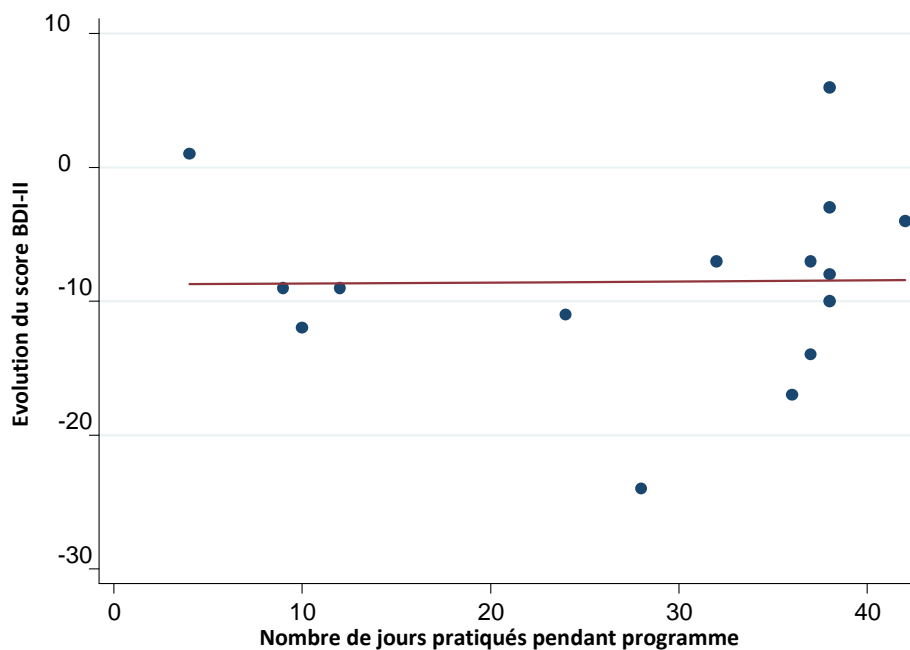
Figure 3 : Nombre de jours de pratiques formelles à domicile pendant le programme MBCT



### Lien entre le nombre de jours de pratique pendant le programme et l'évolution des scores BDI-II

La corrélation entre le nombre de jours de pratique pendant le programme et l'évolution des scores à l'échelle BDI-II entre l'évaluation avant le programme MBCT et celle juste après est présentée dans la Figure 3.

Figure 4 : Evolution du score BDI-II en fonction du nombre de jours de pratique pendant le programme MBCT



Dans l'échantillon l'évolution du score BDI-II allait dans le sens d'une augmentation en fonction du nombre de jours de pratiques (coefficient de Spearman = 0,28) mais cette association n'était pas significative ( $p = 0,31$ ).

### Rechutes thymiques

Quatre participants (27%) ont connu au moins une rechute thymique au cours de la période de suivi, dont deux ayant rechuté deux fois. Une participante ayant une bipolarité de type 1 n'a pu être évaluée lors de l'entretien des 12 mois du fait d'une rechute dépressive ayant suivi un épisode maniaque après inobservance d'une molécule thymorégulatrice entre les entretiens des 9<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois. Un participant ayant une bipolarité de type 3 a eu une rechute dépressive après l'arrêt d'un traitement antidépresseur sur avis de son psychiatre entre les entretiens des 6<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois, puis une rechute hypomaniaque après la reprise de celui-ci entre les entretiens des 9<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois. Une participante ayant une bipolarité de type 2 a présenté une rechute dépressive entre les entretiens des 9<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois. Un participant ayant une bipolarité de type 1 a été hospitalisé entre les entretiens des 6<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois pour une rechute dépressive.

## **Evolution du traitement médicamenteux et non médicamenteux**

### Traitement médicamenteux

#### *Traitement antidépresseur*

Douze participants (80%) avaient un traitement antidépresseur prescrit avant le programme MBCT. Parmi eux, à la fin de la période de suivi, quatre (33%) n'avaient plus d'antidépresseur prescrit, deux (17%) avaient une posologie réduite, un (8%) avait une posologie inchangée et cinq (42%) avaient une posologie augmentée. Aucun traitement antidépresseur n'a été introduit au cours de la période de suivi pour les trois participants qui n'en avaient pas avant le programme. Au cours du programme MBCT, trois participants ont eu une posologie d'antidépresseur augmentée, dont un ayant eu une introduction.

#### *Traitement thymorégulateur*

Douze participants (80%) avaient un traitement thymorégulateur prescrit avant le programme MBCT. Parmi eux, à la fin de la période de suivi, cinq (42%) avaient une posologie réduite de thymorégulateur dont trois en bithérapie initialement ayant eu une molécule arrêtée, quatre (33%) avaient une posologie inchangée, trois (25%) avaient une posologie augmentée dont deux ont eu un ajout de molécule à un moment du suivi (un en bithérapie et un en switch). Aucun traitement thymorégulateur n'a été introduit au cours de la période de suivi pour les trois participants qui n'en avaient pas avant le programme.

#### *Traitement anxiolytique*

Parmi tous les participants, six (40%) n'avaient aucun traitement anxiolytique lors de la première rencontre, dont un ayant eu une introduction au cours de la période de suivi puis un arrêt et cinq n'ayant eu aucune introduction. A la fin de la période de suivi, quatre (27%) participants qui avaient eu une prescription d'anxiolytiques au cours du suivi n'en avaient plus de prescrits, deux (13%) avaient une posologie diminuée, deux (13%) avaient une posologie inchangée dont un ayant eu une posologie d'abord diminuée puis réaugmentée, et un (7%) avait une posologie augmentée.

#### *Traitement hypnotique*

Onze (73%) participants ont débuté et terminé la période de suivi sans traitement hypnotique, dont deux ayant eu une introduction au cours du suivi, puis un arrêt de la

molécule. Deux (13%) participants ont arrêté leur traitement hypnotique et deux (13%) ont eu une posologie augmentée.

#### Traitement non médicamenteux

Tous les participants ont maintenu leur suivi habituel avec leur psychiatre traitant. Avant l'étude trois participants bénéficiaient d'une psychothérapie individuelle avec un psychothérapeute ; ils l'ont maintenue tout au long du suivi. Parmi eux, une patiente a suivi des séances de sophrologie après avoir effectué le programme MBCT.

#### Poursuite des pratiques après le programme

La poursuite des pratiques de pleine conscience lors de la période de suivi sont décrites dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Poursuite des pratiques de pleine conscience après le programme par les participants (N=15)

	Espace de respiration n (%)	Pratique formelle assise ou couché n (%)	Pratique en mouvements ou étirements n (%)	Marche consciente n (%)	Activités du quotidien ou moments informels n (%)
Entre fin du programme et entretien du 3 <sup>ème</sup> mois					
Aucune pratique	10 (66,7)	10 (66,7)	12 (80)	8 (53,3)	3 (20)
Au moins une fois par semaine	5 (33,3)	2 (13,3)	0 (0)	3 (20)	3 (20)
Au moins 3 fois par semaine	0 (0)	3 (20)	3 (20)	4 (26,7)	9 (60)

Entre les entretiens des 3 <sup>ème</sup> et 6 <sup>ème</sup> mois					
Aucune pratique	7 (46,7)	13 (86,7)	9 (60)	12 (80)	1 (6,7)
Au moins une fois par semaine	3 (20)	2 (13,3)	3 (20)	1 (6,7)	4 (26,7)
Au moins 3 fois par semaine	5 (33,3)	0 (0)	3 (20)	2 (13,3)	10 (66,7)
Entre les entretiens des 6 <sup>ème</sup> et 9 <sup>ème</sup> mois					
Aucune pratique	8 (53,3)	14 (93,3)	10 (66,7)	12 (80)	4 (26,7)
Au moins une fois par semaine	3 (20)	1 (6,7)	4 (26,7)	1 (6,7)	1 (6,7)
Au moins 3 fois par semaine	4 (26,7)	0 (0)	1 (6,7)	2 (13,3)	10 (66,7)
† Entre les entretiens des 9 <sup>ème</sup> et 12 <sup>ème</sup> mois					
Aucune pratique	7 (50)	12 (85,7)	6 (42,9)	9 (64,3)	4 (28,6)
Au moins une fois par semaine	3 (21,4)	1 (7,1)	3 (21,4)	1 (7,1)	0 (0)
Au moins 3 fois par semaine	4 (28,6)	1 (7,1)	5 (35,7)	4 (28,6)	10 (71,4)

*N représente l'effectif total*

*n représente le nombre de cas*

*% représente le taux*

*† sur un effectif total de 14*



## **DISCUSSION :**

### **Evolution avant/après programme MBCT**

Cette étude préliminaire valide l'hypothèse principale en montrant une diminution immédiate statistiquement très significative des symptômes résiduels dépressifs mesurés par l'échelle BDI-II entre les visites avant et après le programme MBCT délivré à un échantillon de patients ayant un trouble bipolaire en période inter-critique. La sévérité des symptômes dépressifs mesurée par la HDRS était aussi réduite. Il est important de souligner que l'imputabilité du programme MBCT dans cette amélioration n'est pas démontrée dans cette étude du fait de ses limites méthodologiques et l'absence de groupe contrôle. Elle confirme cependant des résultats obtenus par d'autres auteurs (16, 17, 19, 40, 41). Parmi toutes les études évaluant la pleine conscience dans la bipolarité une seule ne montrait aucun changement significatif sur les scores de dépression après l'intervention (42).

Concernant l'anxiété-état mesurée par le STAI Y-A, elle montrait une réduction immédiate très significative après le programme MBCT. Une étude contrôlée retrouvait également des scores sur la STAI inférieurs dans le groupe suivant le programme par rapport à celui suivant son traitement habituel (15). Les autres études existantes s'intéressaient davantage aux manifestations physiques de l'anxiété par l'échelle BAI et confirmaient les résultats de la présente étude avec une diminution à la limite de la significativité après l'intervention (16-17), mais il existait un score inférieur significatif lorsque les données étaient comparées avec celles de patients d'une liste d'attente ne recevant pas l'intervention (16). Ces résultats sont en faveur d'un effet protecteur de la MBCT sur l'anxiété dans le trouble bipolaire, et suggèrent une action plus importante au niveau du vécu émotionnel que sur la dimension physique. L'absence de diminution significative sur la BAI peut encore être expliquée par le fait que les scores étaient en moyenne bas dans les études dès la première évaluation et qu'un effet du programme dans le sens d'une diminution était alors moins marqué.

L'hypothèse de diminution immédiate de la fréquence des ruminations après le programme MBCT n'a pas été validée dans cette étude, tant sur le score total que sur les sous-échelles réflexion et ressassement de la RRS. Une des raisons pouvant expliquer cela est que la RRS est étroitement liée à l'humeur négative puisqu'elle demande aux patients la

fréquence de survenue de types de ruminations lorsqu'ils se sentent tristes, découragés ou déprimés, sans prendre en compte la fréquence de ces états d'humeur. Cette étude n'est donc pas en faveur d'une diminution de la fréquence des ruminations lors de périodes d'humeur négative mais elle n'évalue pas la tendance à ruminer générale. Une deuxième hypothèse est liée au mécanisme d'action de la pleine conscience, à savoir l'apprentissage d'une gestion différente du matériel interne négatif, ici la rumination, plus que chercher à réduire sa fréquence d'apparition. Or ce questionnaire n'évalue pas les capacités des patients à faire face aux ruminations. Cet aspect est cependant évalué par les sous-échelles Non-réactivité et Non-jugement de la FFMQ dont les scores étaient nettement améliorés après le programme MBCT. On peut donc interpréter ces résultats par le fait que la fréquence de survenue des ruminations lorsque les patients ayant une bipolarité expérimentent une humeur triste est inchangée, mais qu'ils les gèrent mieux, se laissant moins emporter et étant moins critiques envers eux-mêmes et leur expérience. La tendance au jugement et à la réactivité était retrouvée réduite de façon significative pour certains auteurs (19, 40) tandis que d'autres ne montraient pas de différence significative lorsqu'elle était mesurée avec le Kentucky Inventory of Mindfulness Skills KIMS (42).

Nous avons obtenu des résultats encourageants pour la réactivité émotionnelle mesurée par la MATHyS. Celle-ci s'est rapprochée en moyenne de celle représentant l'état de base des participants, mais de façon non significative. Une précédente étude non contrôlée confortait ces résultats en montrant de meilleures capacités de régulation émotionnelle évaluée par l'Emotion Reactivity Scale ERS jusqu'à trois mois après un programme MBCT (19). Cela était également retrouvé de façon significative dans une étude contrôlée par un groupe liste d'attente de patients ayant une bipolarité lorsqu'elle était évaluée par la Difficulties in Emotion Regulation Scale DERS (43). Il est à relever que la MATHyS demande aux patients d'évaluer leur état au cours de la semaine passée en le comparant à ce qu'ils estiment être leur état de base, habituel. Cet état de base est subjectif et ne constitue donc pas nécessairement leur « norme » ni le meilleur état pour lequel les patients auraient les capacités d'adaptation et de régulation émotionnelle optimales. L'évaluation de la réactivité émotionnelle pourrait donc être biaisée.

## **Evolution des scores au cours de la période de suivi de douze mois**

Parmi tous les paramètres qui avaient été améliorés entre avant et juste après le programme MBCT de façon très significative (BDI-II, STAI, WHOQOL-BREF Physique et Psychologique, FFMQ Observation et Non-réactivité) et significative (HDRS, FFMQ Action et Non-jugement), tous s'étaient maintenus en deçà de l'évolution clinique considérée comme significative, sauf la STAI. Il faut rappeler que ce seuil de significativité clinique a été fixé arbitrairement à 15% de l'étendue des scores de chaque questionnaire et qui peut être élevé pour certains paramètres. Une seule étude avait une période de suivi similaire et était contrôlée par un groupe de patients ayant une maladie bipolaire recevant leur traitement habituel. Elle ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes pour les symptômes dépressifs mais retrouvait une diminution significative de l'anxiété-état ainsi qu'une tendance à la diminution de la rumination pour le groupe ayant suivi le programme MBCT (15). Ces résultats suggèrent la persistance d'un effet après un programme MBCT sur une période d'un an.

L'absence de résultat significatif concernant l'anxiété-état est à mettre en relation avec la diminution globale de la prise d'anxiolytique au cours de la période de suivi. L'étude montrait que les patients avaient moins eu besoin d'une anxiolyse médicamenteuse après le programme. L'étude de Perich et al. suggérait une réduction de l'anxiété à un an de suivi par rapport au groupe contrôle (15). L'étude a montré une stabilité de la réactivité émotionnelle en écart absolu par rapport à l'état de base des participants au cours de l'année suivant le programme MBCT. Elle suggérait même une tendance à la diminution de cet écart absolu selon le modèle de régression linéaire. Cette observation, bien que nécessitant validation dans d'autres études contrôlées, a un intérêt clinique au regard des mécanismes de rechute thymique bipolaire (voir Annexe 2). Il persiste cependant les limites liées au questionnaire MATHyS exposées plus haut.

## **Pratiques pendant et après le programme et évolution du score BDI-II**

Cette étude n'a pas montré de corrélation significative entre le nombre de jours pour lesquels les patients se sont investis dans la pratique et l'évolution du score BDI-II juste après le programme MBCT. Un facteur pouvant limiter l'interprétation de ce résultat est le score de départ avant le programme. Moins les scores sont élevés au départ, moins la diminution

peut être marquée et vice-versa. Dans cette étude il était mesuré la quantité des pratiques effectuées hors la qualité est peut-être davantage en jeu, mais semble difficile à évaluer dans un protocole. Jusqu'à présent une seule étude s'était intéressée à l'impact de la quantité des pratiques sur les symptômes dépressifs et l'anxiété dans la maladie bipolaire. Celle-ci obtenait un résultat similaire pour les paramètres d'anxiété et de symptômes dépressifs évalués juste après le programme, ne montrant pas de corrélation significative. Elle retrouvait par contre qu'un nombre plus important de jours de pratique pendant le programme était associé à des scores de dépression évaluée par l'hétéro-questionnaire Montgomery-Asberg Depression Rating Scale MADRS plus faibles à 12 mois après le programme. Une tendance à la diminution était montrée sur l'auto-questionnaire de dépression DASS (15).

Le lien entre la poursuite des pratiques pendant le programme et l'évolution des scores aurait pu être évalué dans la présente étude. L'étude de Perich ne retrouvait pas de différence significative sur les scores d'anxiété, de dépression et de pleine conscience à un an de suivi entre les patients continuant à pratiquer et ceux ayant arrêté (15).

Le lien entre la quantité des pratiques de pleine conscience effectuées et l'amélioration des paramètres psychiatriques reste incertain comme le retrouvait une revue de la littérature qui soulignait la disparité entre les preuves cliniques et le savoir empirique (44).

### **Evolution du traitement médicamenteux, non médicamenteux et rechutes thymiques**

Cette étude est la première à prendre en compte l'évolution du traitement médicamenteux des patients ayant une bipolarité jusqu'à un an après un programme MBCT. Elle relevait une diminution générale de la prescription et consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques au cours du suivi, avec seulement un participant ayant eu une posologie d'anxiolytique augmentée et deux participants ayant une posologie d'hypnotique augmentée à la fin du suivi d'un an. Cette observation permet d'affiner les résultats encourageants obtenus sur le niveau d'anxiété en authentifiant l'absence d'augmentation du recours aux traitements médicamenteux symptomatiques pour obtenir ces résultats.

Les analyses complémentaires sur le critère de jugement principal excluant les patients ayant eu une posologie d'antidépresseur augmentée pendant le programme MBCT ou le suivi post-programme n'a pas montré de résultats différents de ceux obtenus avec l'analyse sur l'échantillon complet. Ce biais de confusion n'était pris en compte que dans deux études (19, 41).

Trois participants ont reçu une psychothérapie concomitante durant toute la période de l'étude, dont une ayant suivi également des séances de sophrologie après le programme MBCT. Ces interventions sont susceptibles de représenter un biais de confusion et interférer avec les résultats obtenus et leur interprétation.

L'évaluation de la MBCT dans la prévention des rechutes thymiques bipolaires ne représentait pas un objectif principal du fait d'une part de l'absence de groupe contrôle et du petit effectif, et d'autre part de la durée de suivi d'un an trop courte pour avoir un regard à long terme. Nous avons imputé quatre rechutes thymiques à une modification du traitement médicamenteux antidépresseur ou thymorégulateur pour deux patients. Une avait arrêté d'elle-même un thymorégulateur juste avant une rechute maniaque ayant nécessité une hospitalisation qui avait été suivie d'une rechute dépressive. Un autre patient a présenté une rechute dépressive après l'arrêt de la prescription d'un traitement antidépresseur par son psychiatre, puis une phase hypomaniaque à la reprise de celui-ci. Ces observations peuvent s'expliquer par les mécanismes de rechutes spécifiques à la bipolarité avec des composantes biologiques prépondérantes (voir Annexe 2). Un déséquilibre biologique dû à la modification d'un traitement de fond antidépresseur ou thymorégulateur peut entraîner une rechute thymique, sans effet protecteur de la pleine conscience. D'autres études contrôlées avec des périodes de suivi de plusieurs années sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité de la pleine conscience dans la prévention de la rechute thymique bipolaire.

Une patiente a présenté une rechute dépressive que nous avons imputée à un facteur extérieur environnemental à l'impact émotionnel extrême. Nous avons également relevé une limite et énonçons une mise en garde quant à l'application de la pleine conscience dans la bipolarité à travers l'expérience d'un participant ayant une bipolarité de

type 1. Celui-ci avait la croyance que la pleine conscience allait le protéger de toute rechute ultérieure. Il s'est investi de façon très intensive dans une pratique pluri-quotidienne et décrivait un bien-être, une sensation de stabilité qui n'avait pas été expérimentée depuis des années. Quatre à cinq mois après le programme il a commencé à se couper de tout ce qui pourrait interférer avec ce calme et à s'isoler socialement. Entre les entretiens du 6<sup>ème</sup> et du 9<sup>ème</sup> mois ce patient a été hospitalisé pour une rechute dépressive. La pleine conscience ne lui a pas permis de prendre conscience des signes précurseurs de rechute dépressive au moment où ils sont survenus. Il a connu au contraire un écueil de la pratique, s'en servant comme une fuite de tout ce qui pouvait le déranger dans le monde extérieur, sans avoir conscience de ce fonctionnement. Après la rémission de l'épisode il a confié qu'il avait déjà adopté un fonctionnement similaire lorsqu'il avait une vingtaine d'années, s'étant très investi dans la pratique et très isolé. La réalité d'une rechute maniaque ou mixte survenue avant la rechute dépressive est à discuter devant l'hyper-investissement dans cette pratique, le retentissement socio-professionnel et la sensation de bien-être contrastée avec un sentiment de solitude même si le patient ne présentait pas de signes d'accélération psychomotrice. Cette situation souligne l'importance d'une vigilance avec la poursuite d'un suivi rapproché et du maintien de l'équilibre des rythmes biologiques et sociaux après un programme enseignant la pleine conscience ; cela étant peut-être encore plus décisif dans la bipolarité de type 1.

### **Conclusion et perspectives de recherche**

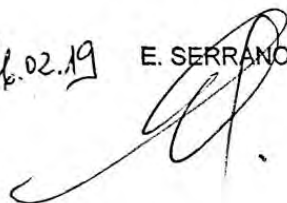
L'intégration des principes de pleine conscience est très personnelle et les bénéfices potentiels à long-terme sont déterminés par une régularité des pratiques (18). Le suivi d'un programme MBCT ne saurait prodiguer les effets espérés sans motivation ni participation active des participants, ni désir de poursuivre l'exploration de la pratique après celui-ci. Ceci représente un biais difficile à mesurer au cours d'une étude et peut sous-estimer l'efficacité de l'intervention.

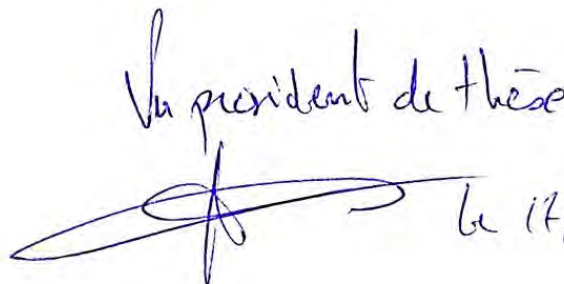
La présente étude est en faveur de la faisabilité de la délivrance d'un programme MBCT à la population bipolaire. Onze participants sur quinze ont effectué les pratiques formelles au moins trois fois par semaine durant le programme. Les pratiques se sont ensuite déplacées sur un versant informel pour la majorité des participants. Elle montre des

résultats encourageants concordants avec ceux d'autres études prospectives de type avant-après avec une réduction des symptômes dépressifs et de l'anxiété après l'intervention. Le lien de causalité avec le programme MBCT n'est cependant pas démontré dans cette étude compte tenu des limites méthodologiques, l'absence de groupe-contrôle. Le cas d'un participant s'étant réfugié dans la pratique en s'isolant de son environnement appelle à la vigilance et soulève la question des effets indésirables potentiels de la pratique dans la population bipolaire. Nous n'avons cependant pas retrouvé de différence significative dans les scores de manie entre les évaluations avant et après le programme, ni d'augmentation au cours du suivi. Il apparaît nécessaire de recenser d'autres expériences d'effets indésirables au sein d'autres études.

Une récente méta-analyse compilant les données de trois études randomisées contrôlées ne retrouvait pas de différence significative entre les participants ayant une bipolarité recevant un programme MBCT et ceux de groupes contrôles inactifs sur l'anxiété et les symptômes résiduels dépressifs (23). L'effet des interventions de pleine conscience sur le cours de la maladie bipolaire reste encore incertain. Il est nécessaire de conduire de nouveaux essais cliniques contrôlés randomisés avec des groupes contrôles actifs. Nous proposons une étude à trois bras comprenant un groupe suivant le programme MBCT, un groupe contrôle actif de psychoéducation sur la bipolarité et un groupe contrôle recevant la prise en charge habituelle. L'effet potentiel sur les rechutes thymiques ne pourra être évalué qu'à condition d'avoir une période d'observation de plusieurs années.

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
De Médecine Rangueil

26.02.19 E. SERRANO  


Vu président de thèse  
  
le 17/02/19.

Professeur Christophe ARBUS  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE  
ET PSYCHOLOGIE APPLICÉE  
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne  
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9  
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 1000502555

## Bibliographie

1. Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
2. Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
3. Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
4. Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192–200.
5. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
6. Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.
7. Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullen, E. & Teasdale, J. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 6, 966-978.
8. Gitlin MJ, Swendsen J, Heller TL, Hammen C (1995), Relapse and impairment in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 152:1635-1640.
9. De Dios, C., Ezquiaga, E., Garcia, A., Soler, B., Vieta, E., 2010. Time spent with symptoms in a cohort of bipolar disorder outpatients in Spain: a prospective 18-month follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 125, 74–81.



10. Joffe RT, MacQueen GM, Marriott M, Young TL. A prospective, longitudinal study of percentage of time spent ill in patients with bipolar I or bipolar II disorders. *Bipolar Disorders* 2004; 6: 62–66.
11. Post RM, Denicoff KD, Leverich GS, Altshuler LL, Frye MA, Suppes TM, Rush AJ, Keck PE Jr, McElroy SL, Luckenbaugh DA, Pollio C, Kupka R, Nolen WA: Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:680–690.
12. Paykel ES, Abbott R, Morriss R, Hayhurst H, Scott J: Sub-syndromal and syndromal symptoms in the longitudinal course of bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2006; 189:118–123.
13. Perlis RH, Ostacher MJ, Patel JK, et al. Predictors of recurrence in bipolar disorder: primary outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) *Am J Psychiatry*. 2006;163:217–24.
14. Miklowitz DJ. Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: state of the evidence. *Am J Psychiatry*. 2008;165:1408–19.
15. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2013;127(5):333–343.
16. Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJV, Duggan DS, Goodwin GM. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*. 2008;107:275–279.
17. Miklowitz D, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJV, Dimidjian S, Williams JMG. A pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2009;2:373–382.
18. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR. The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2013;51(7):338–343.

19. Deckersbach T, Holzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, Nierenberg AA. Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. 2012;18(2):133–141.
20. Howells FM, Laurie Rauch HG, Ives-Deliperi VL, et al. Mindfulness based cognitive therapy may improve emotional processing in bipolar disorder: pilot ERP and HRV study. *Metab Brain Dis* 2014;29:367–75.
21. Bojic, S. & Becerra, R. (2017). Mindfulness-based treatment for Bipolar Disorder: A systematic review of the literature. *Europe's Journal of Psychology*, 13(3), 573–598, doi:10.5964/ejop.v13i3.1138.
22. Lovas, D. & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 240, 247-261. doi: 10.1016/j.jad.2018.06.017. Epub 2018 Jul 6.
23. Chu, C., Stubbs, B., Chen, T., Tang, C., Li, D., Yang, W., Wu, C., Carvalho, A., Vieta, E., Miklowitz, D., Tseng, P., & Lin, P. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 1, 225, 234-245. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.025. Epub 2017 Aug 16.
24. Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Amorim, P. & Janavs, J. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview 976 R. C. Kessler and others (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 59, 22–33.
25. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, et al. (1997) The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry* 12: 224–231.
26. Young RC, Biggs JT, Ziegler V, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-435
27. Favre S, Aubry JM, Gex Fabry M, Ragama Pardos E, McQuillan A, Bertschy G: Traduction et validation française de l'échelle de manie de Young (YMRS). *Encéphale*. 2003, 29: 499-505.

28. Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1996). Beck Depression Inventory II manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
29. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosur Psychiatry*.1960;23.
30. Hamilton, M. (1967) Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br. J. Sot. C/in. Psycho/*. 6, 278-296.
31. Guelfi JD. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1. Psychopathologie générale, dépression, anxiété et anxiodépression. Boulogne : Éditions Médicales Pierre Fabre, 1996.
32. Beck, A. T., and Steer, R. A. (1993a). Manual for the Beck Anxiety Inventory. Psychological Corporation, San Antonio.
33. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR, Jacobs GA: Manual for the State-trait Anxiety Inventory (Form Y Self-evaluation Questionnaire). 1983, Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA.
34. Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247–259.
35. Miranda, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidality at one-year follow up in a community sample. *Behavior Research and Therapy*, 45, 3088–3095.
36. Henry C, M'Bailara K, Mathieu F, Poinot R, Falissard B. Construction and validation of a dimensional scale exploring mood disorders: MATHyS (Multidimensional Assessment of Thymic States) *BMC Psychiatry*. 2008;8:82.
37. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*.1998. pp. 1569–1585.
38. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13:27–45.

39. Heeren, A., Douilliez, C., Peschard, V., Debrauwere, L., and Philippot, P. (2011). Cross-cultural validity of the five facets mindfulness questionnaire: adaptation and validation in a French-speaking sample. *Eur. Rev. Appl. Psychol.* 61, 147–151.
40. Van Dijk S, Jeffrey J, Katz MR. A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *J Affect Disord* 2010; 145:386–393.
41. Kenny, M. A., & Williams, J. M. G. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 617–625.
42. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry JM. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a feasibility trial. *European Psychiatry*. 2010; 25(6):334–337.
43. Ives-Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N. The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: a controlled functional MRI investigation. *J Affect Dis.* 2013;150:1152–1157.
44. Vettese LC, Toneatto T, Stea JN, Nguyen L, Wang JJ. 2009. Do mindfulness meditation participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *J. Cogn. Psychother.* 23:198–225
45. Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
46. Monroe SM, Harkness KL: Life stress, the “kindling” hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychol Rev* 2005; 112:417–445.
47. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–625.

48. Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 31–40.
49. Bender RE, Alloy LB (2011): Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clin Psychol Rev 31*:383–398.
50. Sylvia LG, Alloy LB, Hafner JA, Gauger MC, Verdon K, Abramson LY (2009). Life events and social rhythms in bipolar spectrum disorders: a prospective study. *Behav Ther 40*: 131–141.
51. Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review, 25*, 1008–1027.
52. Shen GHC, Alloy LB, Abramson LY, Grandin LD. Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar Disorders. 2008; 10*:520–529.
53. Grandin LD, Alloy LB, Abramson LY. The social zeitgeber theory, circadian rhythms, and mood disorders: review and evaluation. *Clin Psychol Rev. 2006; 26*(6):679–94.
54. Bender RE, Alloy LB (2011): Life stress and kindling in bipolar disorder: Review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clin Psychol Rev 31*:383–398.
55. Alloy, L.B., & Abramson, L.Y. (2010). The role of the behavioral approach system (BAS) in bipolar spectrum disorders. *Current Directions in Psychological Science, 19*, 189–194.
56. Urosevic S, Abramson LY, Harmon-Jones E, et al: Dysregulation of the behavioral approach system (BAS) in bipolar spectrum disorders: review of theory and evidence. *Clin Psychol Rev 2008; 28*: 1188–1205.
57. Depue, R. A., Krauss, S. P., & Spoont. M. R. (1987). A two-dimensional threshold model of seasonal bipolar affective disorder. In D. Magnusson & A. Ohman (Eds.), *Psychopathology: An interactional perspective* (pp. 95-123). Orlando. FL: Academic Press.
58. Depue RA, Iacono WG. Neurobehavioral aspects of affective disorders. *Annual Review of Psychology 1989;40*:457–92.

59. Johnson, S.L., McKenzie, G., & McMurrich, S. (2008). Ruminative responses to positive and negative affect among students diagnosed with bipolar disorder and major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 702–713.
60. Just, N., & Alloy, L.B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221.

## Annexe 1. Programme MBCT

Le programme MBCT (5) comporte 8 séances de deux heures à deux heures et demi délivrées à une fréquence hebdomadaire, ayant chacune un thème et un déroulement précis. Entre ces séances les participants sont encouragés à effectuer des tâches à domicile. Une journée de pleine conscience est organisée entre la 6<sup>ème</sup> et la 7<sup>ème</sup> séance.

Durant le programme les participants font l'expérience de plusieurs types de pratiques méditatives de durées diverses (des pratiques formelles assises ou couchées avec concentration sur le souffle, les sensations corporelles, les sons environnants ou les pensées, et des pratiques en mouvement à type d'étirements, de yoga ou de marche consciente) afin qu'ils puissent identifier celles qu'ils seraient prêts à maintenir à long terme. Ces heures passées à pratiquer servent d'entraînement à diriger consciemment et intentionnellement l'attention dans le moment présent sans jugement et à devenir familier avec le fonctionnement de l'esprit. Les participants prennent conscience du temps important de fonctionnement en mode « pilote automatique » c'est-à-dire une dissociation entre ce que fait d'une part le corps et d'autre part le mental. Ils repèrent la tendance naturelle de l'esprit à vagabonder, et les liens entre ce fonctionnement autonome (escalade de pensées, jugements, autocritiques et sentiments négatifs le plus souvent inconsciente) et la rechute thymique sont explicités.

A travers les nombreuses pratiques les participants sont encouragés à adopter une attitude d'accueil, d'acceptation et d'ouverture envers les pensées et les sentiments négatifs, les sensations corporelles inconfortables et aversives. La dimension de bienveillance et d'empathie envers soi et son expérience est primordiale dans le programme MBCT. Elle est à l'opposé de la non-acceptation de l'expérience du moment, de la résistance et du déni qui réalisent une rupture avec l'expérience qui nous traverse et avec la manière dont la vie se manifeste en chacun à un moment donné. Cette répression habituelle et inconsciente de l'expérience non souhaitée constitue le point-pivot du déclenchement de la rumination et à terme de la rechute dépressive. Une des particularités de la MBCT par rapport à la thérapie cognitive classique est le phénomène de décentration, rendu explicite

et encouragé dans la MBCT. La décentration peut être définie comme le fait de considérer ses pensées et émotions comme de simples événements traversant le champ de la conscience sans y accorder ni trop d'importance ni pas assez, pour plutôt les laisser être tels qu'ils se manifestent. Ils ne sont considérés ni comme des problèmes, ni comme des vérités absolues ni comme des aspects centraux de la personnalité. Cette approche diffère de la thérapie cognitive classique par le fait qu'il ne s'agisse pas de remettre en question la validité d'une pensée ou d'une croyance, mais plutôt d'expérimenter un détachement et une désidentification de ces événements privés qui se produisent la majorité du temps automatiquement, inconsciemment et de façon conditionnée.

Le programme MBCT contient également des aspects de psychoéducation. Les participants apprennent à reconnaître de façon précoce leurs signes personnels précurseurs de rechute dépressive. Ils peuvent ainsi être en meilleure position pour gérer de manière plus sage un moment difficile en adoptant l'attitude de bienveillance et d'ouverture qu'ils ont appris à développer et en effectuant une action adaptée en toute conscience. L'enjeu est de ne plus être soumis à des réactions automatiques et conditionnées comme la rumination ou des comportements entretenant l'humeur dysphorique pouvant conduire à un véritable épisode dépressif caractérisé. Les participants établissent en fin de programme un « plan d'action » personnel auquel ils peuvent recourir lorsqu'ils reconnaissent les premiers signes de rechute.



## Annexe 2. Mécanismes des rechutes dépressives unipolaire et bipolaire

Dans le courant cognitiviste l'hypothèse du « kindling » (45) est la plus acceptée pour expliquer le cours de la dépression unipolaire. Si les premiers épisodes dépressifs dans la vie d'un individu paraissent survenir en réaction à des circonstances de vie particulières, de changement, entraînant un déséquilibre dans le psychisme (deuil, rupture, perte d'un emploi...), au fil des rechutes les épisodes dépressifs semblent être sans lien avec un facteur extérieur. Les rechutes dépressives sont de plus en plus autonomes et indépendantes des circonstances de vie d'un individu et le risque de connaître un nouvel épisode augmente à chaque rechute (46). Ce processus est expliqué par le fait qu'à chaque rechute dépressive des liens de plus en plus forts se font entre des états d'humeur négatifs et des schémas de pensées négatifs qui se déclenchent de plus en plus rapidement et automatiquement. Ceux-ci sont réactivés pour des baisses d'humeur même légères. La MBCT apparaît être efficace chez les patients ayant connu au moins trois épisodes dépressifs car les mécanismes psychologiques de la rechute dépressive unipolaire ont eu le temps de se constituer (47-48).

Dans la maladie bipolaire les données en faveur du « kindling » sont inconsistantes (49). Les mécanismes de la rechute bipolaire ne sont pas encore complètement compris et semblent multifactoriels avec des composantes affectives, comportementales, cognitives et biologiques. Lors d'événements de vie particuliers ou perturbant les habitudes sociales, les patients ayant une bipolarité sont à risque d'expérimenter très intensément des pensées, sentiments et sensations corporelles. Ces déséquilibres dans la vie des individus entraînent une altération de leurs rythmes biologiques et sociaux susceptible de provoquer des rechutes (50-53). Le vécu intense de ces événements internes est lié à une hyperréactivité émotionnelle caractérisée dans la théorie de la dérégulation du « Behavioral Approach System ». Une activation ou une désactivation excessives de ce système en réponse à certains événements de vie serait responsable respectivement de l'apparition de symptômes maniaques/hypomaniaques et de symptômes dépressifs (54-58).

Si les mécanismes de rechutes bipolaire et unipolaire sont distincts, dans les deux pathologies les individus ont une forte tendance à gérer le matériel interne négatif en

ruminant. Les personnes souffrant de bipolarité ont la particularité de ruminer également en réponse à des affects positifs (59). La rumination apparaît être un des facteurs principaux menant à la rechute dépressive tant unipolaire (60) que bipolaire en entretenant l'humeur dépressive et en limitant les chances d'envisager des mesures adéquates pour sortir de ces états négatifs.

### Annexe 3. Questionnaire de recueil des pratiques pendant le programme MBCT

Au cours de la semaine passée, avez-vous pratiqué les exercices de méditations prévus au moins une fois ?

Si oui, combien de jours dans la semaine les avez-vous pratiqués ?

## Annexe 4. Questionnaire de recueil de la poursuite des pratiques après le programme MBCT

Au cours des 3 derniers mois, indiquez pour chaque pratique si vous l'avez pratiquée au moins 1 fois par semaine (répondre par oui ou par non) :

- une méditation assise ou couchée (bodyscan) formelle
- des mouvements, étirements en pleine conscience
- une marche consciente
- un espace de respiration 3 minutes
- des activités du quotidien ou moments informels en pleine conscience

Si oui, indiquez ensuite pour la pratique si c'était au moins 3 fois par semaine.

## Annexe 5. Description des scores à chaque temps du suivi

Tableau 2 : Description des scores à chaque temps du suivi

<b>Variable</b>	<b>N</b>	<b>mean</b>	<b>sd</b>	<b>min</b>	<b>p25</b>	<b>p50</b>	<b>p75</b>	<b>max</b>
Nombre de jours	15	28,2	13,0	4	12	36	38	42
<b>BDI-II</b>								
Avant	15	20,3	10,6	0	12	20	29	35
Après	15	11,7	7,9	1	5	10	16	27
3 mois	15	9,5	8,7	1	2	7	15	30
6 mois	15	9,6	9,4	1	1	7	16	28
9 mois	15	10,7	9,9	0	2	9	20	29
12 mois	14	12,0	9,5	0	3	11	16	30
<b>HDRS</b>								
Avant	15	8,2	4,5	0	6	8	11	16
Après	15	4,7	3,4	1	2	4	7	13
3 mois	15	3,8	3,5	0	1	3	7	10
6 mois	15	6,0	5,0	0	2	4	8	16
9 mois	15	5,9	4,7	0	1	7	10	13
12 mois	14	5,9	5,3	0	2	6	7	21
<b>YMRS</b>								
Avant	15	1,4	2,2	0	0	0	4	5
Après	15	2,3	2,5	0	0	2	5	7
3 mois	15	1,4	1,9	0	0	1	2	6
6 mois	15	1,3	2,2	0	0	0	3	8
9 mois	15	1,1	1,6	0	0	0	2	5
12 mois	14	1,9	5,0	0	0	0	2	19
<b>BAI</b>								
Avant	15	13,5	7,6	5	7	14	17	33
Après	15	8,8	10,6	0	2	7	12	42
3 mois	15	6,5	10,9	0	1	3	9	43

	6 mois	15	8,5	9,7	0	3	5	10	37
	9 mois	15	7,9	8,5	1	1	6	11	34
	12 mois	14	6,8	9,1	0	2	4	6	33
STAI Y-A									
	Avant	15	49,1	16,3	26	32	46	69	72
	Après	15	36,5	15,1	20	26	34	43	69
	3 mois	15	35,1	14,0	20	24	30	45	68
	6 mois	15	39,5	13,6	20	26	37	54	60
	9 mois	15	41,2	14,0	21	29	42	56	64
	12 mois	14	40,1	16,2	21	26	40	54	74
RRS Total									
	Avant	15	57,7	9,6	46	53	55	65	83
	Après	15	57,9	9,8	41	53	57	67	74
	3 mois	15	49,9	13,7	27	36	53	59	69
	6 mois	15	45,9	14,4	24	35	44	56	72
	9 mois	15	47,2	12,6	26	33	50	55	67
	12 mois	14	47,4	14,9	26	37	47	56	76
RRS Réflexion									
	Avant	15	11,1	3,7	7	8	10	13	19
	Après	15	10,8	3,3	5	8	11	13	18
	3 mois	15	9,9	3,8	5	7	9	12	20
	6 mois	15	9,7	4,0	5	7	9	11	20
	9 mois	15	9,9	4,0	5	7	8	12	20
	12 mois	14	9,1	3,9	5	6	9	11	20
RRS Ressassement									
	Avant	15	13,3	3,4	10	10	13	16	20
	Après	15	12,8	3,6	7	10	13	16	20
	3 mois	15	10,3	3,0	5	9	10	12	15
	6 mois	15	9,5	3,6	5	7	9	13	16
	9 mois	15	9,9	2,8	6	8	9	11	16
	12 mois	14	10,1	4,4	6	6	9	13	19

### WHOQOL Général

Avant	15	5,9	1,9	3	5	5	8	9
Après	15	6,9	2,1	2	5	8	9	9
3 mois	15	7,1	1,6	3	6	8	8	9
6 mois	15	6,8	1,7	3	6	7	8	10
9 mois	15	6,5	2,5	2	4	7	8	10
12 mois	14	5,9	2,4	2	4	6	8	9

### WHOQOL Santé

#### physique

Avant	15	49,0	21,6	18	32	50	64	93
Après	15	59,8	20,1	18	43	68	71	89
3 mois	15	64,0	18,5	11	61	68	71	89
6 mois	15	58,8	19,9	11	43	61	75	86
9 mois	15	57,1	27,3	11	32	61	82	89
12 mois	13	56,3	19,7	21	43	50	71	86

### WHOQOL Santé

#### psychique

Avant	15	43,3	19,6	8	25	46	58	75
Après	15	59,7	16,3	29	46	63	75	83
3 mois	15	63,3	16,0	29	50	71	75	83
6 mois	15	60,8	16,7	29	50	67	71	96
9 mois	15	58,1	23,4	17	38	63	75	100
12 mois	13	53,8	20,1	21	42	54	67	83

### WHOQOL Relations

#### sociales

Avant	15	51,1	22,2	17	33	50	67	92
Après	15	54,4	22,9	8	33	58	75	92
3 mois	15	62,8	21,6	25	50	58	75	100
6 mois	15	56,7	18,1	25	42	67	67	75
9 mois	15	61,1	16,3	33	50	67	67	100
12 mois	13	51,9	25,0	0	42	50	67	92

## WHOQOL

### Environnement

Avant	15	61,5	15,5	25	47	66	72	84
Après	15	67,3	15,7	28	66	72	78	84
3 mois	15	68,5	16,8	28	69	75	78	88
6 mois	15	69,0	12,7	44	56	72	78	88
9 mois	15	67,1	15,6	38	56	69	75	88
12 mois	13	67,1	16,0	38	59	69	81	88

### FFMQ Observation

Avant	15	26,6	5,7	17	23	24	34	36
Après	15	31,4	4,2	25	28	30	35	38
3 mois	15	31,5	4,8	20	28	31	36	39
6 mois	15	29,1	4,7	20	26	28	33	38
9 mois	15	29,4	5,6	15	27	28	33	38
12 mois	14	29,3	5,7	20	26	29	35	38

### FFMQ Description

Avant	15	24,8	7,0	14	19	24	30	39
Après	15	26,7	7,2	18	20	25	33	39
3 mois	15	27,7	7,3	15	23	26	35	40
6 mois	15	27,3	6,7	16	20	29	34	36
9 mois	15	27,3	8,3	11	22	27	36	40
12 mois	14	28,1	7,1	16	22	28	35	40

### FFMQ Action

Avant	15	23,7	6,9	13	18	24	29	34
Après	15	26,5	7,8	11	21	26	34	39
3 mois	15	27,7	6,4	17	22	27	34	38
6 mois	15	27,7	8,6	10	20	29	35	40
9 mois	15	25,9	8,2	8	20	28	31	40
12 mois	14	27,4	8,1	13	19	30	32	40

### FFMQ Non-réactivité

Avant	15	15,9	4,7	11	12	15	17	26
-------	----	------	-----	----	----	----	----	----



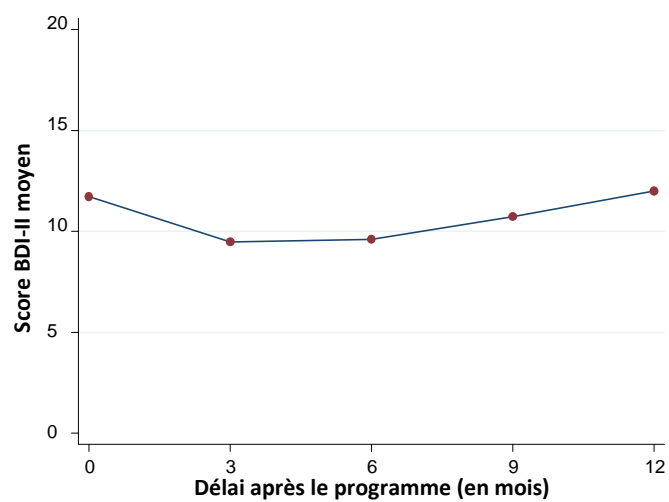
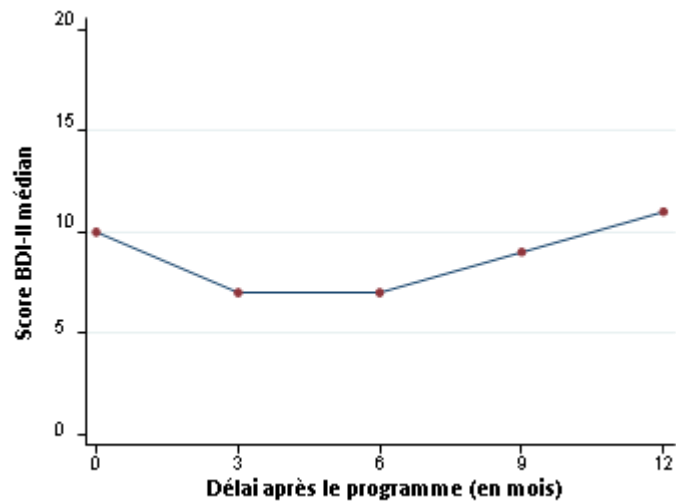
	Après	15	20,7	3,3	16	18	20	23	26
	3 mois	15	21,7	4,7	13	19	23	24	31
	6 mois	15	22,9	4,3	16	21	21	29	30
	9 mois	15	19,0	3,1	13	17	20	22	23
	12 mois	14	20,2	4,7	12	17	20	23	30
FFMQ Non-jugement									
	Avant	15	20,8	6,1	11	16	21	26	30
	Après	15	26,3	5,8	16	21	26	32	34
	3 mois	15	28,5	6,5	15	25	30	34	40
	6 mois	15	30,1	6,1	17	25	32	34	38
	9 mois	15	29,0	6,4	20	22	29	35	39
	12 mois	14	27,2	7,8	9	24	27	31	40
MATHyS Total*									
	Avant	15	8,20	8,79	1	2	4	10	26
	Après	15	8,47	9,86	0	2	5	9	31
	3 mois	15	9,40	10,25	0	2	4	14	30
	6 mois	15	6,60	8,43	0	2	5	8	34
	9 mois	15	10,67	9,39	0	3	9	16	37
	12 mois	14	9,14	12,51	0	1	4,5	12	47
MATHyS Réactivité									
émotionnelle†									
	Avant	15	5,53	4,50	0	2	4	11	15
	Après	15	3,93	4,32	0	0	2	6	15
	3 mois	15	1,80	2,34	0	0	1	4	6
	6 mois	15	2,73	3,17	0	0	2	3	12
	9 mois	15	3,87	4,29	0	0	2	8	12
	12 mois	14	2,57	3,65	0	0	1	3	12

\* Ecart absolu à la norme, avec norme = 100

† Ecart absolu à la norme, avec norme = 20

## Annexe 6. Evolution des scores BDI-II moyen et médian après le programme MBCT

Figure 2 : Evolution médiane et moyenne des scores BDI-II après le programme MBCT



---

**Evaluation de la Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience (MBCT) dans la bipolarité.  
Etude prospective pilote : un suivi d'un an.**

---

**OBJECTIFS :** Cette étude préliminaire visait à évaluer la faisabilité d'un programme MBCT dans la population bipolaire. Les symptômes résiduels dépressifs, l'anxiété, la réactivité émotionnelle et la rumination étaient comparés avant et après l'intervention et leur évolution au cours de la période de suivi d'un an était mesurée. Nous explorions la corrélation entre la fréquence des pratiques pendant le programme et l'évolution des symptômes résiduels dépressifs au décours. **METHODES :** Des patients ayant un diagnostic de bipolarité étaient informés de la possibilité de suivre un programme MBCT au CHU de Toulouse. Lors d'un entretien préalable au programme mené par l'instructeur le diagnostic de bipolarité était validé selon le DSM-V et il leur était soumis différents questionnaires (BDI-II, STAI Y-A, MATHyS, RRS, FFMQ). Le programme MBCT était modifié pour répondre aux besoins des patients ayant une bipolarité et la fréquence des pratiques était recueillie à chaque séance. Pendant un an les participants étaient rencontrés tous les trois mois et les paramètres étaient recueillis à chaque temps. **RESULTATS :** Nous avons inclus quinze patients sur les dix-huit rencontrés. Après l'intervention les scores BDI-II étaient significativement inférieurs et se maintenaient jusqu'à la fin du suivi. Les scores d'anxiété STAI Y-A ont significativement diminué mais l'effet ne s'est pas maintenu à un an. Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre le nombre de jours de pratiques pendant le programme et l'évolution des symptômes résiduels dépressifs. Quatre patients ont eu une rechute thymique au cours de l'étude. **CONCLUSION :** Cette étude est en faveur de la faisabilité d'un programme MBCT pour la population bipolaire et montre des bénéfices cliniques significatifs. La causalité de l'intervention dans l'obtention de ces résultats ne peut être jugée que par un essai clinique avec groupe contrôle actif. Nous soulignons que les interventions de pleine conscience dans la bipolarité sont à considérer comme un complément à la prise en charge des patients et qu'elle ne saurait se substituer notamment aux stratégies médicamenteuses.

---

Evaluation of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder. Pilot prospective study : a one-year follow-up.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : pleine conscience, méditation, MBCT, trouble bipolaire

---

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Dr Christine SARRAMON