

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marianne KURTZ
Louis MORBIEU

Le 18 juin 2024

L'impact de la MBCT dans la prise en charge et l'évolution des troubles dépressifs caractérisés récidivants.

Directeur de thèse : Pr Jordan BIREBENT

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Monsieur le Professeur Jordan BIREBENT

Présidente

Assesseur

Directeur



FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical Doyen – Directeur : Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GOURZI Jean-Louis
<u>Doyen Honoraire</u>	<u>M. VINEL Jean-Pierre</u>	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU – PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements aux membres du jury

A notre présidente du jury, *Madame la professeure Julie Dupouy*,

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous sommes très reconnaissants de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail et de la confiance que vous nous avez faite.

A notre directeur de thèse, *Monsieur le professeur Jordan Birebent*,

Un grand merci pour nous avoir accompagné pendant tout ce chemin. Ta disponibilité et ta patience nous auront permis d'avancer en confiance dans la réalisation de ce travail. Les discussions avec toi ont toujours été très fluides, et ton expérience de la recherche nous a éclairé maintes et maintes fois, merci !

A notre maître et juge, *Monsieur le professeur Laurent Schmitt*,

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous sommes très heureux d'avoir à nos côtés un spécialiste en psychiatrie.

Remerciements de Marianne

A *Louis*, mon co-thésard, mon compagnon de cordée, mon copain de médecine qui me rappelle qu'on n'est pas obligé de rentrer dans le moule (et que c'est mieux d'aller grimper que de travailler), mon ami. Merci d'avoir été là pour moi et pour ce travail qu'on a brillamment fait ensemble.

A *tous les soignants, maîtres de stage* et toutes *les équipes soignantes* que j'ai pu croiser pendant tout mon cursus de médecine. Merci de m'avoir guidée dans la pratique que je souhaite avoir, ainsi que dans celle que je ne veux pas avoir plus tard.

A *mes copains de médecine de Toulouse*. Thomas, pour nos week-end van-life-grimpe et nos échanges, qui continueront encore j'espère. A Charlène, Mathilde, Alice, Jennifer, les copines de l'internat.

A *mes copains de médecine de Grenoble*. Le BDS, toujours et encore, Cycy, Viou, Agathe et les autres. Pour tout ce qu'on a traversé ensemble, allant des défis sportifs aux soirées, en passant par les ECN.

Aux *copains de Montauban*, notamment de CZ. Parce rien ne vaut un semestre d'hiver en falaise.

Aux *copains de Grenoble*, Auriane, Léo, Maurine, Julien, Camille et tous les autres. Aux week-end ski, aux vacances en Bretagne, et à tous les moments à venir !

A *Paul*, mon psy. Pour sa présence et son accompagnement depuis des années.

A *Marion* mon amie partie s'expatrier au soleil. La distance n'arrêtera pas notre amitié.

A *Amalia*, mon amie de toujours. Le rayon de soleil qui m'inspire par sa force et sa résilience.

A *Pénélope*, mon amie depuis plus de 20 ans. Une amitié sans prise de tête, pleine de spontanéité et de simplicité.

A *Anouk*. Pour tout ton soutien inépuisable. Pour toutes tes attentions. Pour tous nos vocaux. Pour ta force d'esprit qui m'inspire (et pour celle de tes biceps).

Aux *gros*. Plus que des amis, une famille nait en 2010 et qui n'est pas prête de s'arrêter de nous faire vivre des moments inoubliables. Pas de jaloux, je vous inclus tous (mais quand même, big up à *Fleur*).

A *Alexis*, pour tout ce que tu m'as appris sur moi et sur l'amour. Merci de m'avoir fait prendre conscience et confiance en ma sensibilité. Il est de ces passages dans une vie qu'on retient pour toujours.

A *mon père et mes frères*, Robin et Sam. Désolée papa, toi qui ne voulais pas qu'on s'enquiquine avec des grandes études, tes trois enfants sont thésés. Ça fait trois Dr Kurtz. Leurs thèses est peut-être plus badass, mais c'est moi qu'on appellera Docteur Kurtz tous les jours.

A *ma sœur*, mon petit cœur, un rayon de soleil en pleine expansion.

A *Aurélien*, tu sais déjà tout. Ta présence, ton soutien, ton amour, ton aide pour toutes mes années d'études et pour cette thèse. Merci. Notre histoire restera gravée à toujours. Merci à ta famille de m'avoir si bien accueillie toutes ces années passées à tes côtés.

Last but not least, celle qui mérite le plus de remerciements : à *ma mère*. Sans qui je ne serai pas qui je suis aujourd'hui. Merci pour ton soutien infini et ton exemple. Je prends la relève maman.

Remerciements de Louis

A mes maitres de stage, et aux différents médecins qui m'ont inspiré : Samuel, Nelly, Eve et Vero à Verniolle, merci de m'avoir fait goûter à cette ambiance de travail. Vous m'avez appris la rigueur dans les prises en charge, à comprendre les processus décisionnels qui s'y jouent mais aussi et surtout à cultiver un esprit critique sur la pratique. A toute l'équipe de Vicdessos, Marc, Martin, Micka, Blandine et Virginie, merci pour votre sens de l'accueil, pour l'attention que vous portez à ces moments informels qui font que, quand je pars bosser à Vicdessos, c'est avec le sourire aux lèvres. Je sais que de belles aventures m'attendent là-bas.

A ma famille, merci de m'avoir soutenu pendant ces longues études. Vous m'avez fait confiance dans les différentes directions que j'ai pris.

Aux copain.es de la fanfare, merci pour toutes ces années passées à cultiver les conditions favorables à l'éclosion de moments de grâce, en jardiniers patients de la bêtise. Tointoin, Camion, Ilies, Thomas, Nico, Clara, Jean Dub, Jean stuv, Memce, Geoffrey, Mathilde, Vicky et tous les autres...

A la coloc du 334 rue Victor Hugo, merci pour ces 4 années flamboyantes et toutes ces anecdotes qui ne se racontent pas trop.

A Marie, merci d'avoir tissé ensemble cette relation qui continue de s'enrichir avec le temps.

A la coloc de l'Espinet, et à tous ceux que la maison a vu défiler : Etienne, Camille, Léo, Jean pierre, Faustine, Léa, Malo, le Oin, Mathilde, Anne, manu, Marion, Fleur, Nathan, Julien, cousin bruno, et aux 2 générations de chats qui ont squatté la terrasse.

A Françoise, et à toutes celles et ceux qui m'ont fait des cheveux blancs.

A Resistance, la farniente a chez vous une saveur particulière. Merci à vous de m'accueillir dans ce havre de paix : Simon, jojo, Mathilde, Amael, Julie et chaton

A La coloc de Mr Alphonse, où je coule des jours paisibles entourés d'êtres de lumière que sont Joachim, Léa, Quentin, Cali et Mr Alphonse.

Au microbiote de Foix qui pullule d'amis qui égayent mes journées : Simon, avec toi le quotidien est un jour de fête, sortons les flutes en cristal. Ce gros %μ\$#@ de Sylvian avec qui c'est si bon de ne rien faire. Momo pongiste de son état, Lolo, Max et ses gouters rigolos, Léa,

Clotilde, Raph, les copain.es de la chorale, Gab grand conteur devant l'éternel, Quentin et l'équipe des croquants qui me nourrit chaque jour etc

A tous les musicien.nes, avec qui j'ai pu partager de bons moments : les Kitsch machine, Saora, le quintet doudoune, Thibault et Miguel

A Rox et Trambert, compagnons de fortune : le temps passé en montagne avec vous me nourrit beaucoup.

A Constantin, compagnon d'infortune : mais avec qui d'autre prendre ces risques ? Merci pour ces expériences qui deviennent éventuellement de bons souvenirs.

A Marianne, merci pour t'être autant investie dans cette thèse, j'ai adoré travailler avec toi. Au-delà du travail, c'était super de passer avec toi des weekend thèse plus ou moins studieux. Merci pour cette belle amitié que tu m'offres, je suis ravi de te voir arriver en Ariège !

« Vous ne pouvez pas arrêter les vagues mais vous pouvez apprendre à surfer. »

Jon Kabat-Zinn

Sommaire

Remerciements aux membres du jury	1
Remerciements de Marianne	2
Remerciements de Louis	4
1. Introduction	9
2. Méthode	12
2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	12
2.2. Stratégie de recherche	13
2.3. Processus de sélection des revues	13
2.4. Analyse des revues	14
2.5. Evaluation de la qualité des revues	14
2.6. Méthode de synthèse des résultats	14
3. Résultats	15
1. Processus de sélection des revues	15
2. Caractéristiques des revues incluses	19
2.1. Population	19
2.2. Intervention	19
2.3. Groupe contrôle	20
2.4. Type d'études	20
3. Evaluation de la qualité des études	20
4. Les revues portant sur l'efficacité de la MBCT	20
4.1. Sur le critère de rechute	20
4.2. Sur le critère d'intensité des scores de dépression	24
4.3. Sur le critère du sevrage des antidépresseurs	24
5. Les revues évaluant les mécanismes à l'œuvre	25
5.1. Pleine conscience	25
5.2. Ruminations	26

5.3.	« Worry »	26
5.4.	« Meta awareness »	26
5.5.	« Self-compassion »	26
6.	Les revues d'évaluation économique.	27
4.	Discussion	29
4.1.	Les limites méthodologiques des études	29
4.2.	Regard clinique.....	31
4.3.	Les forces de notre recherche	31
4.4.	Les limites de notre recherche	32
4.5.	Problématique éthique dans l'évaluation des psychothérapies.....	32
4.6.	Un enjeu économique	33
4.7.	Les enjeux pour les recherches futures.....	33
4.8.	Le programme MBCT : un exemple en pratique.....	34
5.	Conclusion	36
	REFERENCES	37
	ANNEXES	41

1. Introduction

En 2021, le baromètre de Santé Publique France montrait que la prévalence de la dépression était en augmentation dans toutes les tranches d'âges, avec 13,3% des personnes de 18 à 75 ans décrivant avoir vécu un épisode dépressif au cours de 12 derniers mois, dont une nette progression chez les 18-24 ans. Une augmentation majeure des épisodes dépressifs a été perçue entre 2017 et 2021, notamment du fait de la période de COVID (1).

Le trouble dépressif, défini dans le DSM-V, est reconnu comme une pathologie d'évolution chronique pour la plupart des patients (2). Son risque de rechute augmente lors des épisodes dépressifs successivement vécus (3), avec un risque de près de 90% pour les personnes ayant eu au moins trois épisodes dépressifs (4). La « rechute » peut être définie comme la réémergence de symptômes dépressifs après une certaine période de rémission, pendant laquelle le patient n'est pas considéré comme guéri (2).

La prise en charge de la dépression comporte une approche médicamenteuse, mais aussi une approche psycho-comportementale. Les rechutes dépressives peuvent être induites par différents événements de vie, induisant des réactivations émotionnelles, et sont favorisées par une prise en charge non optimale.

En termes de méthode pharmaceutique, le recours à des psychotropes est très fréquent. Près d'un français sur quatre dit avoir déjà consommé des psychotropes (5), et le risque de dépendance et de mésusage est bien connu et enseigné dans le cursus de médecine. Il est important de souligner par ailleurs le poids économique du recours à ces thérapeutiques, la santé mentale étant la première dépense de santé publique par pathologie, avec 14% des dépenses (6).

L'intérêt des approches psycho-comportementales a été rapporté par l'OMS (7). Il est d'ailleurs de plus en plus pris en compte dans les politiques de santé publique. Nous pouvons citer l'exemple du dispositif français MonPsy (8), qui permet aux patients de bénéficier d'un certain nombre de séances de psychothérapie remboursées par l'Assurance Maladie. Par ailleurs, nous pouvons relever le remboursement de plus en plus fréquent par les mutuelles de soins non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Parmi ces approches thérapeutiques alternatives, il existe un groupe de thérapies « cognitivo-comportementales ». Nous avons choisi de nous intéresser à la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (dont l'acronyme anglais que nous utiliserons est « MBCT » pour Mindfulness Based Cognitive Therapy), qui s'est inscrite comme une approche de prévention

des rechutes dépressives, recommandée par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2022) (9).

En 1992, trois chercheurs, Zindel Segal, Mark Williams et John Teasdale, décident de créer un programme de méditation pleine conscience afin de permettre le maintien de la rémission des patients atteints de dépression. Ce programme s'inspire de la technique de réduction du stress basé sur la pleine conscience (MBSR) de Jon Kabat-Zinn, professeur de médecine (10). Les trois auteurs créent alors une série de séances de deux heures hebdomadaires, durant huit semaines, pendant lesquelles les participants vont recevoir un enseignement s'articulant autour de la méditation en pleine conscience, la thérapie cognitive et le partage d'expériences. Cette démarche a pour objectif d'apporter les outils cognitifs permettant d'acquérir une compréhension de soi, de son corps, de ses expériences, de son état émotionnel, dans le but de réorganiser les schémas de pensée qui ont pu mener le patient à la dépression. Le déroulé des séances est présenté en Annexe 1 et la Figure 1 reprend les grands principes de la MBCT.

Du fait de l'importance de sa prévalence et de sa présentation quasi quotidienne en médecine générale, nous avons choisi de traiter dans notre recherche le trouble dépressif, et plus particulièrement, le sujet des rechutes dépressives.

Grâce à son déroulé bien formalisé, de nombreuses publications ont recherché l'impact de la MBCT dans la santé mentale, en particulier la dépression. L'objectif de notre travail était d'analyser l'impact de la MBCT dans le cadre de la dépression récidivante. Notre question de recherche était : quel impact de la MBCT dans la prise en charge et l'évolution des troubles dépressifs caractérisés récidivants ?

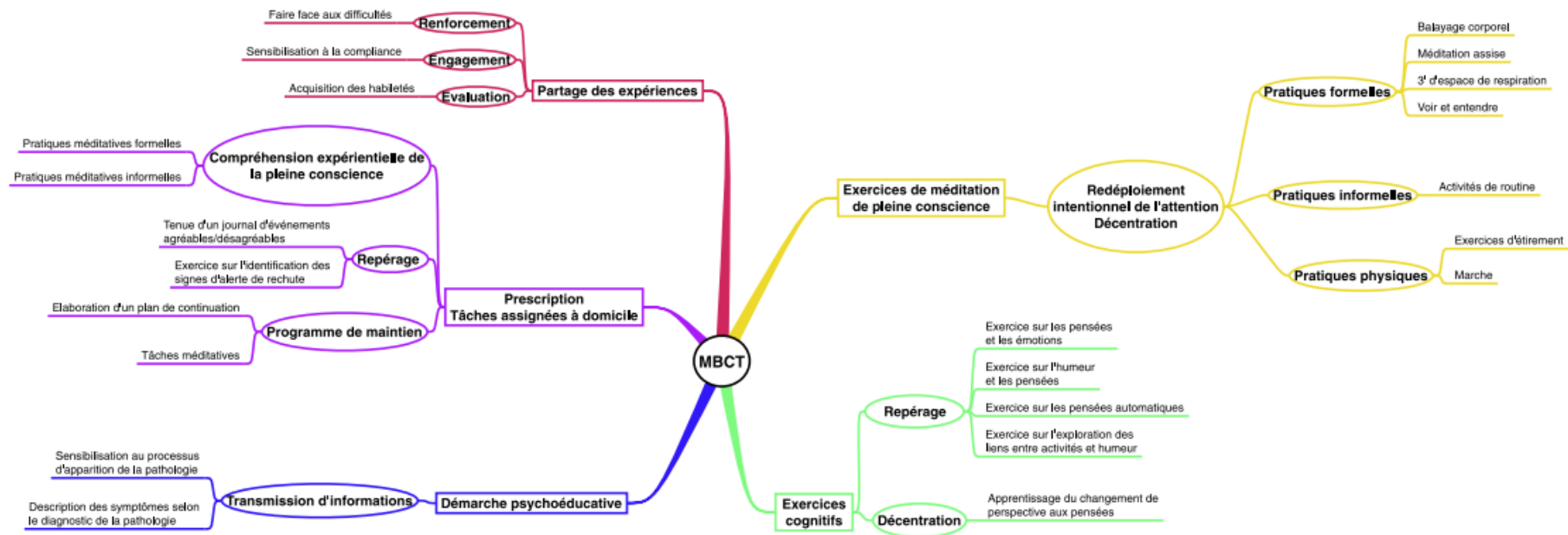


Figure 1. Strub L, Tarquinio C. Une analyse des effets de la MBCT du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature.

2. Méthode

Lors de nos recherches préliminaires, nous avons constaté que de nombreuses revues de la littérature avaient déjà été publiées sur le sujet de la MBCT dans la dépression. Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi de réaliser une méta-revue de la littérature. Nous avons suivi la méthodologie énoncée dans les critères Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (11).

2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Notre méta-revue présentait les critères d'inclusion suivants :

- **Population** : Les participants devaient être des adultes de 18 à 75 ans, ayant présenté au moins deux Episodes Dépressifs Caractérisés (EDC) selon des critères diagnostiques validés (DSM-III, -III-R, -IV, -IV-TR ou selon la Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes [ICD-10]).
- **Intervention** : Les études incluses devaient étudier la pratique de la MBCT.
- **Control** : Il n'existait pas de critère portant sur le contrôle. Tous les types d'interventions étaient acceptés : intervention de psychothérapie, poursuite du traitement antidépresseur habituel, liste d'attente, ou traitement par défaut laissé aux soins du médecin psychiatre ou de premier recours (défini comme « *Treatment as usual* » (TAU) en anglais).
- **Outcome** : L'efficacité de l'intervention devait être évaluée sur le risque de rechute dépressive, l'intensité des symptômes dépressifs ou le sevrage des médicaments antidépresseurs. Dans le cas des études de mécanisme ou des études coût-efficacité, nous avons accepté d'autres critères d'évaluation spécifiques à ces types d'études.
- **Studies** : Les études devaient toutes être des revues systématiques de la littérature.

Nos critères d'exclusions étaient :

- Les revues étudiant l'effet de la MBCT sur la dépression récidivante dans une population avec une comorbidité spécifique, qu'elle soit physique (par exemple, la pratique de la MBCT dans la prévention de récurrence de dépression chez des patients en phase terminale de cancer ou en post AVC) ou psychique (par exemple, l'évaluation de la MBCT dans le cadre d'un trouble bipolaire). Nous avons estimé que ces cas spécifiques étaient trop éloignés de la population générale ;

- Les populations âgées de plus de 75 ans, cas où la dépression peut s'inscrire dans le cadre de troubles cognitifs ;
- Les articles auxquels nous ne pouvions pas avoir un accès complet avec la bibliothèque universitaire ;
- Les articles ayant une note au score PRISMA inférieure à 12 points sur 53, lors de la notation par les deux chercheurs MK et LM.

2.2. Stratégie de recherche

Nous avons conduit les recherches de mars 2023 à mai 2023 dans les bases de données suivantes :

<i>Base de données</i>	<i>Equation de recherche</i>
Pubmed	MBCT AND Depress*
Web of Science	MBCT AND Depress*
Cochrane	MBCT AND Depress*

Nous avons utilisé des filtres additionnels pour ne sélectionner que les revues de la littérature et méta-analyses parues entre 2009 et 2023.

Les deux chercheurs MK et LM ont effectué les recherches de manière indépendantes et le nombre d'articles retrouvé dans chaque base de données s'est avéré être le même.

Une recherche manuelle a été réalisée pour inclure dans notre travail les guides de pratique clinique et les recommandations de sociétés savantes : CANMAT, HAS, NICE, collège national des universitaires de psychiatrie en utilisant les mêmes termes MESH.

Une recherche manuelle a été effectuée dans les revues incluses.

2.3. Processus de sélection des revues

La sélection des revues s'est faite de manière indépendante, par deux chercheurs MK et LM. A chaque étape du processus, nous avons mis en commun nos résultats afin de voir s'ils concordaient. En cas de désaccord, nous avons recours à un troisième chercheur, JB, qui supervisait le travail de recherche. Il n'y a pas eu d'écart entre les deux chercheurs tout au long du processus.

Après avoir exclu les doublons, nous avons dans un premier temps sélectionné les revues selon leur titre. Dans un second temps, les revues ont été sélectionnées sur la lecture du résumé, en suivant le même processus de consensus en cas de désaccord. Le dernier temps correspondait à la lecture intégrale des articles avec notation de ceux-ci.

2.4. Analyse des revues

Les deux chercheurs MK et LM ont lu les articles de manière indépendante et ont analysé les revues afin d'en tirer les idées fortes avant mise en commun.

2.5. Evaluation de la qualité des revues

Pour chaque revue de la littérature incluse, les deux chercheurs ont évalué de manière indépendante :

- La qualité du rapport en utilisant la grille PRISMA 2020.
- La qualité méthodologique en utilisant la grille R-AMSTAR.

Les deux chercheurs ont ensuite mis en commun leurs évaluations, et ont calculé un coefficient de concordance W.

En ce qui concerne les recommandations et guides de pratique des sociétés savantes, elles ont été évaluées à l'aide de la grille AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation).

2.6. Méthode de synthèse des résultats

Nous avons décidé a priori de grouper les études en fonction de leur critère de jugement principal :

- Les revues portant sur l'**efficacité** de la MBCT ;
- Les revues évaluant les **mécanismes** à l'œuvre ;
- Les revues d'évaluation **économique**.

3. Résultats

1. Processus de sélection des revues

Le processus de sélection des articles est présenté dans le diagramme de flux en *Figure 2*. L'équation de recherche a permis d'identifier 107 revues après suppression des doublons. L'examen des références citées dans les revues incluses a permis d'identifier une revue supplémentaire (12). Les deux premières étapes comportaient la lecture des titres et des abstracts, et nous ont permis de retenir 25 articles. Après lecture intégrale de ces articles, nous avons exclu 11 références. Ces 11 articles exclus sont présentés dans l'*Annexe 2* avec les raisons de leur exclusion. Finalement, nous avons retenu 14 revues de la littérature répondant aux critères d'inclusions définis à priori.

Les recherches menées dans la littérature grise nous ont permis d'identifier deux guides de pratique clinique issus de sociétés savantes internationales.

L'une anglaise : le NICE (National Institute for health and Care Excellence), qui, dans ses recommandations de 2022, préconise la pratique de la MBCT pour les patients en rémission de dépression traitée par antidépresseur, mais à risque de rechute (9).

L'autre est canadienne : le CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments). Ce dernier préconise en première intention, associée aux antidépresseurs, la pratique de la MBCT pour le maintien des patients dans la rémission. Il est aussi indiqué que la MBCT peut être une alternative de seconde intention au maintien des antidépresseurs sur du long terme (13).

Figure 2 : Diagramme de flux.

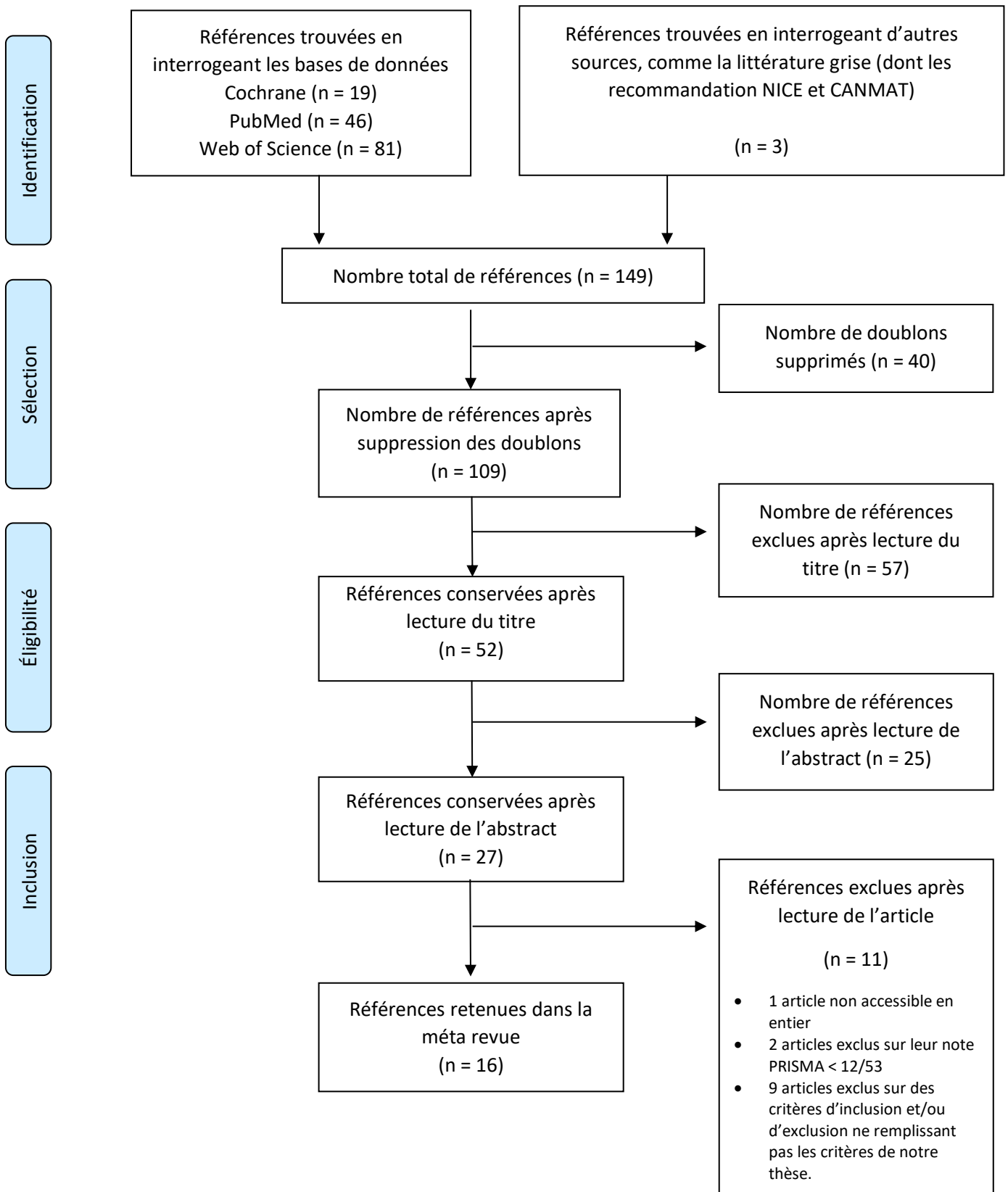


Tableau 1 : Etudes incluses dans la méta-revue (n = 14).

Titre	Auteurs	Année de publication	Population	Moyenne PRISMA	Moyenne R-AMSTAR	Idées fortes
Are acceptance and mindfulness-based interventions 'value for money'? Evidence from a systematic literature review	Duarte et al.	2018	Adultes ayant eu 3 ou plus EDC, selon critères DSM-5	25.5	31.5	Etude économique dont le caractère hétérogène n'a pas permis de démontrer que la MBCT était une intervention rentable.
Economic evaluation of mindfulness-based interventions : a systematic review	Zang et al	2022	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon les critères du DSM IV	25.5	24	La MBCT serait rentable et permet une diminution des coûts par rapport aux autres traitements.
Psychological therapies for preventing seasonal affective disorder (Review)	Fornieris et al.	2019	Adultes ayant un antécédent de dépression saisonnière selon le DSM IV	42.5	40.5	La MBCT n'a pas réussi à montrer un rôle significatif pour prévenir les dépressions saisonnières.
Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse	Kuyken et al.	2016	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon critères DSM ou ICD-10	41.5	36	La MBCT diminue le risque de rechute en comparaison au TAU. Les effets de la MBCT ne varient pas en fonction de l'âge, le statut marital et le sexe, mais sont influencés par l'intensité des symptômes de dépression.
Can non-pharmalogical interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression ? A systematic review and meta-analysis of randomised contolled trials	Clarke et al.	2015	Adultes atteints d'EDC, selon les critères DSM III/IV	37	39	La MBCT diminue le risque de rechute à 1 an en comparaison avec le TAU.
Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis	Tseng et al.	2023	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon critères DSM IV, ICD-10, CCMD-3	35.5	34.5	La MBCT diminue les scores de dépression à 1 an
Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	Galante et al.	2013	Adultes atteints d'EDC récidivants selon les critères du DSM ou ICD-10	35.5	32.5	La MBCT diminue le risque de rechute en comparaison avec le TAU chez les patients ayant eu moins 3 EDC.
Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis	McCartney et al.	2020	Adultes atteints d'EDC, selon les critères DSM III/IV	32	34.5	La MBCT diminue le risque de rechute en comparaison avec le TAU, même chez les patients ayant présenté 2 EDC
The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis	Piet et Hougaard	2011	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon les critères HAM-D	32	36.5	Le MBCT diminue le risque rechute en comparaison avec un TAU. La réponse à la MBCT est influencée par le nombre d'EDC antérieurs (au moins 3 EDC).

Titre	Auteurs	Année de publication	Population	Moyenne PRISMA	Moyenne R-AMSTAR	Idées fortes
The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in ajore depressive disorder : a systematic review and meta analysis	Zhang et Al.	2018	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon les critères DSM et ICD-10	31	34	La MBCT permet de diminuer le risque de récurrence à 12 mois pas à 24 mois, en comparaison avec le mADM. Le nombre d'EDC influence la réponse à la MBCT.
Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders : a systematic review and meta analysis	Chiesa et al.	2010	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon les critères BDI	28.5	34.5	La MBCT associée au TAU permet de réduire les récurrences à 1 an en comparaison avec le TAU seul, seulement pour les sujets ayant eu au moins 3 EDC.
Autobiographical memory style and clinical outcomes following mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): An individual patient data meta-analysis	Hitchcock et al.	2022	Adultes atteints d'EDC, selon critères HAM-D ou BDI	39	34.5	La mémoire autobiographique n'est pas un médiateur de la MBCT.
Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review	Alsubaie et Al.	2017	Adultes atteints d'EDC récidivants, selon les critères DSM IV, HAM-D	24.5	28.5	Les mécanismes principaux mis en œuvre dans la MBCT semblent être : l'inquiétude, la pleine conscience, les ruminations, l'affect et l'indulgence
A systematic review of mechanisms of change in mindfluness-based cognitive therapy in the treatment of reccurent major depressive disorder	Van der Velden	2015	Adultes atteints d'EDC, selon les critères DSM III, HAM-D ou BDI	17.5	27	Les médiateurs principaux mis en œuvre dans la MBCT sont : pleine conscience, l'inquiétude, la conscience de soi, l'indulgence. Le rôle des ruminations est moins clair.

EDC = épisode dépressif caractérisé ; HAM-D = échelle d'Hamilton ; BDI = Beck Depression Inventory ; CCMD-3 = Chinese Classification of Mental Disorder ; ICD-10 = Internation Statistical Classification of Diseases and Related Health problems ; TAU = Treatment As Usual ; mADM = maintien des antidépresseurs

Tableau 2 : Recommandations NICE et CANMAT incluses dans l'étude (n = 2).

Titre	Année de publication	AGREE II MK	AGREE II LM
Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments	2016	55 %	50,7 %
Depression in adults: treatment and management	2022	67,9 %	73,9 %

2. Caractéristiques des revues incluses

Les principales caractéristiques des revues incluses sont présentées dans le tableau 1. Nous avons classé les revues en fonction de leur critère de jugement principal : efficacité, mécanisme, économique, ainsi qu'en fonction de leur qualité méthodologique à la suite de nos notations PRISMA et R-AMSTAR.

2.1. Population

Les populations étudiées dans les différentes revues étaient homogènes : il s'agissait d'adultes de 18 à 75 ans, qui avaient présenté au moins deux épisodes dépressifs caractérisés diagnostiqués selon des échelles validées comme décrites dans la méthodologie.

Dans deux revues explorant les mécanismes (14,15), les populations étudiées étaient mixtes : elles incluaient des patients atteints de pathologies psychiatriques mais aussi somatiques. Cependant nous avons choisi de les garder dans l'analyse car ces populations étaient analysées séparément, et la majorité des conclusions portait sur une population homogène d'adultes atteints de dépression récidivante.

Plusieurs revues (12,16,18) ont pris le parti d'analyser séparément les populations ayant expérimenté au moins trois EDC, de celles qui en avaient vécu moins de trois.

Nous avons exclu une revue qualitative qui incluait des adolescents de plus de 12 ans. (19)

Nous avons exclu une revue évaluant l'efficacité de la MBCT dans le traitement d'un épisode dépressif aigu (20), sans critère de récurrence.

Enfin, nous avons choisi d'exclure une revue portant sur l'efficacité de la MBCT dans le sevrage médicamenteux chez une population prenant des antidépresseurs depuis au moins 6 mois. Ces antidépresseurs avaient été prescrits pour un trouble dépressif ou un trouble anxieux (21), et ce de manière indifférenciée.

2.2. Intervention

L'intervention étudiée était la MBCT. Comme décrit dans l'introduction, il s'agit d'une pratique de la méditation délivrée conformément à la méthode de Segal, Williams et Teasdale en 8 séances de groupes hebdomadaires de deux heures, associées à des séances quotidiennes de travail à la maison.

Dans plusieurs revues incluses (22,23), la MBCT était évaluée aux côtés d'autres interventions psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale (dont l'acronyme anglais est CBT pour Cognitive Behavioral Therapy), ou la thérapie interpersonnelle (IPT pour

interpersonnal therapy). Dans ces revues, l'efficacité de chacune de ces interventions étaient évaluée séparément, nous avons donc décidé de les conserver dans l'analyse.

Le caractère codifié de la MBCT garantissait d'avoir une intervention reproductible et donc homogène, ce qui facilite son évaluation scientifique.

2.3. Groupe contrôle

Nous n'avons pas décidé d'avoir de critère d'inclusion ou d'exclusion pour les groupes contrôle, ce qui nous a permis de comparer la MBCT avec une grande diversité d'autres méthodes.

La plupart des études d'efficacité (12,16,18,24–26) comparaient la MBCT au *Treatment as usual* (TAU) défini comme un traitement « par défaut », laissé aux soins du médecin psychiatre ou de premier recours. Les modalités de ce TAU (traitement médicamenteux, psychothérapie de soutien ou TCC) n'étaient souvent pas connues. Il existe donc une grande hétérogénéité dans ce dernier groupe.

Certaines études d'efficacité comparaient la MBCT à la poursuite du traitement antidépresseur (m-ADM) (16–18,27), ce qui garantissait une certaine homogénéité dans le groupe contrôle.

2.4. Type d'études

Toutes les revues incluses étaient des revues systématiques de la littérature. Nous avons exclu deux revues narratives (28,29) sans caractère systématique.

3. Evaluation de la qualité des études

Les articles ont bien été noté de manière indépendante par les deux chercheurs MK et LM.

Nous avons exclus deux articles en raison de leur score PRISMA qui était inférieur ou égal à 12/53 (30,31). Lors de la mise en commun, le différentiel des notes entre les deux chercheurs n'a pas excédé trois points. Le coefficient de corrélation inter-juge W calculé à partir des écarts entre les notes était de 92%.

4. Les revues portant sur l'efficacité de la MBCT

4.1. Sur le critère de rechute

Dans les différentes revues, nous avons pu observer une grande redondance dans les études originales étudiées. En particulier, il existe une dizaine d'études qui reviennent dans toutes les revues évaluant l'efficacité. Cependant, ces revues diffèrent sur les conditions de groupe

contrôle, en particulier pour ce qui va être classé comme TAU, ce qui les rends parfois difficile à comparer.

4.1.1. Comparé au Treatment as Usual (TAU)

Dans le cadre des rechutes dépressives, la plupart des revues incluses dans notre travail (12,16–18,24,25) ont retrouvé une différence significative entre le groupe MBCT et le groupe TAU en faveur du groupe MBCT après un suivi d'un an. Le risque relatif était compris entre 0,55 et 0,72. Le nombre de patients à traiter pour éviter une rechute dépressive était compris entre 4 et 5. Nous n'avons pas retrouvé de données permettant de définir si cet effet est maintenu à 24 mois.

Une seule revue ne retrouve pas de différence statistique entre MBCT et TAU : il s'agit de la méta analyse la plus récente, celle de *Zhang* en 2022 (17). Les études originales incluses dans cette méta analyse sont pourtant les mêmes que celle de *Mc Cartney* (16) parue un an plus tôt. Nous observons cependant que les résultats de l'étude de *Zhang* n'ont pas été exprimé en *risque relatif*, comme l'on fait toutes les autres études, mais en *Hazard ratio*. Ce paramètre est utilisé pour exprimer le risque relatif à un instant t (ici un an), dans une étude de survie où les durées de suivi sont différentes selon les patients et selon les études ; alors que le risque relatif est un risque cumulatif sur une période définie (ici un an). Dans la mesure où, théoriquement, une rechute d'épisode dépressif peut survenir plusieurs fois chez la même personne, l'utilisation d'une étude de survie paraît moins adaptée.

Les conditions du TAU n'étaient pas équivalentes entre les revues, surtout en ce qui concerne le statut du maintien des traitements antidépresseurs au début de l'étude. Dans la revue de *McCartney*, il a été réalisé une analyse en sous-groupe n'incluant que les études où les antidépresseurs et stabilisateurs de l'humeur étaient autorisés au début de l'étude. Celle-ci ne retrouve pas de différence significative entre MBCT et TAU. Cependant, la validité de ces résultats est à remettre en question : nous remarquons que cette analyse en sous-groupe, ne comprends que deux études dont l'une d'entre elle, *Perich* (32), incluait des patients souffrant de troubles psychotiques. Nous comprenons dans ce sens que les modalités variables du TAU rendent les résultats des études comparant MBCT et TAU très hétérogènes.

Par ailleurs, dans la revue de *McCartney*, il est réalisé une analyse en sous-groupe pour évaluer l'efficacité des « booster sessions ». Il s'agit de séances supplémentaires ayant lieu à distances des 8 séances initiales. Il en ressort que les patients présentent statistiquement moins de rechute quand ils bénéficient de ces séances à distance, par rapport à ceux qui suivent le cursus

MBCT « classique ». Cependant il convient de noter que ces séances ont été mise en place de manière très différente entre les études, ce qui limite la portée de ces résultats.

4.1.2. Comparé au maintien du traitement antidépresseur (mADM)

Plusieurs revues de la littérature ont évalué l'efficacité de la MBCT sur la rechute dépressive comparé au maintien du traitement antidépresseur (16,17,25,27), ce qui correspond en pratique à l'option thérapeutique la plus fréquemment choisie. Les résultats sont assez hétérogènes. Une fois de plus, nous avons pu observer que l'évaluation de la MBCT vs mADM repose sur 4 essais contrôlés randomisés, communs aux différentes revues que nous avons étudiées (27,33–35).

Pour une durée de suivi de 1 an : trois revues (16,18,25) ne retrouvent pas de différence significative entre MBCT et mADM. Deux autres revues (17,27) retrouvent au contraire une différence significative. Il s'agit des deux revues qui ont utilisé une étude de survie et un hazard ratio pour exprimer leurs résultats, ce qui peut expliquer cette différence.

Pour une durée de suivi de deux ans : une seule étude originale a effectué un suivi de deux ans, il s'agit de l'étude PREVENT menée par Kuyken en 2015 (36). C'est la seule étude originale d'ampleur dans ce domaine puisqu'elle comptait 424 participants et était conçue pour évaluer la supériorité de la MBCT sur la mADM, là où les effectifs des trois autres études étaient compris entre 25 et 70 participants. Cette étude puissante n'a pas retrouvé de différence significative entre MBCT et mADM à 2 ans : le hazard ratio était de 0,89 avec un intervalle de confiance à 95% de [0,67-1,17].

4.1.3. Comparé à la TCC

Nous avons également groupé les études qui incluaient un groupe de thérapie cognitivo comportementale (TCC), qui représente la méthode de psychothérapie de référence dans le traitement de la dépression. Il n'existe pas de comparaison directe TCC versus MBCT, mais il nous a semblé pertinent de mettre en parallèle les résultats de l'étude de la TCC dans les mêmes conditions de contrôle que ceux de la MBCT.

Quatre études (12,16,17,23) ont évalué la TCC aux côtés de la MBCT. Il s'agit de comparaisons indirectes puisque ces deux thérapies étaient comparées chacune à un même groupe contrôle.

Les différentes revues qui ont comparé la TCC au TAU concordent pour retrouver une efficacité de TCC pour prévenir les récurrences de dépression à un an, avec une taille d'effet comparable à celle de la MBCT. Cela semble indiquer que les deux thérapies auraient une efficacité similaire.

Cependant, la TCC a été évaluée sur des durées plus importantes que le MBCT. L'étude de *Bockting* (37) assurait un suivi sur 5 ans et demi pour la TCC, là où la MBCT n'était suivie que sur une période de 1 an.

Il n'existe pas d'évaluation de la TCC comparé au maintien des antidépresseurs.

La revue de la littérature de *Clarke* (23) propose une évaluation de l'*Interpersonal Therapy*, une thérapie inspirée de la TCC qui se sert de l'étude des schémas d'attachements. L'évaluation retrouve une différence significative versus TAU à 12 mois, avec une taille d'effet comparable à ce qui est observé pour la TCC ou la MBCT. Cet effet n'est pas persistant sur l'évaluation à 24 mois, malgré un nombre suffisant d'études participant à la méta analyse (n = 6).

Toutes les revues de littérature pointent l'hétérogénéité des pratiques de TCC observées dans les études ; autant dans le format (thérapie en tête à tête, séance de groupe, en présentiel ou délivrée en ligne), que dans la durée des séances ou leur fréquence.

4.1.4. Moins de trois épisodes dépressifs caractérisés (EDC), versus trois EDC et plus

Nous avons pu constater qu'il existe une controverse sur ce point. Dans la revue de la littérature de *Piet et Hougaard* (18) parue en 2011, nous retrouvons que l'effet de la MBCT observé sur la rechute dépressive ne s'applique pas aux patients n'ayant subi qu'un ou deux EDC. Cette observation apporte du crédit à la théorie d'activation différentielle développée par *Teasdale en 1988* (38) selon laquelle il existerait deux populations distinctes :

- Les patients ayant vécu trois EDC ou plus : dans cette population, nous retrouvons un âge de premier épisode dépressif plus précoce, associé fréquemment à des traumatismes infantiles, et qui correspondrait à une population plus vulnérable. A chaque rechute, le lien entre les schémas dysfonctionnels et les pensées négatives est renforcé. En conséquence, les rechutes dépressives surviennent plus facilement, sans qu'elles soient forcément reliées à des événements de vie : la dépression s'autonomise. Cette population serait plus sujette aux bénéfices de la MBCT.
- Les patients n'ayant vécu qu'un ou deux EDC : dans cette population, la dépression serait plutôt liée à des événements de vie.

Dans ce sens, nous pouvons comprendre que dans de nombreuses études qui ont suivi, les critères d'inclusion se sont limités aux patients ayant vécu trois EDC et plus.

Cinq revues de la littérature se sont penchées sur le sujet du nombre d'épisodes dépressifs (16–18,24,25) :

Trois d'entre elles retrouvent des résultats similaires à ceux de Piet : l'effet de la MBCT observé sur la rechute dépressive ne s'applique pas aux patients n'ayant subi qu'un ou deux EDC. Cependant, il n'existe que deux études originales, d'effectif limité, qui portent sur cette population.

La revue de *Mc Cartney* (16) parue en 2021 rebat les cartes sur ce sujet : sa méta analyse inclue deux études supplémentaires d'effectifs supérieurs, et montre des résultats très similaires entre la population ayant vécu un ou deux EDC, et celle ayant vécu trois EDC ou plus.

4.1.5. Place de la MBCT dans la dépression saisonnière

La dépression saisonnière est un schéma d'épisodes dépressifs récidivants suivant une temporalité saisonnière. Une revue de la littérature Forneris (20), a évalué l'efficacité de la MBCT dans la dépression saisonnière comparé à la luminothérapie. Cette revue de la littérature n'a inclus qu'une étude originale portant sur 46 patients et ne permet pas de conclure. Cette étude souligne le fait que les patients atteints de dépression saisonnière sont réticents aux traitements antidépresseurs.

4.2. Sur le critère d'intensité des scores de dépression

Deux études ont évalué l'efficacité de la MBCT sur la réduction des scores de dépression versus TAU (24,39). Les études utilisaient deux scores de dépressions validés : l'échelle de dépression d'Hamilton (HAM-D) (40) et l'inventaire dépressif de Beck (BDI-II) (41). L'efficacité sur ces deux échelles était analysée séparément.

Les résultats sont homogènes entre les deux revues : la MBCT permet une réduction des scores de dépression à la fin des 8 semaines de MBCT, et à 12 mois post intervention.

La revue de *Tseng* (39) rapporte également une réduction des idées suicidaires, évaluées à l'aide de l'échelle de Beck (BSS) (42).

4.3. Sur le critère du sevrage des antidépresseurs

La recherche sur ce sujet en est encore au stade préliminaire. Notre équation de recherche a permis d'identifier une revue Cochrane qui comparait plusieurs stratégies pour le sevrage des antidépresseurs chez des patients traités depuis au moins 6 mois. Cependant nous avons dû l'exclure car elle ne répondait pas aux critères d'inclusion que nous avons définis a priori.

5. Les revues évaluant les mécanismes à l'œuvre

Nous avons inclus trois revues de la littérature qui ont tenté d'identifier les mécanismes à l'œuvre dans le processus thérapeutique apporté par la MBCT (3,31,32). Pour ce faire, ces études de mécanisme ont testé la validité de « médiateurs », développé ci-dessous.

Par exemple : on va étudier le lien entre la MBCT (cause) et les symptômes de dépression (critère de jugement) pour vérifier si ce lien est médié par les ruminations (médiateur). Il s'agit ensuite de vérifier si le lien est spécifique, et d'établir un lien de causalité.

Alan Kazdin a théorisé l'évaluation de ces médiateurs (33). Différentes analyses ont été réalisées dans ces études de mécanisme :

- Une analyse de **corrélation** : il s'agit d'étudier si le médiateur choisi (exemple : les ruminations) et le critère de jugement (score de dépression), évoluent dans le même sens ;
- Une analyse de **régression** : il s'agit de déterminer quelle est la relation statistique entre ces deux données, en modélisant une fonction ;
- Une analyse de **médiation** : il s'agit de vérifier comment évolue le critère de jugement quand on influe expérimentalement sur le médiateur. Ceci permet de définir si cette relation est directe, ou s'il existe un médiateur intermédiaire. Il est toutefois difficile d'établir le sens de l'association (par exemple, est-ce la réduction des symptômes de dépression qui permet une diminution des ruminations ou bien est-ce la diminution des ruminations qui permet une réduction des symptômes de dépression ?)

Durant le traitement, effectuer des mesures répétées du critère de jugement et du médiateur choisi, permet d'affiner la spécificité du lien, et permet de savoir si le médiateur varie avant le critère de jugement.

Cependant, ces différentes analyses ne permettent pas d'affirmer la causalité entre le médiateur et le critère de jugement.

5.1. Pleine conscience

Les revues ont identifié la « pleine conscience » (mindfulness en anglais) comme un médiateur de l'effet de la MBCT sur la prévention des rechutes et la diminution des symptômes dépressifs.

La variable « pleine conscience » était mesurée à l'aide des questionnaires Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) (34), Mindfull Attention Awareness Scale (MAAS : Brown & Ryan, 2003) et Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS : Baer, Smith, & Allen, 2004).

Les analyses de corrélation et de régression ont retrouvé que l'augmentation des scores de pleine conscience était associée à une diminution du risque de rechute et à une diminution des scores de dépression. Enfin, deux des trois études d'analyse de médiation ont établi que l'augmentation des scores de pleine conscience médiait la diminution des scores de dépression.

Ces données semblent confirmer que « l'ingrédient principal » de la MBCT est bien la pleine conscience. Cependant ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux d'une étude originale de Williams en 2014 (35), qui comparait un groupe MBCT à un groupe « psychoéducation cognitive ». Le groupe de psychoéducation cognitive reprenait le programme de séances de MBCT, en retirant le travail de méditation. Les résultats ont montré que dans les deux groupes il y avait une réduction du risque de récurrence de dépression de 39% environ, sans différence statistique entre ces deux groupes. Cette taille d'effet correspond par ailleurs à ce qui est observé dans la plupart des études d'efficacité sur le MBCT.

5.2. Ruminations

Les données évaluant les ruminations comme médiateur de la MBCT sont assez hétérogènes. La revue de Van der Velden (31) fait l'hypothèse d'un biais de déclaration des ruminations au cours des études. Un des effets de la MBCT est d'améliorer la compréhension et la conscience de ses émotions qu'elles soient positives ou négatives. Ainsi les patients vont ressentir plus nettement leurs ruminations et vont le déclarer plus facilement qu'avant le début du traitement. Il est possible que ce biais complique l'évaluation des ruminations comme médiateur.

5.3. « Worry »

Nous pouvons traduire « worry » par « inquiétude » ou « préoccupation ». Les analyses de médiation ont retrouvé que la diminution de cette variable induisait la diminution des symptômes dépressifs.

5.4. « Meta awareness »

Ce terme peut se traduire par « conscience de soi ». Aucune analyse de médiation n'a été effectuée sur cette variable, mais une analyse de régression a prouvé une association statistique avec la diminution du risque de rechute.

5.5. « Self-compassion »

Une étude a démontré que la variable « self compassion », qui pourrait se traduire par « indulgence » induisait une réduction du risque de rechute dépressive.

Ainsi, les candidats les plus valables au titre de médiateurs sont : les capacités de pleine-conscience, la réduction des inquiétudes, et la conscience de soi. Le rôle des ruminations est moins clair. Aucune analyse n'a permis de démontrer la causalité d'un médiateur.

La capacité de régulation de l'attention, la spécificité de la mémoire autobiographique, l'écart perçu entre le soi réel et le soi désiré, la réactivité émotionnelle, et la capacité de décentrage ont aussi été testés comme médiateurs ; mais les données ne sont pas suffisantes pour statuer sur leur rôle dans le processus thérapeutique mis en œuvre dans la MBCT.

6. Les revues d'évaluation économique.

Parmi les articles étudiés, nous avons pu mettre en avant deux revues de la littérature qui abordent l'impact économique de la pratique de la MBCT.

La première étude de 2018 (43) a inclus dix études dont quatre qui abordaient la MBCT. Trois d'entre elles se sont penchées sur l'intérêt économique de la MBCT associée au maintien des antidépresseurs (mADM), versus mADM seul. Ces trois études sont arrivées à des conclusions différentes et leur analyse n'a pas permis d'aboutir à une évidence statistique de l'intérêt économique de la MBCT dans la dépression. La dernière étude concernant la MBCT traitée dans cette revue a mis en évidence un intérêt économique à la pratique de la MBCT seule en comparaison avec une surveillance active seule. Mais la construction de cette étude ne semble pas avoir respecté les critères des études économiques, et son résultat est donc peu extrapolable.

A noter que parmi les trois études incluses, l'une d'entre elle ne remplissait pas les critères de population de notre étude, à savoir les critères de dépression, puisqu'elle s'appuyait sur des patients souffrant de « medically unexplainable symptoms ».

La seconde étude de 2022 (44), regroupait six études économiques dont la MBCT était l'intervention principale. Parmi elles, nous retrouvons les trois études utilisées dans la revue de 2018. Les résultats de cette nouvelle revue de 2022 ont rapporté des résultats hétérogènes encore une fois avec la mise en avant d'une certaine rentabilité (*cost-effectiveness*) de la MBCT dans deux études la comparant avec le maintien des antidépresseurs, ainsi qu'une étude la comparant avec un TAU. Une diminution des coûts (*cost-saving*) a été retrouvée dans deux études, chacune avec un comparateur différent (TAU, surveillance active et observation simple). Une seule étude n'a pas mis en évidence de rentabilité ni de diminution des coûts.

Ces deux revues sont limitées par l'hétérogénéité des méthodes des études incluses, mais elles concluent toutes deux à la nécessité de réaliser plus d'études afin d'obtenir des conclusions satisfaisantes en terme statistique, afin d'appuyer un argumentaire économique de remboursement de la MBCT dans la dépression.

4. Discussion

Nous avons réalisé notre première méta-revue dans l'objectif de mieux comprendre l'impact de la MBCT dans la dépression récidivante. Nos résultats nous permettent d'apporter des arguments scientifiques quant à l'intérêt que cette méthode de méditation peut avoir chez les patients souffrant de dépression récidivante, auxquels nous allons fréquemment être confrontés lors de notre activité professionnelle. La plupart des revues étudiées tendent à conclure que la MBCT est efficace pour prévenir les récurrences de dépression avec un recul de 1 à 2 ans, et une efficacité comparable à celle de la TCC et de la poursuite du traitement antidépresseur.

4.1. Les limites méthodologiques des études

La plupart des revues étudiées tendent à conclure à un intérêt important de la MBCT pour la prise en charge des patients atteints de dépression récidivante. Les résultats de cette méta-revue sont cependant à nuancer en raison de nombreux écueils méthodologiques.

La comparabilité des études est l'une des limites majeures lors des revues psychoéducatives. La MBCT est le plus souvent comparée à un groupe « treatment as usual » (TAU). Ce qui veut dire que le patient va alors recevoir les soins prodigués habituellement dans cette situation par le médecin de premier recours. Cette appellation permet d'englober une variété de comparateurs différents que nous retrouvons dans les études originales, allant d'une prise en charge par défaut mal définie, au traitement antidépresseur. Ces groupes ne sont en général pas contrôlés sur le statut médicamenteux ou même sur une éventuelle psychothérapie en cours. La teneur du traitement habituellement prescrit varie considérablement en fonction du pays, des praticiens et des conditions socio-économiques des patients. Cette démarche de comparaison s'approche, en un sens, un peu plus des conditions réelles. Cependant les résultats des études "versus TAU" s'avèrent difficilement interprétable et impossible à comparer. Cela nous amène à conclure que le choix du regroupement des comparateurs sous le terme TAU est nettement moins pertinent pour la recherche, que celui de comparateurs actifs comme : Depression Relapse Active Monitoring (suivi clinique rapproché avec évaluation des symptômes dépressifs sans psychothérapie associée), psychothérapies, mADM.

Une méta analyse n'étant pas plus forte que les articles qu'elle contient, nous avons pu relever de nombreux biais dans les études originales incluses dans notre travail. Dans l'évaluation des thérapies psychologiques, ces biais ont été théorisés par Cuijpers et Cristea dans l'article : « *How to prove that your therapy is effective, even when it is not : a guideline.* » (45). Parmi ces derniers nous retrouvons dans les articles de nos revues :

- Un **biais d'allégeance** : les auteurs sont parfois impliqués dans le développement de la MBCT (Kuyken, Teasdale...). La littérature a montré que les résultats des évaluations de thérapies psychologiques étaient directement influencés par le niveau d'investissement des auteurs dans la thérapie évaluée (46).
- Un **effet placebo** : de nombreuses études ont documenté le fait que les pathologies mentales (en particulier la dépression) (47) sont particulièrement sensibles à l'effet placebo. Nourrir les attentes des patients envers l'efficacité de la thérapie évaluée permet de renforcer l'effet placebo. Cet effet est exacerbé quand le comparateur choisi n'est pas une thérapie active (par exemple : TAU), ce qui est le cas dans de nombreuses évaluations.
- Un **biais de sélection** : malgré un manque de précision sur ce point dans chaque étude, nous pouvons suggérer que les patients pratiquant la MBCT sont la plupart du temps des patients volontaires. Dans ce sens on comprend que l'effet placebo est renforcé chez ces sujets, qui présentent une certaine motivation à l'application de la thérapeutique. Les résultats semblent plus difficilement extrapolables à la population générale.
- Un **manque de puissance** : la majorité des études incluses ne recrutent pas plus de 60 individus dans chaque bras. La seule étude originale comportant un effectif convenable (36) n'était pas concluante quant à l'efficacité à 2 ans versus traitement antidépresseur.
- Un **biais de publication** : dans le domaine des interventions de psychothérapie, environ 25% des études effectuées ne sont pas publiées (48). Plusieurs des revues de la littérature que nous avons étudiées ont réalisé une analyse en « Funnel plot » pour déceler un éventuel biais de publication. La méta analyse de Kuyken datant de 2016 (36), qui est aussi la plus robuste dont nous disposons, retrouve une asymétrie dans les évaluations de la MBCT : il manquerait des petites études échouant à mettre en valeur une efficacité de la MBCT pour que la répartition soit homogène. Nous savons également que ces petites études sont plus sujettes à des biais de publication. Une étude datant de 2015 montre une surreprésentation des petites études retrouvant un effet positif dans les évaluations des psychothérapies dans la dépression (49). Il ne s'agit donc pas d'un cas isolé.

Regrouper ensemble les résultats positifs de ces petites études dans une méta analyse fait gonfler artificiellement la taille de l'effet. Cet artefact statistique est particulièrement visible dans la revue de Biesheuvel (12). Cette dernière retrouve une différence significative en faveur des psychothérapies (résultats de la MBCT, IPT, et

TCC combinés ensemble) versus mADM, alors qu'aucune de ces thérapies ne fait la preuve de son efficacité quand on l'analyse individuellement.

4.2. Regard clinique

Pour prévenir les rechutes d'épisodes dépressifs caractérisés, la MBCT semble avoir une efficacité comparable à la poursuite du traitement antidépresseur. Quand on connaît le profil d'effets indésirables des traitements antidépresseurs (50), c'est un résultat significatif. Cependant, comparer la MBCT au traitement antidépresseur pose question. Ce « traitement de référence » a une efficacité controversée : les médicaments antidépresseurs de 2^e génération semblent à peine plus efficaces que le placebo dans le traitement de la dépression (51). Au-delà de discréditer les traitements antidépresseurs, cela semble confirmer que l'effet placebo est à l'œuvre dans les traitements de la dépression. L'enjeu pour la science est-il alors de discerner dans chaque thérapie ce qui relève de l'effet placebo de ce qui n'en relève pas, ou bien faut-il considérer cet effet comme inhérent à la thérapie et partir de ce point de départ ?

La MBCT ne remplace pas la psychothérapie. Dans cette dernière, la relation avec le thérapeute est primordiale pour la compréhension des difficultés psychologiques, et amène un accompagnement indispensable. La MBCT correspond quant à elle une approche plus « pratique » de la prise en charge psychologique. Elle nous semble être une pratique complémentaire de la psychothérapie. A ce titre, comparer ces deux méthodes ne nous paraît pas pertinent.

Etudier les mécanismes à l'œuvre dans les psychothérapies permet d'approcher cette problématique. Il s'agit d'identifier « *l'ingrédient essentiel* » qui va véhiculer le changement. Pour la MBCT, il s'agirait peut-être de l'acquisition des capacités de « pleine conscience ». Mais cet ingrédient est-il spécifique à la MBCT ? Il est possible que la TCC ou les antidépresseurs augmentent également les scores de pleine conscience. La recherche dans ce domaine en est à ses balbutiements, et l'enjeu est pour l'instant d'adopter une méthodologie et un vocabulaire commun entre les différentes études.

4.3. Les forces de notre recherche

- La principale force de notre étude est le caractère systématique de la méthodologie avec l'utilisation des grilles d'évaluation PRISMA et R-AMSTAR ainsi que de l'évaluation AGREE-II pour les différents articles et recommandations inclus dans notre étude. Cela nous a imposé une certaine rigueur, et permis de prendre du recul sur la variété de méthodologies proposées, et d'en identifier les éventuels biais.

- La grande variété de critères de jugement dans les études incluses. Cela nous a permis d'aborder la technique de la MBCT sous différents prismes : efficacité, mais aussi mécanismes et aspects économiques.
- Le caractère protocolisé de la MBCT a permis d'en faire une évaluation reproductible, ce qui contraste avec les autres psychothérapies en particulier la TCC.
- Nous avons exploré le sujet de manière livresque (lecture du manuel de MBCT et de divers ouvrages sur le sujet) mais aussi de manière pratique (pratique personnelle, rencontre de praticiens enseignant la MBCT).

4.4. Les limites de notre recherche

La principale limite de notre travail est représentée par les nombreux biais méthodologiques que nous avons présentés précédemment. La technique de la méta-revue en elle-même est sujette à de nombreux biais, qui sont détaillés dans l'étude de Dawid Pieper de 2012 (52). Pour ce premier travail de recherche, nous avons essayé de respecter au maximum les recommandations pour la réalisation de ce type d'étude afin de s'affranchir des éventuels biais. Nous ne pouvons pas négliger une part de subjectivité quant au sujet de la méditation qui est une pratique à laquelle nous sommes tous les deux sensibles, ce qui peut avoir créé un biais se rapprochant du biais d'allégeance.

4.5. Problématique éthique dans l'évaluation des psychothérapies

Les différents questionnements sur la méthodologie nous amènent à un constat : actuellement la science ne dispose pas d'outils adéquats pour évaluer l'efficacité des psychothérapies. La recherche se contente de calquer la méthodologie sur celles des thérapeutiques médicamenteuses de manière plus ou moins heureuse. Cependant, l'évaluation des psychothérapies pose d'autres questions d'ordre éthique : la nécessité de l'évaluation de psychothérapie est dictée par l'évolution vers l'Evidence Based Medecine.

Ces interrogations sont formulées par le Dr Ludovic Gadeau dans l'article « Évaluation des psychothérapies : réflexions épistémologiques » :

« La philosophie portée par l'EBM (Evidence Based Medecine), et reprise en France par la Haute Autorité de santé, est de type « conséquentialiste », c'est-à-dire que la valeur d'une action peut être évaluée par la mesure de ses conséquences. C'est, semble-t-il, aussi la philosophie du rapport INSERM (2004) portant sur l'évaluation des psychothérapies. Cette forme d'utilitarisme porte en elle différentes questions : sur quels résultats évalue-t-on les conséquences ? Comment les attentes individuelles, de l'entourage et les facteurs culturels

interviennent-ils dans ce jugement ? Comment des valeurs mesurées en termes économiques peuvent-elles être comparées avec des valeurs qui ne sont pas quantifiables ? » (53).

Cette idéologie portée par l'EBM nous dit que pour être étudiée, une thérapie doit être reproductible et donc protocolisée. A partir de ce postulat, la psychothérapie change de paradigme pour s'orienter vers une technique rééducative généralisable. Est-il souhaitable que ce soit la méthode d'évaluation qui modèle la psychothérapie ?

4.6. Un enjeu économique

La MBCT permet de prodiguer une thérapie de groupe, pour 1h de travail personnel quotidien et seulement 2h hebdomadaires en contact avec le thérapeute. Cela en fait une thérapie peu coûteuse et rentable comparé à la TCC (qui s'articule autour d'une quinzaine de séances à raison de une à deux séances par semaine). Certaines thérapies dérivées de la MBCT vont jusqu'à supprimer la place du thérapeute (notion anglophone de « self-help ») et proposent un programme de méditation et de psychoéducation entièrement dématérialisé, par exemple le « mindfull mood balance » (54). Il nous semble prudent d'éviter certaines dérives utilitaristes avec des thérapies accessibles en ligne sur des plateformes payantes. Le fait que la MBCT soit une pratique relativement protocolisée, avec un programme et un nombre précis de séances, nous amène à nous questionner sur l'intérêt d'un éventuel remboursement par l'Assurance Maladie, comme dans le dispositif MonPsy, ou par les mutuelles. Mais ces séances se heurtent parfois à des contraintes techniques et temporelles.

4.7. Les enjeux pour les recherches futures

Le travail que nous avons réalisé nous amène à proposer des conseils pour la recherche à venir afin d'améliorer le design des études et d'ancrer la MBCT comme méthode thérapeutique :

- Utiliser des comparateurs actifs. De nombreuses études ont utilisé des comparateurs type « TAU », et nous avons vu que leur pertinence clinique était faible. Il convient à présent d'évaluer la MBCT contre des thérapies actives, allant du suivi clinique rapproché tel qu'il est proposé dans le DRAM (Depression Relapse Active Monitoring) au mADM.
- Réaliser des études de puissance acceptable, avec des effectifs conséquents, dans la veine de l'étude PREVENT menée par Kuyken et son équipe.
- Poursuivre les études portant sur les mécanismes des psychothérapies en adoptant un vocabulaire commun, avec notamment la définition d'un TAU commun.

- Réduire le biais d'allégeance en réalisant des études sur la MBCT portées par des équipes impartiales, qui ne soient pas liées au développement de cette thérapie.
- Poursuivre la recherche sur les modérateurs de l'effet de la MBCT, en particulier, sur des aspects ethniques : la grande majorité des études portent sur des sujets européens ou nord-américains. La MBCT sera-t-elle adaptée aux cultures religieuses marquées d'Inde, de Chine ou d'Afrique ?
- Evaluer l'enseignement de la MBCT pour comprendre dans quelle mesure l'effet fluctue en fonction du praticien.
- Réaliser des études sur du plus long terme afin de se concentrer sur la durabilité des bienfaits de la MBCT.

Lors de notre recherche bibliographique, nous avons pu constater que plusieurs études tendent à exploiter la MBCT dans d'autres domaines psychiatriques, tels que les troubles anxieux, les troubles suicidaires, les épisodes aigus de dépression etc... Par exemple, dans les épisodes dépressifs aigus, la MBCT semble avoir une efficacité similaire à la TCC pour réduire les scores de dépression comme le montre une étude datant de 2023 (55). Les mécanismes neurobiologiques de la MBCT explorés dans notre étude pourraient avoir un impact sur d'autres pathologies et il serait intéressant de réaliser des études avec une approche scientifique plus rigoureuse.

4.8. Le programme MBCT : un exemple en pratique

Nous avons eu la chance de participer à une séance d'information d'un programme de MBCT proposé par le CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions) de l'hôpital de Carcassonne, avec la participation du Dr PLAS Martine, médecin addictologue. Ce programme est proposé aux patients atteints de dépression, mais aussi d'addiction, de troubles du comportement alimentaire, ainsi qu'aux proches de patients atteints d'addiction. Bien entendu, il y a certaines contre-indications à respecter avant de participer au programme, telle qu'une addiction non sevrée, un deuil récent, une psychose non équilibrée, une dépression majeure etc... Pour éviter toute mise en échec, dévalorisante pour le patient. Les huit semaines du programme sont prises en charge à 100% par l'hôpital.

Lors de cette séance, nous avons pu avoir le retour de patients ayant déjà participé une première fois au programme, mais souhaitant renouveler l'expérience pour consolider les bienfaits apportés. Nous avons pu échanger avec le Dr PLAS ainsi que sa collègue psychologue sur leur expérience concernant le programme de MBCT. Les retours, des professionnels mais aussi des

patients nous ont paru très encourageants. Les difficultés rapportées sont de l'ordre du temps d'investissement, mais il a été très justement expliqué qu'il s'agissait d'une sorte d'entraînement cérébral, au même titre qu'un sport. Nous retenons principalement l'intérêt du groupe, qui apporte un réel partage des difficultés, une vision des différents modes de fonctionnement des individus, et qui permet une observation de ses propres spécificités et ainsi un réel apprentissage sur soi. Nous sommes très reconnaissants d'avoir pu participer à cette séance d'information, qui nous ouvre la porte à une éventuelle participation au programme.

5. Conclusion

Les nombreuses publications qui ont recherché l'impact de la MBCT en santé mentale, nous ont permis de réaliser une méta-revue synthétisant l'impact de cette méthode thérapeutique dans la dépression récidivante. La MBCT s'avère être un outil de prise en charge justifié auprès des patients dépressifs, notamment après trois épisodes de rechute. Les résultats restent à nuancer du fait de nombreux biais méthodologiques et statistiques, et incitent la recherche à fournir des travaux plus robustes.

Sur la base des théories cognitives, les médiateurs semblent être en jeu dans le mode d'action de la MBCT correspondent à la pleine conscience, le travail sur les ruminations et les inquiétudes, la conscience de soi, ainsi que l'indulgence. Ce constat nous permet de penser que la MBCT, notamment du fait de son travail sur la réorganisation cognitive, pourrait s'avérer pertinente pour d'autres troubles en santé mentale.

La MBCT pourrait être une pratique d'intérêt économique, de par son programme précis et sa reproductibilité. Les futures recherches doivent permettre de renforcer cet aspect afin de conclure à une évidence statistique économique, et d'éventuellement envisager une prise en charge par la sécurité sociale de cette thérapeutique.

le 27/05/2024
Vu, la Présidente du jury
Dr. Julie DUPOUY
Médecine Générale

Toulouse, le 7 juin 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



REFERENCES

1. Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, François Beck. Santé publique France. 2022. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021.
2. Bockting CL, Hollon SD, Jarrett RB, Kuyken W, Dobson K. A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clin Psychol Rev.* 1 nov 2015;41:16-26.
3. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, Mueller TI, Lavori PW, Shea MT, et al. Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry.* févr 2000;157(2):229-33.
4. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK, Angst J. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders - a life-long perspective. *Acta Psychiatr Scand.* mai 2004;109(5):339-44.
5. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071>
6. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019 [Internet]. 2018 [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2018-07_rapport-propositions-pour-2019_assurance-maladie.pdf
7. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. Mon soutien psy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé [Internet]. [cité 14 déc 2023]. Disponible sur: <https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/>
9. Recommendations | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; 2022 [cité 1 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#preventing-relapse>
10. Zindel V. Segal, Mark G. Williams et John D. Teasdale. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. 3ème édition. 2019.
11. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 21 juill 2009;339:b2700.
12. Biesheuvel-Leliefeld KEM, Kok GD, Bockting CLH, Cuijpers P, Hollon SD, van Marwijk HWJ, et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord.* 15 mars 2015;174:400-10.
13. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* sept 2016;61(9):524-39.

14. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E, Fink P, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* août 2011;124(2):102-19.
15. Alsubaie M, Abbott R, Dunn B, Dickens C, Keil TF, Henley W, et al. Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clin Psychol Rev.* juill 2017;55:74-91.
16. McCartney M, Nevitt S, Lloyd A, Hill R, White R, Duarte R. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2021;143(1):6-21.
17. Zhang Z, Zhang L, Zhang G, Jin J, Zheng Z. The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 23 févr 2018;18(1):50.
18. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* août 2011;31(6):1032-40.
19. Williams K, Hartley S, Langer S, Manandhar-Richardson M, Sinha M, Taylor P. A systematic review and meta-ethnographic synthesis of Mindfulness-based Cognitive Therapy for people with major depression. *Clin Psychol Psychother.* sept 2022;29(5):1494-514.
20. Seshadri A, Orth SS, Adaji A, Singh B, Clark MM, Frye MA, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *Am J Psychother.* 1 mars 2021;74(1):4-12.
21. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, Kendrick T, Donald M, De Sutter AI, et al. Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 15 avr 2021;4(4):CD013495.
22. Duarte R, Lloyd A, Kotas E, Andronis L, White R. Are acceptance and mindfulness-based interventions « value for money »? Evidence from a systematic literature review. *Br J Clin Psychol.* juin 2019;58(2):187-210.
23. Clarke K, Mayo-Wilson E, Kenny J, Pilling S. Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev.* juill 2015;39:58-70.
24. Galante J, Iribarren SJ, Pearce PF. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Res Nurs JRN.* mars 2013;18(2):133-55.
25. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 30 mai 2011;187(3):441-53.
26. Zhang B, Fu W, Guo Y, Chen Y, Jiang C, Li X, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 15 déc 2022;319:655-62.

27. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2016;73(6):565-74.
28. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:1599-605.
29. Sipe WEB, Eisendrath SJ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *Can J Psychiatry-Rev Can Psychiatr*. févr 2012;57(2):63-9.
30. Fjorback LO, Walach H. Meditation Based Therapies-A Systematic Review and Some Critical Observations. *Religions*. mars 2012;3(1):1-18.
31. Strub L, Tarquinio C. Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature. *L'Évolution Psychiatr*. juill 2012;77(3):469-90.
32. Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D. A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand*. mai 2013;127(5):333-43.
33. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. déc 2008;76(6):966-78.
34. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1 déc 2010;67(12):1256-64.
35. Huijbers MJ, Spinhoven P, Spijker J, Ruhé HG, van Schaik DJF, van Oppen P, et al. Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 15 nov 2015;187:54-61.
36. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2016;73(6):565-74.
37. Bockting CLH, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MWJ, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing Relapse/Recurrence in Recurrent Depression With Cognitive Therapy: A Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(4):647-57.
38. Lau M, Segal Z, Williams J. Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behav Res Ther*. 1 oct 2004;42:1001-17.
39. Tseng HW, Chou FH, Chen CH, Chang YP. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 14 janv 2023;20(2):1555.
40. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *J Affect Disord*. 5 sept 2013;150(2):384-8.

41. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess.* déc 1996;67(3):588-97.
42. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* avr 1979;47(2):343-52.
43. Duarte R, Lloyd A, Kotas E, Andronis L, White R. Are acceptance and mindfulness-based interventions "value for money"? Evidence from a systematic literature review. *Br J Clin Psychol.* juin 2019;58(2):187-210.
44. Zhang L, Lopes S, Lavelle T, Jones K, Chen L, Jindal M, et al. Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review. *MINDFULNESS.* oct 2022;13(10):2359-78.
45. Cuijpers P, Cristea IA. How to prove that your therapy is effective, even when it is not: a guideline. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 28 sept 2015;25(5):428-35.
46. Miller S, Wampold B, Varhely K. Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychother Res J Soc Psychother Res.* janv 2008;18(1):5-14.
47. Khan A, Brown WA. Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry.* 2015;14(3):294-300.
48. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mars 2010;196(3):173-8.
49. Flint J, Cuijpers P, Horder J, Koole SL, Munafò MR. Is there an excess of significant findings in published studies of psychotherapy for depression? *Psychol Med.* janv 2015;45(2):439-46.
50. Khawam EA, Laurencic G, Malone DA. Side effects of antidepressants: an overview. *Cleve Clin J Med.* 1 avr 2006;73(4):351-3.
51. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* févr 2008;5(2):e45.
52. Pieper D, Buechter R, Jerinic P, Eikermann M. Overviews of reviews often have limited rigor: a systematic review. *J Clin Epidemiol.* déc 2012;65(12):1267-73.
53. Anonyme. *Le Journal des Psychologues.* 2006 [cité 4 mars 2024]. Évaluation des psychothérapies : réflexions épistémologiques. Disponible sur: <https://www.jdpsychologues.fr/article/evaluation-des-psychotherapies-reflexions-epistemologiques>
54. Segal ZV, Dimidjian S, Beck A, Boggs JM, Vanderkruik R, Metcalf CA, et al. Outcomes of Online Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Patients With Residual Depressive Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 1 juin 2020;77(6):563-73.
55. Sverre KT, Nissen ER, Farver-Vestergaard I, Johannsen M, Zachariae R. Comparing the efficacy of mindfulness-based therapy and cognitive-behavioral therapy for depression in head-to-head randomized controlled trials: A systematic review and meta-analysis of equivalence. *Clin Psychol Rev.* mars 2023;100:102234.

ANNEXES

Annexe 1 : Déroulé du programme de Mindfulness Base Cognitive Therapy, extrait de Strub L, Traquinio C. *Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature. Evol psychiatr 2012*

Séance	Contenu	Tâches à domicile
1	Présentation de la pratique méditative Sensibilisation à la nécessité de l'observance Initiation à la pleine conscience Introduction à la pleine conscience : exercice du raisin Pleine conscience du corps : exercice du balayage corporel	Balayage corporel Méditation informelle Manger en pleine conscience
2	Balayage corporel Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile Initiation à la méditation assise centrée sur la respiration Reconnaissance de la connexion pensées/émotions Informations relatives aux signes prodromiques de la rechute dépressive	Balayage corporel Respiration en pleine conscience Journal événements agréables Méditation informelle
3	Méditation assise centrée sur la respiration Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration condition normale Marche en pleine conscience Pleine conscience des sons et de la vue : exercice Voir ou Entendre Exercices d'étirement en pleine conscience	Journal événements désagréables Étirements 3' espace de respiration
4	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration condition faire face Exercice Voir ou Entendre Identification des pensées automatiques Information sur les symptômes de diagnostic de la dépression	3' espace de respiration condition normale et faire face

Séance	Contenu	Tâches à domicile
	Renforcement de la compréhension de la pratique méditative	
5	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile Stratégie langagière de facilitation à la compréhension de concepts 3' espace de respiration	Méditation assise 3' espace de respiration condition normale et faire face
6	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration Exercice sur l'humeur et les pensées	3' espace de respiration condition normale et faire face Gestion des situations par la pleine conscience
7	Méditation assise Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile 3' espace de respiration ou marche en pleine conscience Exploration des liens entre activités et humeur	3' espace de respiration condition normale et faire face Identification de sa configuration de rechute Stratégies comportementales
8	Balayage corporel Feed-back et discussions par rapport aux exercices à domicile Méditation de clôture sur un objet Bilan du programme suivi Stratégies d'autogestion	

Annexe 2. Tableau des articles exclus.

Titre	Auteurs	Lieu de publication	Année de publication	PRISMA	R-AMSTAR	Argument d'exclusion
Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials	Fjorback et al.	Acta Psychiatrica Scandinavica	2011	24/53	30/44	Exclusion sur le manque de puissance du fait de nombreux biais, et population mal définie.
A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations	Chiesa et al.	Psychological medicine Cambridge university press	2009	20/53	27/44	Exclusion sur l'intervention : l'article ne différencie pas bien MBCT et MBSR.
Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression	Seshadri et al.	The American Journal of Psychotherapy	2021	34/53	35/44	Exclusion sur la population : traite les épisodes aigus de dépression.
Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives	MacKenzie et al.	Neuropsychiatric disease and treatment	2018			Exclusion sur le type d'étude : il s'agit d'une revue narrative.
Meditation Based Therapies—A Systematic Review and Some Critical Observations	Fjorback et al.	Religions	2012	12/53	17/44	Exclusion sur la note PRISMA (critères définit a priori dans la méthode)
Une analyse des effets de la Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) du champ princeps de la dépression à une pluralité de troubles psychiques : une revue de la littérature	Strub et Tarquinio	L'évolution psychiatrique Elsevier	2011	10/53	16/44	Exclusion sur la note PRISMA (critères définit a priori dans la méthode)
Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice	Sipe et Eisendrath	The Canadian Journal of Psychiatry	2012			Exclusion sur le type d'étude : il s'agit d'une revue narrative.
A systematic review and meta-ethnographic synthesis of MBCT for people with major depression	Williams and Al.	Comprehensive review - Wiley	2022	22/53	29/44	Exclusion sur la population : traite les épisodes aigus de dépression et des sujets ne répondant pas à nos critères d'inclusion.
Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults (Review)	Van Leeuwen	Cochrane Library	2021			Exclusion sur la population : ne remplis pas les critères d'inclusion.
Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis	Segal et al.	Curr Opin Psychiatry	2016			Exclusion sur le type d'étude : il s'agit d'une revue narrative.
The Safety of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials	Wong et al.	Mindfulness	2018			Exclusion pour cause de manque d'accès à l'article complet

Annexe 3 : Notation PRISMA et R-AMSTAR après lecture complète des articles.

Titre	Auteurs	Lieu de publication	Année de publication	PRISMA				R-AMSTAR			
				MK	LM	Moyenne	Différence de notation	MK	LM	Moyenne	Différence de notation
Autobiographical memory style and clinical outcomes following mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): An individual patient data meta-analysis	Hitchcock et al.	Elsevier - Behaviour Research and Therapy	2022	38	40	39	2	34	35	34.5	1
Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis	Tseng et al.	International Journal of Environment Research and Public Health	2023	35	36	35.5	1	35	34	34.5	1
Are acceptance and mindfulness-based interventions 'value for money'? Evidence from a systematic literature review	Duarte et al.	The British Psychological Society	2018	24	27	25.5	3	33	30	31.5	3
Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse	Kuyken et al.	Jama psychiatry	2016	40	43	41.5	3	37	35	36	2
Effects of mindfulness-based cognitive therapy on mental disorders: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials	Galante et al.	Sage Journal	2013	34	37	35.5	3	31	34	32.5	3
Mindfulness-based cognitive therapy for prevention and time to depressive relapse: Systematic review and network meta-analysis	McCartney et al.	Acta Psychiatrica Scandinavica	2020	31	33	32	2	36	33	34.5	3
The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis	Piet et Hougaard	Elsevier - Clinical psychology review	2011	31	33	32	2	35	38	36.5	3
Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review	Alsubaie et al.	Elsevier - Clinical psychology review	2017	23	26	24.5	3	30	27	28.5	3

Annexe 3 : suite.

Titre	Auteurs	Lieu de publication	Année de publication	PRISMA				R-AMSTAR			
				MK	LM	Moyenne	Différence de notation	MK	LM	Moyenne	Différence de notation
The effect of CBT and its modifications for relapse prevention in ajore depressive disorder : a systematic review and meta analysis	Zhang et al.	BMC Psychiatry	2018	31	31	31	0	35	33	34	2
Can non-pharmalogical interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression ? A systematic review and meta-analysis of randomised contolled trials	Clarke et al.	Elsevier - Clinical psychology review	2015	36	38	37	2	40	38	39	2
A systematic review of mechanisms of change in mindfluness-based cognitive therapy in the treatment of reccurent major depressive disorder	Van der Velden	Elsevier - Clinical psychology review	2015	16	19	17.5	3	26	28	27	2
Psychological therapies for preventing seasonal aective disorder (Review)	Fornaris et al.	Cochrane Library	2019	41	44	42.5	3	42	39	40.5	3
Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders : a systematic review and meta analysis	Chiesa et al.	Elsevier	2010	30	27	28.5	3	36	33	34.5	3
Economic evaluation of mindfulness-based interventions : a systematic review	Zang et al	Springer	2022	24	27	25.5	3	23	25	24	2

Annexe 4 : Liste des acronymes

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

DRAM : Depression Relapse Active Monitoring

mADM : Maintien des Antidépresseur

MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy

MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction

IPT : InterPersonnal Therapy

TAU : Treatment As Usual

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

The impact of MBCT in the management and evolution of recurrent major depressive disorder.

Objective

To assess the efficacy of MBCT in preventing recurrence of major depressive disorder.

Method

We performed a meta review (overview of reviews) including systematic reviews, meta-analyses, guidelines and clinical practice recommendations, published from 2009 to 2023. The methodological and report qualities were assessed by the AGREE II, PRISMA checklist and R-AMSTAR grid. Each step was performed independently by two researchers following a process derived from the PRISMA statement.

Results

Sixteen articles were included : 13 meta-analyses, 2 guidelines. An additional search through grey literature permitted to include one more meta-analyse.

Compare to « treatment as usual », MBCT has shown reduction in relapse risk at one year of follow up. When compared to maintenance of antidepressants, MBCT shows no reduction of relapse risk at 2 years of follow up. MBCT seems to have the same size effect when compared to TCC to prevent depressive relapse.

The mechanisms of action of MBCT were explored through mechanism studies. Several mediators were identified : mindfulness, worry, meta awareness and self compassion. The studies couldn't show causality for any of these mediators.

MBCT has shown to be cost effective and cost saving in différents economic studies.

Limits

The reviews included has shown several bias : allegiance bias, selection bias, publication bias, placebo effect and lack of power.

Conclusion

MBCT has shown to be effective to prevent relapse of major depressive disorder, especially for patient who suffered from more than three episodes of depression.

Key words : MBCT, mindfulness, depression, recurrent major depressive disorder.