

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2018

THESE N°: 287

LES EFFETS DE LA THERAPIE CONGNITIVE BASEE
SUR LA PLEINE CONSCIENCE SUR LA RECIDIVE DEPRESSIVE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mr. Tariq HAMMANI

Né le 09 Décembre 1991 à Tan-Tan

De L'Ecole Royale du Service de Santé Militaire - Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience – MBCT –
Récidive – Dépression.

JURY

Mr. H. KISRA Professeur de Psychiatrie		PRESIDENTE
Mr. J. MEHSSANI Professeur de Psychiatrie		RAPPORTEUR
Mr. M. KADIRI Professeur de Psychiatrie	}	JUGES
Mme. M. SABIR Professeur de Psychiatrie		
Mr. A. BOURAZZA Professeur de Neurologie		
Mr. O. YASSINE Professeur Assistant de Psychiatrie		MEMBRE ASSOCIE



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufiq DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – ***Clinique Royale***
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUY Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – Doyen de la FMPR
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOU DA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – Doyen de la FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – Dir. du Centre National PV
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOU DA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Doyen de la FMPA
Gynécologie Obstétrique



Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HADRI Larbi*
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. JELTHI Ahmed
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BELAIDI Halima
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHAMI Ilham
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. JALIL Abdelouahed
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. CHAARI Jilali*
Pr. DIMOU M'barek*
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUADGHIRI Mohamed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie – Orthopédie
Gynécologie –Obstétrique
Dermatologie

Urologie
Chirurgie – Pédiatrique
Neurologie
Pédiatrie
Gynécologie – Obstétrique
Traumatologie – Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Radiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie



Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- *Dir. Hop. Av. Marr.*
Anesthésie-Réanimation *Inspecteur du SSM*
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie *Directeur Hop. Chekikh Zaied*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale

Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie



Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Noureddine*
 Pr. BAHIRI Rachid

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie

Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. BERNOUSSI Abdelghani
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. NIAMANE Radouane*
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najja

Décembre 2005 Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*

Pédiatrie
Cardiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio – Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie – Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo – Phtisiologie
Biochimie
Pneumo – Phtisiologie



Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale

Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhousaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhousain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie ***Directeur Hôpital My Ismail***
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
Urologie
Gastro entérologie
Anatomie pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie générale
Hématologie biologique
Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil*
Pr. BELAIZI Mohamed*
Pr. BENCHEBBA Driss*
Pr. DRISSI Mohamed*
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
Pr. EL OUAZZANI Hanane*
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. MEHSSANI Jamal*
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Traumatologie Orthopédique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie pathologique
Psychiatrie
Cardiologie



Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOUR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
0.
Pr. BENSghir Mustapha*
Pr. BENYAHIA Mohammed*
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali*
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha*
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI Nizare
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad

Pharmacologie – Chimie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie biologique
Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique
Traumatologie Orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-Chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique

Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine Interne

**Enseignants Militaires*



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Généologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootchnie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines



Dédicace

À
FEU SA MAJESTÉ LE ROI
HASSAN II



Que Dieu ait son âme en sa Sainte Miséricorde.

À

SA MAJESTÉ LE ROI

MOHAMED VI

*Chef Suprême et Chef d'Etat-Major Général des Forces Armées
Royales*

Roi du MAROC et garant de son intégrité territoriale



Qu'Allah le glorifie et préserve son Royaume.

À
SON ALTESSE ROYALE
LE PRINCE HÉRITIER
MOULAY EL HASSAN



Que Dieu le garde.

À

SON ALTESSE ROYALE

LE PRINCE MOULAY RACHID



Que Dieu le protège.

À

TOUTE LA FAMILLE ROYALE

A

Monsieur le Général de Corps d'Armée

Abdelfattah LOUARAK

Inspecteur Général des FAR et Commandant de la Zone Sud

En témoignage de notre grand respect

Notre profonde considération et sincère admiration



A

Monsieur le Médecin Général de Brigade

Abdelkrim MAHMOUDI

Professeur d'Anesthésie Réanimation.

Inspecteur du Service de Santé des Forces Armées Royales.

En témoignage de notre grand respect,

Et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin Général

Abdelhamid HDA

Professeur de Cardiologie

Directeur de l'HMIMV – Rabat.

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération



A

Monsieur le Médecin Colonel Major

Mohammed ABBAR

Professeur d'urologie

Directeur de l'HMMI-Meknès.

En témoignant de notre grand respect

et notre profonde considération

A

Monsieur le Médecin Colonel Major

Khalid SAIR

Professeur de chirurgie viscérale

Directeur de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

*En témoignant de notre grand respect et notre profonde
considération*



A

Monsieur le Médecin Colonel Major Abdelouahed BAITE

Professeur d'Anesthésie Réanimation

Directeur de l'E.R.S.S.M

En témoignage de notre grand respect

Et notre profonde considération.

A

Monsieur le Médecin Colonel ZEHNOUN

Commandant du groupement formation et instruction

ERSSM

En témoignant de notre grand respect

Et notre profonde considération

Je dédie cette thèse à ... ✍

Je dédie avec une immense joie ce travail à tous les humains, mais particulièrement à ces personnes que j'aime : Amine H ; Amina B ; Aniss M, Asmae A ; Badr C ; Driss S ; Fedoua E ; mes Frères et Sœur (Anas, Simohamed, Hanae) ; Kawtar Q ; Khalil B ; Moncef B ; Myriem A ; ma petite Nièce Lyne ; OumKaltoum H ; mes Parents (Abdeslam, Fatiha) ; Simo A. Sachez que chaque'un de vous est un rayon de lumière dans ma vie.

Je le dédie également à mes maitres de pensées et de sagesse, auxquelles j'ai une estime et une gratitude infinie : André Comte-Sponville ; Aniss Mimoun ; Christophe André, Epicure ; Étienne Klein ; Frederic Lenoir ; Jon Kabat-Zinn ; Marcel Conche ; Mathieu Ricard ; Montaigne ; Nietzsche, Robert Misrahi ; Spinoza ; Sénèque. Grâce à vous, je suis devenu plus lucide, plus vertueux, et plus heureux.

Remerciements

À Notre Maître et Président de Thèse

Monsieur HASSAN KISRA

Professeur de psychiatrie

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse et nous vous remercions de la confiance que vous avez bien voulu témoigner.

Nous avons eu de la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Nous ne saurons jamais vous exprimer notre profonde gratitude.

Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre profonde admiration.

Nous vous prions de trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.

A Notre Maître et Rapporteur de Thèse

Monsieur JAMAL MEHSSANI

Professeur De Psychiatrie

En acceptant d'encadrer ce travail, vous nous avez fait un grand honneur, Vous nous avez toujours accueilli avec bienveillance et aidé à mener à bien cette thèse.

Veillez, Monsieur, accepter l'expression de notre dévouement, notre profond respect et notre reconnaissance.

A Notre Maître et Juge de Thèse
Monsieur YASSINE OTHEMAN
Professeur assistant de Psychiatrie

Je vous remercie vivement de m'avoir aidé à l'élaboration de ce travail.

Je garde un excellent souvenir de votre sollicitude et de votre dévouement au travail.

J'ai apprécié votre accueil bienveillant et vos conseils bien précieux.

Qu'il me soit permis, cher maître, de vous exprimer ma grande estime et ma profonde reconnaissance.

Votre bonté humainement appréciée, vos compétences et vos qualités humaines n'ont cessé de susciter ma grande admiration.

Veillez trouver ici, l'assurance de mes sentiments les plus respectueux.

A Notre Maître et Juge de Thèse

Monsieur MOHAMED KADIRI

Professeur de psychiatrie

Vous me faites un immense plaisir en acceptant de juger notre thèse.

Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme qui demeureront pour nous le meilleur exemple.

Que ce travail soit une occasion de vous exprimer notre gratitude, de respect et d'admiration les plus sincères.

A Notre Maître et Juge de Thèse

Madame MARIA SABIR

Professeur de Psychiatrie

Nous sommes très heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons apprécié votre accueil bienveillant, et sachez professeur que votre présence est pour nous, l'occasion de vous exprimer notre admiration de votre grande compétence professionnelle et de votre généreuse sympathie.

Soyez assurée de notre reconnaissance et notre profond respect.

A Notre Maître et Juge de Thèse

Monsieur Ahmed BOURAZZA

Professeur de Neurologie

Vous nous faites un immense plaisir en acceptant de juger notre thèse.

Qu'il nous soit permis de témoigner à travers ces quelques lignes notre admiration à la valeur de votre compétence, votre rigueur ainsi que votre gentillesse, votre sympathie et votre dynamisme qui demeureront pour nous le meilleur exemple.

Que ce travail soit une occasion de vous exprimer notre gratitude, de respect et d'admiration les plus sincères.

Liste des abréviations

ABREVIATIONS

AD	: Anti dépresseur.
BDI	: Beck Depression Inventory.
ECR	: Essai clinique randomisé.
ED	: Épisode dépressif.
HAMD-D	: Hamilton Depression Rating Scale .
IDS-C	: Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician.
MADRS	: Montgomery-Asberg Depression Rating Scale.
MBCT	: Mindfulness-Based Cognitive Therapy.
MBSR	: Mindfulness-Based Stress Reduction.
OMS	: Organisation Mondiale de Santé.
PRISMA	: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses
TCC	: Thérapie Cognitivo-Comportementale.
TDC	: Trouble dépressif caractérisé.
TH :	: Traitement habituel

Liste des illustrations

Liste des figures

Figure 1 : La boucle rétroactive auto-entretenu de l'ensemble sentiment-pensée-corps	14
Figure 2 : Exemples de posture à adopter pour une méditation assise	22
Figure 3 : Fiche pour identifier « la signature de la récurrence dépressive »	28
Figure 4 : Fiche pour y transcrire le plan d'action	29
Figure 5 : Evolution de la dépression	35
Figure 6 : Diagramme de flux.....	46
Figure 7 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 15 mois chez ceux ayant 3 épisodes et plus. Étude de Teasdale et al. 2000	52
Figure 8 : Proportions des patients sans rechute pendant un suivi de 15 mois chez ceux ayant 3 épisodes et plus. Etude de Ma et Teasdale 2004	53
Figure 9 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 14 mois. Etude de Bondolfi et al. 2010	54
Figure 10 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 15 mois. Étude de Kuyken et al. 2008	56
Figure 11 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 15 mois, étude de Kuyken et al. 2015	57
Figure 12 : Proportions des patients sans rechute pendant un suivi de 18 mois chez des patients en rémission instable. Etude de Segal et al. 2010 ;	59
Figure 13 : Proportions des patients ayant sans récurrence pendant un suivi de 14 mois. Etude de Huijbers et al. 2015	60
Figure 14 : Proportions des patients sans récurrence pendant le suivi chez ceux ayant un score élevé de traumatismes durant l'enfant (High CTQ) et ceux ayant un score bas (Low CTQ). Etude de William et al. 2013.	62
Figure 15 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 14 mois. Etude de Shallcross et al. 2015.....	63

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Le scénario des pensées et des sentiments : exemple des réactions d'un groupe	25
Tableau 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la classification DSM-5.....	34
Tableau 3 : Evaluation des études selon l'échelle de Jadad.....	47
Tableau 4 : caractéristique des études.....	49
Tableau 5 : résultats des études	64

Sommaire

Introduction	1
Partie théorique	4
A) Les TCC	5
1) Définition et caractéristiques	5
2) Les trois vagues de la TCC.....	6
a) La 1 ^{ère} vague	6
b) La 2 ^e vague	6
b-1) Généralités.....	6
b-2) Thérapie cognitive et dépression	7
c) La 3 ^e vague	8
B) La méditation en pleine conscience.....	10
1) Définition	10
2) Origine	10
3) Les idées reçues	11
C) La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT).....	12
1) Définition	12
2) Historique et contexte d'émergence.....	12
3) Les bases théoriques	13
4) Aspects pratiques	16
a) Structure, vue d'ensemble et objectifs fondamentaux de la MBCT.....	16
b) L'entretien d'évaluation préparatoire et critères d'exclusion	17
c) Les séances	17
c-1 Structure	17
c-2 Thème spécifique de chaque séance.....	18
d) Les exercices	20
d-1 Les exercices de méditation en pleine conscience	20
d-2 Les exercices cognitivo-comportementales	25
d-3 Les exercices psycho-éducatifs.....	27
e) Position de l'instructeur dans le programme MBCT.....	30

D) Dépression.....	31
1) Définition	31
2) Clinique.....	31
a) Humeur dépressive persistante	31
b) Ralentissement psychomoteur	32
c) Signes associés.....	32
3) Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé	34
4) Evolution.....	35
5) Principe de traitement	37
a) Objectifs généraux	37
b) Le traitement curatif ou d'attaque.....	38
c) Le traitement de consolidation.....	38
d) Le traitement de maintenance ou d'entretien.....	38
e) Place des psychothérapies dans le traitement de la dépression.....	39
f) Les techniques de neurostimulation.....	40
Partie pratique.....	41
A) Méthode.....	42
1) Critères d'éligibilité	42
a) Critères d'inclusion	42
b) Critères d'exclusion	42
2) Source d'information et stratégie de recherche	43
3) Processus de sélection des études	43
4) Evaluation des articles	44
B) Résultats.....	45
1) Articles sélectionnés	45
2) Données des études	48
3) Résultats de chaque étude	51
a) MBCT+TH vs Traitement habituel (TH)	51
b) MBCT vs traitement actif d'entretien	55
b-1 MBCT avec diminution ou arrêt d'antidépresseur vs entretien d'antidépresseur	55

b-2 MBCT vs antidépresseur d'entretien.....	58
b-3 Association MBCT et Antidépresseur vs entretien d'antidépresseur seul (m-AD)	60
c) MBCT + TH vs Psychothérapie d'entretien	61
C) Discussion.....	67
1) Synthèse des résultats	67
2) MBCT et coût.....	69
3) La MBCT au-delà de la récurrence dépressive	69
4) Perspectives.....	72
5) Forces et limites de notre revue.....	74
Conclusion	76
Résumés	78
Références	82

Introduction

En ce début de XXI^e siècle, la dépression constitue l'un des principaux problèmes de santé publique du fait de sa fréquence, de ses conséquences médicales, économiques et sociales. Selon les prévisions de l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression sera en 2020 l'affection qui après les maladies cardiovasculaires, entraînera les plus gros coûts de santé en termes de mortalité, morbidité, incapacité de travail et utilisation de soins médicaux. Toujours selon l'OMS, le trouble dépressif caractérisé sera la première cause d'incapacité en 2030 [1].

En réponse à l'ampleur de ce fléau, la thérapeutique de la dépression a connu des avancées considérables avec l'apparition de nouvelles classes d'antidépresseurs, efficace et mieux tolérées que les anciennes. Et de nouvelles psychothérapies telle que la psychothérapie cognitivo-comportementale. Avec un tel arsenal thérapeutique, l'étendue du problème de la dépression devrait être réduite. Néanmoins, la récurrence dépressive demeure une réalité clinique que les praticiens, et surtout les patients, affrontent avec beaucoup d'appréhension.

En effet, les recherches ont objectivé l'ampleur du problème de la récurrence dépressive : 50% des patients remis d'un premier épisode dépressif présenteront un second épisode [2]. Et ceux ayant vécu deux épisodes, auront un risque de récurrence dépressive de 70 à 80% [3]. D'une manière générale, le risque de récurrence grimpe avec chaque épisode additionnel.

Par ailleurs, la survenue de ces récurrences n'est pas dénuée de conséquences graves évolutives, cliniques et neurobiologique, ainsi après chaque récurrence. Le risque de passage à une dépression chronique croît de 10% et le risque suicidaire augmente aussi [4]. Le risque de présenter une sensibilisation au stress et d'apparition de modifications hippocampiques augmentent également [5].

Compte tenu de ces données alarmantes, dès les années 1990, il a paru nécessaire de mettre au point des traitements pour faire face à la récurrence dépressive. Tel est notamment le cas pour les antidépresseurs d'entretien qui ont prouvé une efficacité

dans la réduction de la récurrence dépressive [6]. Cependant, dans certaines situations, l'utilisation des antidépresseurs à longue durée peut poser problème, particulièrement pour les femmes enceintes, les femmes allaitantes, pour les patients sous polymédication, et pour les patients candidats d'interventions chirurgicales lourdes.

En gardant à l'esprit ces défis cliniques, Segal, Teasdale et Williams, ont élaboré un traitement non-médicamenteux, s'appuyant sur de plus en plus de données probantes selon lesquelles les vulnérabilités cognitives constituent un facteur de risque majeur dans la récurrence dépressive [7,8]. Ainsi, Les 3 chercheurs ont mis au point une thérapie de groupe, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (en anglais, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*; MBCT) dont l'ambition est d'apprendre aux patients une nouvelle approche pour se décentrer de leurs pensées et attitudes négatives. Cette approche combine des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale, avec la méditation en pleine conscience, qui selon les trois auteurs, semblent bien se compléter pour assurer une décentration optimale.

Notre travail consiste à évaluer l'efficacité de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) dans la prévention de la récurrence dépressive.

Pour répondre à cet objectif, et après un rappel théorique faisant le tour de la question, nous avons mené une revue systématique concernant les études ayant abordé ce sujet, en discutant leurs résultats et les conclusions qui peuvent en être tirées.

Partie théorique

A) Les TCC :

1) Définition et caractéristiques :

Ce sont un ensemble de thérapies fondées sur des connaissances issues de la psychologie scientifique [9,10], leur but est de résoudre un problème d'un patient, en l'analysant et en cherchant à l'expliquer. Une fois le problème compris, des exercices de différentes natures sont proposés [11] :

- *Des exercices cognitifs*, qui ciblent les pensées inadaptées et irréalistes en apprenant à les modifier, à construire et à stabiliser de nouvelles façons de pensées plus adaptées.
- *Des exercices comportementaux*, qui visent un apprentissage de nouveaux comportements.
- *Des exercices émotionnels*, qui développent l'accueil et la conscience des différentes émotions pour apprendre à mieux les réguler.
- *Des exercices corporels*, qui cherchent l'apprentissage de la détente physique et psychologique.

Les thérapies comportementales et cognitives se distinguent ainsi des autres thérapies par certaines caractéristiques [12] :

- L'accent mis sur les causes actuelles du comportement problème.
- Le changement durable du comportement est évalué, et considéré comme un critère majeur de réussite de la thérapie.
- Les procédures de traitement sont décrites objectivement et sont donc reproductibles par d'autres thérapeutes pour des patients ayant des difficultés similaires.

2) Les trois vagues de la TCC

Plusieurs auteurs distinguent trois grands courants historiques ou « vagues » dans les TCC[13–15]. Une vague réfère à un regroupement de thérapies, qui partagent un ensemble de caractéristiques communes : leur philosophie, leur théorie ainsi qu'à leurs objectifs et méthodes [13].

a) La 1^{ère} vague :

Représentée par les thérapies comportementales, apparue autour des années 1950 grâce aux travaux de plusieurs chercheurs psychiatres et psychologues [15,16] en s'appuyant sur les travaux de Thorndik 1933 [15] qui énonça le 1^{er} la loi de l'effet : la réaction d'un organisme, animal ou humain, tend à devenir plus ou moins « forte » selon qu'elle est suivie d'un résultat favorable ou défavorable à l'organisme qui l'a émise. Cette thérapie qui repose sur les théories d'apprentissage, vise à désapprendre un comportement pathologique, et apprendre un autre sain.

b) La 2^e vague :

b-1) Généralités

Représentée par les thérapies cognitives, apparue dans les années 1960-1970, grâce aux travaux de Beck sur le rapport entre pensées automatiques et dépression [15], et les travaux d'Ellis sur les effets des croyances erronées sur les émotions [17]. Ces derniers sont inspirés de la philosophie stoïcienne [18]. Ces thérapies consistent à repérer des schémas de pensée, et des croyances dysfonctionnelles, en vue de les modifier de façon active et méthodique [19].

Depuis 1970, les 2 thérapies se sont intégrées, on parle dès lors de la thérapie cognitivo- comportementale.

b-2) Thérapie cognitive et dépression

A partir des années 1970, différentes hypothèses cognitives de la dépression ont été proposées :

Selon l'hypothèse de « l'impuissance apprise », émise en 1975 par Seligman, la dépression résulterait d'une désespérance apprise au fur et à mesure de la confrontation du patient à des expériences traumatisantes prolongées ou répétées, et qu'il n'a pas été en mesure de contrôler. Dans ce cas, la dépression découlerait d'une conviction erronée que toute lutte est inutile. Ce qui aboutirait à un désespoir et prolongerait le patient dans un état de passivité profond face aux événements pénibles [20].

Cette hypothèse d'impuissance apprise a été reformulée en 1978 : le patient face aux événements difficiles, procède à un jugement de causalité internal, global et stable. C'est-à-dire que le patient s'attribue la responsabilité des causes de cet événement (internalité), et considère que celui-ci est définitif (stabilité) et s'étendra à tous les domaines de son existence (globalité) [21].

Une autre hypothèse cognitive majeure a été émise par Beck en 1979, selon laquelle la dépression est engendrée par des schémas de pensées négatifs, erronés, inconscients et profondément ancrés [22]. Ces schémas de pensées sont caractérisés par une vision négative de soi, du monde et de l'avenir. Ils sont alimentés par un traitement d'information perturbé appelé « distorsions cognitives ». Plusieurs types de distorsions cognitives ont été décrits [15] :

- *L'abstraction sélective* : consiste à ne retenir que l'information négative. Et se centrer plus sur le détail que le contexte.
- *La surgénéralisation* : le sujet va étendre le malheur d'une situation difficile isolée à toutes les situations possibles.

- *L'inférence arbitraire* : consiste à tirer des conclusions négatives sans preuve. C'est une réponse stéréotypée aux situations à partir d'un postulat de base.
- *La magnification et la minimisation* : consiste à attribuer une grande valeur aux événements négatifs et à dévaloriser ceux positifs.
- *La pensée dichotomique* : le patient s'enferme dans l'alternative du tout ou rien. Il n'a pas de modulation possible entre les idéaux grandioses et le sentiment d'impuissance à les atteindre.
- *La personnalisation* : c'est une surestimation de la relation entre les événements défavorables et l'individu. Elle correspond à « l'internalité » évoquée dans l'hypothèse d'impuissance reformulée.

Par ailleurs, ces schémas de pensées négatifs et erronés, ainsi que ces distorsions cognitives, constitueront les cibles des thérapies cognitives dans le traitement de la dépression.

c) La 3^e vague :

Représentée par un ensemble de thérapies dites « émotionnelles », la 1^{ère} thérapie faisant partie de la 3^e vague a été développée par Zettle et Hayes en 1980. Elle s'approche davantage du béhaviorisme radical de Skinner dans la façon d'aborder les phénomènes cognitifs [16]. Elle est nommée *comprehensive distancing* qui deviendra la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* ou ACT) [13]. Depuis plusieurs thérapies ont vu le jour :

- La thérapie analytique fonctionnelle (*Functional Analytic Psychotherapy*, FAP).
- La thérapie comportementale dialectique (*Dialectical Behavior Therapy*, DBT) [23].

- La thérapie comportementale intégrative du couple (*Integrative Behavioral Couple Therapy*, IBCT) [24].
- La thérapie d'activation comportementale (*Behavioral Activation*, BA)[25].
- La thérapie métacognitive (*Meta-cognitive Therapy*, MCT) [26].
- Les thérapies basées sur la pleine conscience :
 - La Réduction du Stress Basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR [27].
 - Thérapie Cognitive Basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Cognitive Therapy*, MBCT) [28].
 - Prévention de Récidives Basée sur la pleine conscience (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*, MBRP) [29].

Ces thérapies ayant plusieurs caractéristiques en commun, elles font appel à :

- *L'acceptation* qui consiste à accueillir les expériences internes désagréables, au lieu de les refuser fermement. Notons également que l'acceptation n'est pas synonyme de résignation mais, plutôt d'accueil calme pour entreprendre dans un climat de lucidité une action efficace.

- *Changement du rapport* aux expériences internes désagréables au lieu de les changer elles même.

- *La méditation* qu'elle soit classique ou fonctionnelle (c'est à dire incorporer la méditation dans les actes quotidiens) : c'est l'entraînement de l'esprit qui favorise cet état d'acceptation, et de changement par rapport aux événements intérieurs désagréables.

Il est important de noter que ce terme 3^e vague ne signifie pas que les vagues précédentes sont dépassées, il signifie plutôt une expansion, un prolongement naturel de ces thérapies dont l'espoir de traiter avec une efficacité accrue [30].

B) La méditation en pleine conscience.

1) Définition

La méditation en pleine conscience a été introduite la 1^{ère} fois dans un but thérapeutique par le Dr. John Kabat-Zinn. Il la définit comme suit : « la pleine conscience est la conscience qui émerge lorsque l'on porte son attention volontairement, dans le moment présent et sans jugement sur l'expérience telle qu'elle se déploie moment par moment » [27].

Étymologiquement, le terme *Mindfulness* (pleine conscience), est introduit dans le vocabulaire occidental par Thich Nhat Hahn moine bouddhiste zen vietnamien pour traduire « *sati* » terme pali (indo-européen) signifiant « *awariness, attention and remembering* » (conscience, attention, jute et clair). Le terme méditation est une traduction des termes Sanskrit et Tibétain : « *bhâvanâ* » qui signifie s'entraîner et cultiver et « *gam* » signifie se familiariser [31].

La méditation en pleine conscience serait donc un entraînement de l'esprit, qui consiste à porter délibérément son attention vers l'instant présent, et ceci sans jugement : simplement observer, ressentir et accepter les phénomènes (pensées, émotions, sensations physiques) qui entrent dans son champ de conscience, sans essayer de les modifier ou les juger.

2) Origine :

La méditation en pleine conscience s'inspire des techniques méditatives bouddhistes, mais dépourvues de toute connotation religieuse [27,28].

En 1979, elle a été introduite par le professeur John Kabat Zinn dans un programme expérimental réalisé à la clinique de réduction du stress de l'université de Massachussets. L'objectif était d'évaluer l'effet d'un entraînement intensif basé sur la pleine conscience, sur des patients souffrants de douleur et comorbidité multiples, en

complément de leur traitement médical. Devant le résultat encourageant de ce programme expérimental, le programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) voit le jour.

3) Les idées reçues :

Le terme de méditation en pleine conscience fait évoquer plusieurs idées au grand public, mais aussi pour les médecins. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de corriger les principales idées fausses :

« *la méditation en pleine conscience est une pratique religieuse* » : la méditation en pleine conscience même si elle est inspirée du bouddhisme ne nécessite en aucun cas à croire en cette doctrine, elle est juste un outil de régulation émotionnelle et attentionnelle, au-delà de toute croyance religieuse [31].

« *La méditation en pleine conscience est une réflexion profonde* » : la MPC consiste à observer ses pensées, plutôt que les construire et les ordonner [32].

« *La méditation en pleine conscience c'est se faire vider la tête* » : il est quasiment impossible d'arrêter nos pensées, c'est pourquoi dans la MPC nous observons nos pensées au lieu d'espérer les stopper : la MPC n'est pas une absence de pensées, mais plutôt une absence *d'engagement* dans les pensées [32,33].

« *La méditation en pleine conscience c'est comme la relaxation* » : l'objet direct d'une séance de relaxation est d'accéder à un état de détente physique et psychique. La MPC peut amener à cet état mais ce n'est pas son objectif 1^{er}, la MPC cherche à être plus présent et plus conscient [32].

C) La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

1) Définition

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT) est une thérapie de groupe, qui s'inscrit dans le courant de la 3^e vague des TCC. Elle combine la démarche de pleine conscience avec des éléments issus de la thérapie cognitive, et des éléments de psychoéducation sur la dépression, dans le but de prévenir la récurrence dépressive.

Elle est décrite de façon détaillée dans le livre de Segal, Teasdale et Williams dont il existe une traduction française : La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : prévenir la récurrence. 2e édition. De Boeck Supérieur ; 2016.

2) Historique et contexte d'émergence

Les travaux d'Ellen Frank démontaient pour la première fois que la psychothérapie (la psychothérapie interpersonnelle, TIP) pouvait réduire le risque de récurrence dépressive. Ils avaient encouragé Zindel Segal (professeur de psychiatrie à l'université de Toronto) Teasdale (chercheur à l'université d'Oxford) et Williams (professeur de psychologie clinique à l'université d'Oxford), en 1992 à montrer un vif intérêt pour la possible élaboration d'une version d'entretien de la thérapie cognitive, plus efficace contre la récurrence dépressive [28,34].

Ainsi, et sans rejeter les techniques cognitives de Beck basées sur le changement du contenu des pensées négatives, les trois chercheurs émirent l'hypothèse que le succès du traitement pourrait également passer par un phénomène de décentration c'est-à-dire par un changement implicite de la relation même à ces pensées [28]. Les patients en apprenant à interagir avec les pensées en tant qu'événements mentaux et non en tant que « vérités » ou « soi », se protégeant ainsi d'un risque de récurrence induit par un schéma de pensée ruminative. Cette nouvelle perspective, les amène alors à

croiser le chemin de Marsha Linehan qui avait utilisé le concept de décentration dans sa mise au point de la thérapie comportementale dialectique (*dialectical behavior therapy*, DBT) [35]. Cette dernière est une psychothérapie pour le trouble de personnalité borderline, qui comportait la méditation en pleine conscience, dont le but était d'aider les patients à se protéger de leurs pensées et émotions les plus puissantes en leur apprenant à changer leur rapport à elles. Cette considération a constitué une nouvelle source d'inspiration pour les trois chercheurs qui ont établi un parallèle entre le trouble de personnalité borderline et la dépression du point de vue de l'incrimination commune d'un modèle de pensées dysfonctionnel et ont envisagé ainsi l'inclusion de la pleine conscience dans leur protocole.

Finale­ment, Segal, Teasdale et Williams, en 2002 ont mis au point une approche qui allie la démarche de pleine conscience de John Kabat-Zinn avec des éléments issus de la thérapie cognitive de Beck [28].

3) Les bases théoriques

Les trois chercheurs sont partis du constat que le mécanisme psychologique majeur sous-jacent à la récurrence dépressive est une réactivation lors d'une baisse de l'humeur d'un ensemble de pensées ruminatives, sensations corporelles, et émotions caractéristiques d'épisodes dépressives antérieurs [28]. Les composantes de cet ensemble (pensées-affects-corps) interagissent entre eux au travers de boucles rétroactives auto-entretenu­es amplifiant ainsi l'humeur triste initiale en un état dépressif caracté­risé (**figure 1**). Ainsi selon les trois chercheurs la prévention de la récurrence dépressive passerait par l'interruption le plus tôt possible de cette boucle rétroactive nocive.

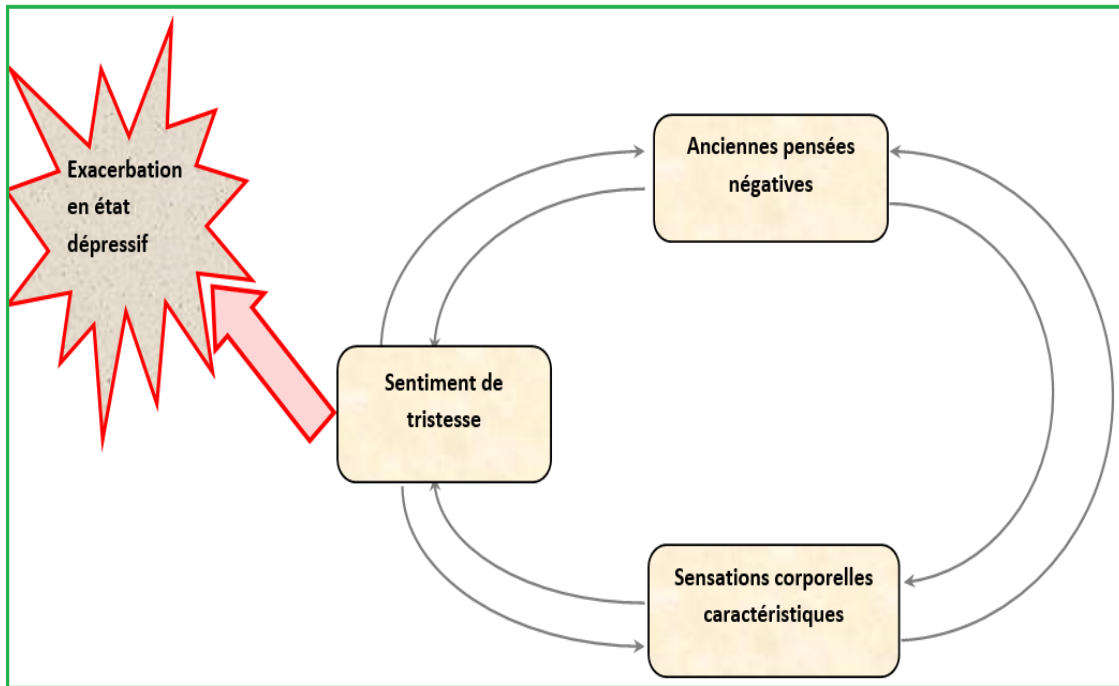


Figure 1: la boucle rétroactive auto-entretenu de l'ensemble sentiment-pensée-corps [27]

Selon Segal et ses collaborateurs après analyse des travaux de John Kabat-Zinn [27], l'entraînement à la pleine conscience semble offrir plusieurs « voies d'accès » à ce cercle vicieux afin de l'interrompre et cesser l'enchaînement des réactions auto-entretenues de la boucle rétroactive [28] :

- L'amélioration de la conscience de ses pensées permet :
 - D'identifier les anciens schémas de pensées nuisibles dès leur émergence. Ce qui offre la possibilité d'interrompre la spirale de pensées génératrices d'humeur dépressive, en les regardant comme des simples pensées et non pas comme la réalité, et en les voyant avec lucidité de manière à pouvoir choisir sur laquelle agir, et lesquelles laisser simplement être.

- La pleine conscience bienveillante de ses sentiments permet :

- D'être vigilant devant les sentiments qui peuvent enclencher des pensées néfastes anciennes et des comportements impulsifs. Ce qui pourrait augmenter la capacité de se décentrer volontairement de ces automatismes nocifs.
- D'apprendre à observer les émotions pénibles, et à changer la relation vis-à-vis d'elles en acceptant de les voir comme des états d'esprits plutôt que s'identifier à elles. Ce qui pourrait aboutir à leur atténuation, et à la diminution de leur influence sur les pensées, le corps et les comportements.

- La pleine conscience aux sensations corporelles permet :

- D'améliorer la conscience aux émotions tristes subtiles par la connaissance de leurs marqueurs corporels. Et par conséquent, une potentialisation des stratégies adaptées à leur gestion.
- D'interrompre le processus de pensée ruminative en se servant du corps comme ancrage à l'ici et maintenant.

En plus de cet entraînement attentionnel _ayant comme objectif l'interruption des réactions auto-entretenues de la boucle rétroactive_, les trois chercheurs stipulent que la pleine conscience implique un développement des capacités d'acceptation émotionnelle. En accueillant ses pensées, sensations, et émotions pénibles (plutôt qu'en les évitant), la pratique de la pleine conscience entraîne la capacité de tolérer ces expériences aversives. Une forme d'exposition remplace donc la réponse impulsive d'évitement expérientiel [36].

4) Aspects pratiques

Nous exposons dans ce qui suit le cadre de cette thérapie, puis son contenu, et nous concluons par la position de l'instructeur qui est particulière par rapport aux autres psychothérapies.

La présentation de cette partie s'appuie sur l'ouvrage de référence de Segal, Teasdale et Williams [28].

a) Structure, vue d'ensemble et objectifs fondamentaux de la MBCT

La MBCT est un programme de groupe de 8 semaines, dispensé par un ou deux instructeurs sous la forme de séances hebdomadaires de deux heures, incluant en général 12 personnes (mais le nombre peut varier légèrement selon la surface des locaux disponibles). Une journée de pratique de pleine conscience est organisée entre la 6^e et la 7^e séance. Certains centres proposent entre deux à quatre séances de suivi, espacées dans l'année qui suit la participation au programme en huit semaines.

Les éléments essentiels de la MBCT comprennent l'enseignement de la méditation de pleine conscience, combiné avec des exercices issus de la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi qu'une psychoéducation sur la récurrence dépressive.

Cet enseignement a comme objectifs fondamentaux le fait de :

- Améliorer la conscience des patients de leurs sensations corporelles, des émotions et des pensées, moment après moment.

- Aider les patients à établir une relation différente avec les sensations, pensées et émotions. Plus spécifiquement, au travers de l'acceptation et la reconnaissance pleinement consciente des émotions et des pensées non souhaitées, plutôt qu'en ayant recours aux routines préprogrammées qui ont tendance à entretenir les situations difficiles.

- Montrer aux patients comment choisir la réponse la plus adéquate à toutes les pensées, émotions ou situations désagréables qu'ils rencontrent.

b) L'entretien d'évaluation préparatoire et critères d'exclusion

Avant l'admission au programme, chaque patient passe un entretien préalable qui dure environ une heure dont le but est de :

- Connaître les facteurs qui, pour chaque patient ont été associés au déclenchement et à l'entretien sur le long terme de la dépression.

- Expliquer le contexte général de la thérapie MBCT et considérer avec chaque patient en quoi elle pourrait l'aider.

- Souligner l'importance de l'investissement personnel, la patience et la persévérance qui seront requis tout au long des huit semaines.

- Déterminer dans quelle mesure le participant profitera du programme au moment où celui-ci commencera. De manière générale, les instructeurs excluent les candidats :

- Suicidaires et sans autre forme de soutien psychologique.
- Dépendants de drogues ou d'alcool.
- Incapables de se livrer à 45 minutes d'exercices à domicile quotidienne.

c) Les séances

c-1 Structure

À l'exception de la 1^{ère} séance qui commence par l'accueil des patients, l'établissement des règles de base concernant la confidentialité, et la présentation des participants. Toutes les séances ont un agenda similaire : elles commencent directement par un exercice de méditation formelle, guidée par l'instructeur qui dure généralement 40 minutes, suivi d'un moment d'échange sur cet exercice. Ensuite, les patients sont invités à partager leurs impressions sur les exercices qu'ils ont effectués à domicile. Sur la base de cet échange, l'instructeur aborde le thème spécifique de la

séance (par exemple, séance 1 : conscience et pilote automatique). Puis, les patients sont invités à exercer une nouvelle pratique méditative, après laquelle un exercice classique de thérapie cognitive, ou une réflexion autour de la récurrence dépressive sont proposés. Ceux-ci constitueront en général un des exercices à effectuer à domicile pour la semaine suivante. La séance se termine par la distribution des documents, qui contiennent le résumé de la séance, ainsi que les exercices à faire à domicile. Ceux-ci engagent les patients en moyenne à 45 minutes de pratiques méditatives, six jours sur sept.

c-2 Thème spécifique de chaque séance

Les séances de la MBCT sont structurées autour d'un thème. Ainsi :

- *La 1^{ère} séance, « conscience et pilote automatique »*, permet de constater le fait que nous nous comportons mécaniquement, sans être vraiment conscients de ce qui se passe. Le risque avec ce mode de fonctionnement d'esprit « pilote automatique » c'est que d'une part, il nous prive de vivre pleinement notre vie, et d'autre part des émotions et pensées négatives peuvent passer plus facilement inaperçues, et si elles restent sans surveillance, elles peuvent fusionner et aboutir à des émotions plus intenses voire un état dépressif.

- *La 2^e séance, « vivre dans sa tête »*, s'intéresse au fait que nous nous interagissons souvent avec les événements indirectement, au travers de nos pensées, plutôt que directement par nos sens (notre corps). La connaissance conceptuelle risque de nous faire perdre dans des ruminations et inquiétudes, tandis que la connaissance expérientielle par les sens est une manière de prendre conscience d'expériences pénibles, sans se perdre dans les pensées ruminatives. Ainsi, le corps est considéré comme l'espace clé au travers duquel nous pouvons entrer différemment en relation avec nos expériences.

- *La 3^e séance, « rassembler l'esprit dispersé »*, souligne le vagabondage perpétuel de l'esprit, vu qu'il cherche incessamment de clôturer des tâches passées inachevées, ou à atteindre des objectifs futurs. Et la possibilité de revenir délibérément sur l'ici et le maintenant, et de rassembler cet esprit toujours dispersé et le calmer grâce à la respiration et au corps.

- *La 4^e séance, « reconnaître l'aversion »* met l'accent sur la tendance habituelle d'éviter systématiquement les expériences désagréables. Ce qui pourrait sur le plan émotionnel, être totalement contre-productif. Les patients sont alors invités à identifier cette habitude de l'esprit, dès qu'elle est déclenchée par des sentiments désagréables, que ce soit pendant leur pratique de méditation ou au cours de toute expérience du quotidien.

- *La 5^e séance, « laisser être et lâcher prise »*, insiste sur l'intérêt d'entretenir une relation différente avec les expériences déplaisantes. Plutôt que de les fuir, de s'agiter devant leur présence, et de tenter à tout prix de les changer. Les patients sont invités à permettre aux choses d'être comme elles le sont déjà, et à adopter une attitude de bienveillance, sinon d'acceptation envers toute expérience. Une telle attitude d'acceptation est importante dans la mesure où elle permet de répondre avec lucidité et compassion, plutôt que de réagir automatiquement selon de vieilles stratégies stériles et astreignantes.

- *La 6^e séance, « les pensées ne sont pas des faits »*, met la lumière sur le fait que les pensées ne reflètent pas toujours la réalité, et sont souvent déterminées par l'humeur du moment. Les participants sont alors encouragés à changer leur relation avec leurs pensées et images mentales, en les considérant comme un simple produit de l'esprit, au lieu de s'identifier à elles, et les prendre comme une vérité indiscutable. Cette relation, est particulièrement importante vis-à-vis des pensées pessimistes et démobilisatrices qui constituent une des caractéristiques les plus saillantes des états d'humeur dépressifs, qui empêchent de poser les actes nécessaires pour sortir de ces états.

- La 7^e séance, « comment puis-je au mieux prendre soin de moi ? », s'articule sur l'importance de l'action adéquate pour prendre soin de soi en cas de détérioration de l'humeur. Les participants sont amenés à utiliser leur expérience quotidienne, ainsi que leur conscience élargie pour découvrir et développer des activités positives (celles procurant du plaisir, ou un certain sentiment de maîtrise) qui serviront d'outils le moment où l'humeur se détériore. Dans de tels moments, les participants sont avertis qu'il faut continuer à participer à ces activités nourrissantes, mêmes s'ils n'en ont pas envie.

- La 8^e séance, « exercer et élargir les compétences nouvellement acquises », appelle les participants d'une part, à mettre au point un plan d'action clair, qui englobe ce qui a été appris au cours du programme pour gérer les futurs états d'humeurs. Et d'autre part, à trouver une façon de garder leur pratique vivante en l'absence de séances hebdomadaires dont le but est, d'adopter une nouvelle façon d'être, qui englobe les qualités de pleine conscience, de bienveillance et d'autocompassion.

d) Les exercices

Une des pierres angulaires du programme MBCT, est les exercices que les patients devraient pratiquer. D'abord sous la supervision de l'instructeur pendant les séances, puis à domicile avec l'aide d'enregistrements audios, et fiches de suivi. Les exercices sont de type méditatif et cognitif.

d-1 Les exercices de méditation en pleine conscience

Par ces exercices les participants au groupe MBCT apprennent à améliorer la qualité de leur conscience et de leur présence. On distingue des pratiques dites « formelles » qui sont structurées et nécessite qu'on leur réserve un temps et un espace propres. Ils durent en général entre 20 et 45 minutes. Et d'autres dites « informelles » qui impliquent la réalisation des activités de la vie quotidienne en pleine conscience plutôt qu'en pilote automatique.

Dans tous ces exercices, les patients sont conviés à développer une attitude de curiosité et de bienveillance par rapport à leurs expériences, quelle qu'en soit la tonalité affective.

- Les exercices formels :

• *Le scan corporel* : il est enseigné dès la 1^{ère} séance. Dans cet exercice le corps est utilisé comme objet d'attention. À cet effet, les patients sont invités à s'installer confortablement allongés sur le dos. Et à prendre d'abord conscience des points de contact avec le sol/lit. Ensuite à amener l'attention d'une partie du corps à une autre, du pied vers la tête. Et finir par sentir le corps comme un tout. Chaque fois que l'attention est distraite par des pensées, des projets, des rêves éveillés ou toute chose similaire, les participants sont conviés de prendre conscience de l'élément distracteur puis revenir doucement. Les participants sont encouragés à considérer ces distractions et vagabondages de l'esprit comme étant normaux, et à adopter une attitude bienveillante envers eux, au lieu de se décourager à croire que « l'exercice a échoué ».

Cet exercice en plus de son objectif d'améliorer la conscience et l'attention, il a comme deuxième objectif de développer le principe d'une connaissance directe et expérientielle, c'est-à-dire par le corps.

• *La méditation assise* : proposée dès la 2^e séance, les participants sont conviés à s'asseoir confortablement sur une chaise, ou sur un coussin sur le sol. Et à adopter une posture droite et digne, la tête, la nuque et le dos alignés verticalement, les épaules relâchées et les mains dans une position confortable (*Figure 2*). Il n'y a pas une « bonne » façon de s'asseoir pour méditer, l'essentiel est que la posture soit confortable et incarne une attitude d'éveil et de dignité. Ensuite les participants sont invités à amener leur attention sur leur respiration, et les sensations grossières et subtiles qui y sont associées.

Et comme dans l'exercice du scan corporel, lorsque l'esprit commence à vagabonder et n'est plus focalisé sur la respiration, l'instruction est de remarquer ce qui a embarqué l'esprit _une rêverie, une réflexion, une planification_ le ramener ensuite avec bienveillance à se centrer sur la respiration. Et ceci quel que soit le nombre de fois où l'esprit vagabonde. Lors des séances ultérieures, l'exercice de méditation assise est complété par d'autres focalisations attentionnelles : les sensations physiques, les sons ou les pensées qui surviennent spontanément. Enfin, lors de la 5^e séance, les patients sont invités pendant leur assise méditative, à amener volontairement à leur esprit une situation personnelle pénible _ par exemple, un problème actif qui engendre un sentiment de colère, de culpabilité ou de regret_ et d'observer son impact direct sur le corps.



Figure 2 : exemples de posture à adopter pour une méditation assise [27]

• *L'espace de respiration* : c'est une forme de mini-méditation de 3 minutes environ. Il est présenté pour la 1^{ère} fois à la séance 3, et devient par la suite le fil conducteur du reste du programme. Il est considéré comme la charpente de la MBCT

vu qu'il permet progressivement aux patients d'incorporer dans leur quotidien, les apprentissages qui ont pris place pendant les pratiques formelles ainsi que, les thèmes d'enseignement qui ont émergé aux différentes étapes du programme.

La pratique se déroule en une séquence de trois étapes :

- Dans la 1^{ère} étape, après avoir adopté une posture qui incarne l'éveil, c'est-à-dire une posture droite et digne, les patients sont amenés à prendre pleinement conscience de leur expérience intérieure du moment (conscience de leurs pensées, sentiments et sensations).
- Dans la 2^{ème} étape, les patients redirigent leur attention vers leur respiration, pendant une ou deux minutes.
- Et enfin, dans la 3^{ème} étape, ils étendent leur conscience sur le corps dans sa globalité et sur leur environnement.

L'utilisation de l'espace de respiration se construit, peu à peu, entre les séances 3 à 7 au fur et à mesure que les participants approfondissent leur pratique de la méditation. Au départ, il est demandé aux participants de prendre un espace de respiration 3 fois par jour à des moments prédéterminés. Et à partir de la séance 4, il leur est montré qu'ils peuvent recourir à l'espace de respiration en période de difficulté. Les patients sont amenés alors à utiliser l'espace de respiration comme premier geste dans la gestion de leurs difficultés, avant d'envisager le choix de la meilleure réponse à donner. Les patients peuvent par exemple choisir de :

- Retourner dans le cours de leur vie, avec une présence meilleure.
- Ou après avoir suivi la 5^e séance, ils peuvent faire le choix de gérer la difficulté, en amenant avec une curiosité bienveillante leur conscience sur les manifestations corporelles engendrées par cette situation difficile.

- Ou après avoir suivi la 6^{ème} séance, ils peuvent faire le choix d'entretenir une relation différente avec leurs pensées négatives : en observant leur va-et-vient, ou en essayant de voir si elles ont pour cause un sentiment particulier, ou en les regardant comme des événements mentaux plutôt que comme des faits.
- Ou après avoir suivi la 7^e séance, ils peuvent choisir de faire face à la difficulté, en posant un acte qui auparavant a procuré un certain plaisir, ou une certaine sensation de maîtrise.

▪ *Des exercices méditatifs à prédominance physique* : il s'agit de la marche en pleine conscience, les étirements en pleine conscience, et des exercices de yoga. Dans ces pratiques, les participants sont invités de porter leur attention aux sensations physiques engendrées par le mouvement et l'effort physique. Leur but premier n'est pas de chercher une performance quelle qu'elle soit. Plutôt qu'à l'instar du scan corporel, ils ont comme objectif d'améliorer la conscience aux sensations du corps, de se rappeler que le corps peut toujours servir d'ancrage à l'ici et maintenant chaque fois que l'esprit démarre ses ruminations. Ils sont particulièrement utiles pour les patients qui se sentent agités ou sous pression, chez qui une pratique immobile peut s'avérer pénible.

- Les exercices informels :

Consistent à l'exécution des activités quotidiennes, qui sont souvent réalisées d'une manière automatique, en pleine conscience. Les participants sont donc conviés à apporter leur attention sur toutes informations sensorielles, pensées, et images mentales durant ces activités. Les patients choisissent une seule activité de routine (se brosser les dents, prise d'une douche, prise d'un repas, etc..), et qui sera exécutée chaque jour en pleine conscience, jusqu'à la séance suivante. L'objectif n'est pas de rendre ces petits événements agréables, mais de donner simplement aux patients

l'occasion de reconnaître le mode pilote automatique, d'en sortir et d'améliorer leur présence au quotidien.

d-2 Les exercices cognitivo-comportementales

Les exercices cognitifs présentés en MBCT ne visent pas en 1^{er} lieu de modifier le contenu des pensées, mais plutôt de changer la relation avec elles. Plusieurs exercices sont alors proposés pour permettre aux patients de prendre conscience que les pensées ne sont pas des faits, et prendre du recul vis-à-vis d'elles :

- *L'exercice des pensées et sentiments* : dans cet exercice l'instructeur propose aux patients d'imaginer une situation (par exemple, une de vos connaissances est passée dans la rue, et il semble qu'elle ne vous a pas remarqué) puis, chaque participant décrit les pensées qui lui ont venu à l'esprit ainsi que les sentiments associés, (**Tableau 1**). En examinant, la variété des interprétations d'une personne à l'autre, et des sentiments qu'elles éveillent, les patients concluent que les pensées ne sont pas des faits, et que ces pensées, produits de l'esprit, déterminent grandement l'humeur. D'où l'intérêt de s'en décentrer.

Tableau 1 : Le scénario des pensées et des sentiments : exemple des réactions d'un groupe [28].

Situation	Pensée	Sentiment
Une de vos connaissances est passée dans la rue : elle ne vous a pas vu	<i>Elle ne m'a même pas reconnu</i>	Tristesse
	<i>Qu'est-ce que j'ai fait ? j'ai dû faire quelque chose qui l'a fâchée</i>	Inquiétude
	<i>Personne ne m'aime</i>	Solitude
	<i>Tu m'as vu, j'en suis sûr. O.K si c'est ce comme ça que tu le sens. Fais ce que tu veux</i>	Colère

- *Exercice sur les pensées automatiques* : dans cet exercice, le questionnaire des pensées automatiques est utilisé comme support [37]. Ce questionnaire énumère 30 déclarations négatives, courtes mais chargées sur le plan affectif (par exemple « je suis bon à rien » ; « je me déteste » etc...). Les patients après avoir lu le questionnaire, réfléchissent à leur degré de croyance en ces pensées en étant en rémission, et en ayant été déprimés. Ce qui leur permet de jauger leur degré de croyance, et d'en observer la nette modification depuis leur dernier épisode. L'instructeur alors, fait remarquer que ces pensées qu'ils acceptaient inconditionnellement, en période de dépression comme étant des vérités incontestables, sont en fait des symptômes de la dépression, tout comme les symptômes physiques qui l'accompagnent. En se basant sur cette nouvelle compréhension, l'instructeur revient sur le message central de la MBCT : les pensées ne sont pas des faits.

- *L'exercice des sentiments et pensées* : l'objectif dans cet exercice est de se focaliser directement sur le sentiment qui donne naissance à la pensée. Au lieu de se laisser empêtrer dans les pensées, il est proposé aux patients d'explorer la question suivante « quels sont les sentiments qui leur habitent en ce moment précis ? » en se posant régulièrement cette question, il est possible qu'ils découvrent que les pensées peuvent être déterminées par l'humeur du moment. Renforçant ainsi l'idée que les pensées ne sont pas des faits.

- *Exercice d'exploration des liens entre activité et humeur* : les patients sont invités à réfléchir aux activités typiques de leur quotidien, puis les classer en choisissant entre deux catégories : la catégorie N pour les activités nourrissantes, E pour les activités qui épuisent leur énergie. Ensuite, ils évaluent l'équilibre entre les activités « N » et « E ». Enfin, tout en acceptant qu'il existe certains aspects de la vie qu'on ne peut pas changer, ils réfléchissent sur comment ils peuvent faire, pour consacrer plus de temps aux activités nourrissantes, et comment faire pour rendre les activités « E » moins fréquentes ou les gérer plus adroitement.

- Voir le « film qui se déroule dans le mental » : cet exercice avec une grande composante méditative, consiste à bien observer les pensées négatives récurrentes et habituelles et leur mettre un nom : (par exemple : « voici, la voix de la dépression » ; « voici la voix familière de l'auto-critique » etc...). Ce qui peut aider à reconnaître les schémas habituels de pensées lorsqu'ils se mettent en place, et à s'en distancier.

d-3 Les exercices psycho-éducatifs

- Identifier « la signature de la récurrence dépressive » : dans cet exercice, les patients sont amenés à identifier les signes précoces d'une éventuelle récurrence dépressive. Les pensées dépressives, ainsi que les symptômes dépressifs sont passés en revue, en s'aidant de leur pratique méditative (la pleine conscience des manifestations corporelles, pensées et comportements sous-jacents à une humeur dépressive), des critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé et du questionnaire des pensées automatiques. Le tout est alors transcrit dans une fiche distribuée durant la séance 6. (Figure 3) En disposant de la capacité à identifier ces propres signes dès leur apparition, les patients se mettent alors dans une position favorable, pour utiliser les compétences qu'ils ont acquises au travers de ces pratiques.

VOIR AVEC DISCERNEMENT : NOTER LES PREMIERS SIGNES DE LA DÉPRESSION

Ce document vous donne l'occasion d'accroître votre conscience de ce qu'il se passe en vous quand la dépression apparaît. Le but est d'explorer, avec attention et curiosité, les pensées, sentiments, sensations corporelles et types de comportements qui vous indiquent que votre humeur commence à se dégrader.

Qu'est-ce qui déclenche la dépression chez vous ?

- Les déclencheurs peuvent être externes (des choses qui vous arrivent) ou internes (par exemple, des pensées, des sentiments, des souvenirs, des préoccupations).
- Cherchez autant du côté des petits événements déclencheurs que des grands. Parfois, quelque chose qui paraît tout à fait insignifiant peut engendrer une dégringolade de l'humeur.

Au moment où vous sentez que votre humeur se détériore, quels types de pensées vous passent par la tête ?

Quelles sont les émotions qui se manifestent ?

Que se passe-t-il dans votre corps ?

Que faites-vous, ou qu'avez-vous envie de faire ?

Certaines vieilles habitudes de pensée ou de comportement seraient-elles susceptibles de vous coincer dans un état dépressif (par exemple, ruminer, tenter d'éviter ou de supprimer des pensées et des sentiments douloureux, se battre avec eux plutôt que de les accepter et de les explorer) ?

Figure 3 : fiche pour identifier « la signature de la récurrence dépressive » [28].

- *Plan d'action face à la récurrence dépressive* : en se basant sur leur acquis tout au long du programme, les patients sont encouragés, à réfléchir puis à trouver les actions appropriées pour gérer les périodes d'humeur dépressive, ou en général les périodes où les signes avant-coureurs d'une dépression apparaissent. Le plan d'action est assigné dans une fiche distribuée durant la séance 7. **(Figure 4).**

Séance 7 – DOCUMENT 4 – Travailler en toute sagesse avec la tristesse et la dépression – partie II

RÉAGIR AVEC SAGESSE (PRENDRE SOIN DE SOIN QUAND APPARAISSENT LES PREMIERS SIGNES DE DÉPRESSION)

Sur le document 4 de la séance 6, vous avez fait la liste des événements qui, dans votre cas particulier, déclenchent des spirales d'humeur négative ainsi que la liste des signes qui se manifestent lorsque votre humeur se détériore (par exemple des pensées, des sentiments ou des sensations corporelles). Ce document se penche sur les façons habiles de répondre à cette situation. Il vous sera peut-être utile de passer une nouvelle fois en revue les documents distribués pendant le cours, de façon à vous souvenir de ce que vous avez fait, et voir si vous avez découvert quoi que ce soit qui puisse vous aider.

Par le passé, qu'avez-vous remarqué d'utile quand la déprime s'installait ?

Quelle serait une réponse habile à la souffrance de la dépression ? Comment pourriez-vous répondre à la tourmente de pensées et de sentiments sans l'amplifier (y compris en utilisant ce que vous avez appris en classe) ?

Comment pouvez-vous au mieux prendre soin de vous en cette période difficile et douloureuse (par exemple, quelles sont les choses qui vous apaiseraient, les activités qui pourraient vous nourrir, les personnes que vous pourriez contacter, les petits actes que vous pourriez poser pour répondre avec sagesse à votre état de détresse) ?

Figure 4 : fiche pour y transcrire le plan d'action [28].

e) Position de l'instructeur dans le programme MBCT

L'instructeur doit veiller qu'une attitude générale d'attention bienveillante, et de compassion soient présentes à tout moment. Ces qualités d'esprit contribuent à éviter la recrudescence des habitudes mentales anciennes d'autocritique, et d'auto-insuffisance caractéristiques d'anciens épisodes dépressifs. À cet effet, l'instructeur lui-même doit incarner cet état d'esprit, au travers de sa gentillesse, sa qualité d'attention et la douceur avec laquelle il encourage ses patients. De ce fait, ces états d'esprit de bienveillance sont « pris » par les patients, et non « appris ».

Tout instructeur est amené à avoir une pratique personnelle de la méditation en pleine conscience. Les concepteurs du programme MBCT, avancent les arguments suivants pour ce principe qui a suscité des controverses dans le milieu de psychothérapie :

- Il est inévitable qu'à un moment ou un autre, certains patients éprouvent des difficultés avec la pratique, que l'instructeur ne pourra pas aborder s'il dispose d'une connaissance purement « intellectuelle » de la pleine conscience.
- L'instructeur doit incarner l'esprit d'ouverture, de la curiosité bienveillante et de non jugement de la pleine conscience, pour le transmettre d'une manière efficace à ses patients.

Ces exigences entraînent un style de relation thérapeutique particulier. Dans le contexte de la pleine conscience, l'instructeur n'est pas dans une position forte de savoir et d'éducation. Il effectue les pratiques avec les patients et partage même ses propres expériences avec eux. L'instructeur se positionne donc à égalité avec le groupe.

D) Dépression

1) Définition

La dépression ou les troubles dépressifs sont des pathologies, dont les symptômes cardinaux sont une humeur dépressive ou une perte d'intérêt et de plaisir pour les activités habituellement plaisantes. L'association à d'autres manifestations psychomotrices, cognitives ou neurovégétatives, définit le syndrome dépressif.

La présence quotidienne des symptômes, de façon récurrente, depuis au moins deux semaines, avec changement franc du fonctionnement du sujet, définit l'épisode dépressif « caractérisé ». Les formes les plus communes des troubles dépressifs, sont représentées par le trouble dépressif caractérisé qui peut être isolé ou récurrent, le trouble dépressif persistant, le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble dépressif induit par un médicament et le trouble dépressif dû à une autre affection médicale [38] .

2) Clinique

Le diagnostic du syndrome dépressif est clinique. Il repose sur l'association de la triade de symptômes fondamentaux faite de : humeur dépressive, ralentissement psychomoteur, ainsi que des signes somatiques associés.

a) Humeur dépressive persistante

C'est le principal symptôme caractérisant la dépression. L'humeur dépressive se manifeste essentiellement par une tristesse pathologique associée à une douleur morale, un état d'esprit dans lequel l'individu perçoit négativement la vie (pessimisme), une auto-dévalorisation, un sentiment d'échec et un vécu de culpabilité.

Les autres éléments retrouvés sont l'insatisfaction permanente, le désespoir et le sentiment de mal être. Les trois pertes sont toujours à rechercher, perte du plaisir (anhédonie), perte de l'intérêt et de l'envie (désintérêt) ainsi que la perte de l'énergie.

L'état dépressif est accompagné souvent d'anxiété. Le risque majeur est la fixation des idées suicidaires et des pensées relatives à la mort.

b) Ralentissement psychomoteur

Symptôme perçu par le patient comme une obligation de fournir des grands efforts pour des tâches quotidiennes. Ce qui affecte profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle du sujet. Nous distinguons :

- *Un ralentissement moteur*. La mimique devient pauvre, l'expressivité du visage se perd progressivement voire se transforme en une expression douloureuse (Oméga mélancolique). La voix devient chuchotée voire mutique dans les formes les plus graves. Les gestes et mouvements deviennent figés et rares, avec sensation de fatigabilité et épuisement physique intenses, ce qui affecte les activités quotidiennes, la marche (à petit pas), et tout acte demandant un effort. Le sujet néglige son apparence (mal rasé, mal vêtu...), avec une sensation d'incapacité dès le réveil.

- *Le ralentissement psychique* : ou bradypsychie, concerne toute opération mentale, avec difficultés de concentration, de mémoire et d'attention. Ce ralentissement cognitif rend la réalisation des tâches habituelles plus difficile, et exige un effort intellectuel supplémentaire. De ce fait, le sujet devient incapable de démarrer les actions et prendre les décisions.

c) Signes associés

Expression somatique de la maladie dépressive, souvent c'est le motif de consultation, pouvant égarer le diagnostic, nous trouvons :

- *L'asthénie*, Symptôme omniprésent, il s'agit d'une fatigue intense au moindre effort, sans qu'elle ne soit améliorée par le sommeil. Elle est évocatrice lorsqu'elle prédomine le matin et diminue le soir.

- *Les troubles du sommeil*, sont fréquents se manifestent selon diverses formes :

- Une insomnie d'endormissement maintenue par des ruminations anxiogènes
- Des réveils nocturnes multiples.
- Des réveils précoces et douloureux, évocateurs d'un trouble dépressif.
- Une insomnie mixte qui associe tous ces troubles de sommeil. Elle est source d'épuisement chez les patients. Dans 10% des cas, les sujets atteints vont présenter une hypersomnie sans aucune valeur réparatrice d'où, une grande sensation de fatigue dès le réveil au matin.

- *Les troubles de l'appétit* constituent un symptôme somatique majeur de la dépression. Il peut s'agir d'une boulimie, ou d'une anorexie avec un rejet inconscient des aliments, qui conduit à une perte de poids conséquente, qui peut engager le pronostic vital.

- *Diminution de la libido*, symptôme fréquent pouvant s'exacerber en impuissance ou en frigidité.

- *Des troubles cardiovasculaires* : tels que des palpitations, des bouffées vasomotrices, une hypotension et une bradycardie peuvent être associés aux troubles dépressifs.

- *Des algies diverses* notamment les céphalées, des lombalgies, des crampes,

- *Les troubles digestifs*, avec dyspepsie, des troubles du transit, gastralgies et coliques abdominales.

3) Critères diagnostiques de l'épisode dépressif caractérisé

Les critères diagnostiques sont fournis par les classifications internationales que sont le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, disponible dans sa 5e version) élaboré par l'Association des psychiatres américains, et la Classification internationale des maladies 10 (CIM 10) développée par l'OMS [39].

Tableau 2: Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon la classification DSM-5 ; [39].

<p>A. Au moins cinq des symptômes qui suivent doivent avoir été observés presque quotidiennement pendant une période d'au moins deux semaines et doivent représenter un changement significatif relativement au fonctionnement antérieur de la personne, incluant nécessairement un des deux premiers symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Humeur dépressive observée pratiquement toute la journée, presque tous les jours, par la personne elle-même ou par ses proches;▪ Diminution significative de l'intérêt ou du plaisir à réaliser toute ou presque toute activité, pratiquement toute la journée et presque tous les jours;▪ Perte de poids en l'absence de régime ou gain de poids significatifs (soit 5% de la masse corporelle initiale en un mois) ou perturbation de l'appétit presque tous les jours;▪ Insomnie ou de l'hypersomnie presque tous les jours;▪ Agitation ou ralentissement psychomoteurs presque tous les jours (observable par les autres);▪ Perte d'énergie et fatigue presque tous les jours;▪ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (plus que de simples reproches ou se sentir coupable d'être malade);▪ Diminution de la capacité à réfléchir ou se concentrer, ou indécision, presque tous les jours (décrite par la personne ou ses proches);▪ Pensées de mort récurrentes (étant plus que la peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative suicidaire, ou plan précis de suicide.
<p>B. Les symptômes causent une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement social, occupationnel ou dans d'autres domaines de fonctionnement importants;</p>
<p>C. Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques directs de l'abus d'une substance (drogue ou médication) ou à une autre atteinte à la santé (p. ex. hypothyroïdisme);</p>
<p>D. L'épisode dépressif ne correspond pas aux critères diagnostics du trouble schizo-affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophrénique, à un trouble délirant ou à tout autre trouble psychotique;</p>
<p>E. La personne n'a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.</p>

4) Evolution

La dépression, dont l'épisode caractérisé en constitue la principale manifestation, a longtemps été abordée comme un accident de la vie. Progressivement, ce trouble caractérisé par des récurrences entrecoupées de périodes plus ou moins asymptomatiques et prolongées, est apparu comme une maladie chronique qui, à ce titre, devait être appréhendée selon un continuum d'évolution constitué de stades évolutifs de sévérité symptomatique et fonctionnelle distinctes [38]. Les différentes étapes évolutives du trouble dépressif sont illustrées sur *la figure 5*.

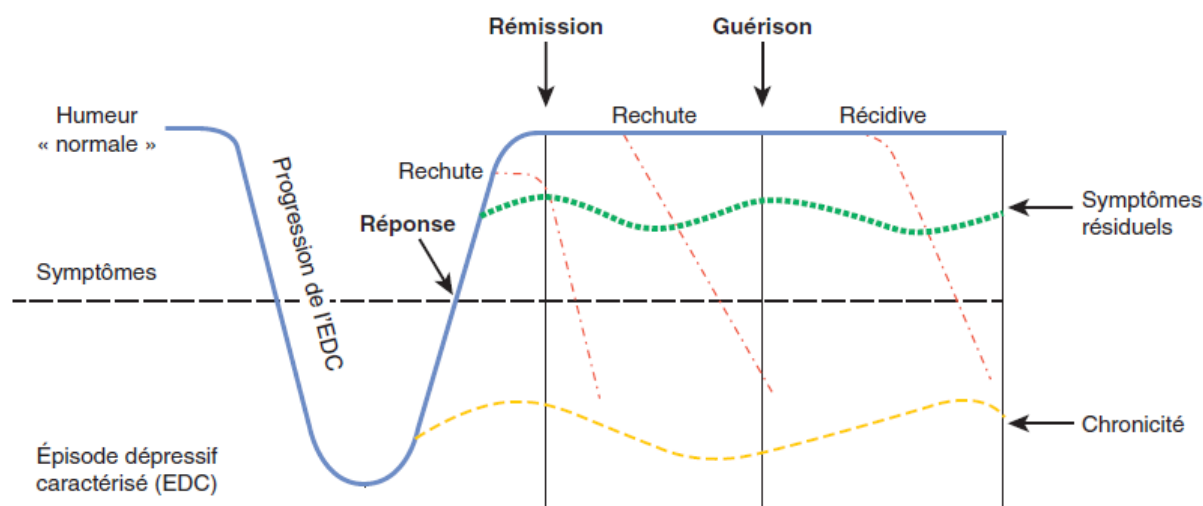


Figure 5: Évolution de la dépression [38]

L'évolution de l'épisode dépressif caractérisé se décompose en trois phases :

- *La phase aiguë de dépression (épisode dépressif caractérisé)* : correspond à la période pendant laquelle le patient présente de façon constante un ensemble de symptômes remplissant les critères diagnostiques de la maladie. On parle de réponse thérapeutique lorsqu'une amélioration symptomatique de 50% est observée.

- *La phase de rémission*, de durée variable (quatre à six mois) caractérisée par la disparition des symptômes et au cours de laquelle la réapparition des symptômes dépressifs sera qualifiée de rechute.

La rémission est dite partielle, lorsque le patient s'améliore, mais continue de présenter des symptômes résiduels. Et elle est complète, lorsque la symptomatologie dépressive a totalement disparu.

- *La phase de guérison*, c'est lorsque le patient a connu une rémission symptomatique et fonctionnelle complète. Sa durée minimale est entre 4 à 6 mois, au cours de cette phase la réapparition des symptômes dépressifs sera qualifiée de récurrence.

• *La récurrence ou la récurrence* : se définit par l'apparition d'un nouvel épisode chez un patient considéré comme guéri de l'épisode précédent. Plusieurs facteurs sont corrélés au risque de récurrence : existence de symptômes résiduels (absence de rémission complète), multiples antécédents dépressifs, traitement insuffisant ou inadapté, mauvaise observance, comorbidités somatiques, antécédents familiaux de dépression, sévérité de la maladie.

Plusieurs facteurs sont associés au risque de récurrence dépressive, dont deux sont majeurs :

• Le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs : en effet, après une première rechute, plus de 50% des personnes développeront un deuxième épisode dépressif. Après deux épisodes, le taux de rechute grimpe à 70% et au-delà de trois épisodes, à 90% [5, 6].

• La persistance de symptômes résiduels (rémission partielle) : les études ont montré que les patients en rémission partielle, leur taux de rechute est trois fois plus élevé comparativement aux sujets ayant atteint une rémission complète [41]. En outre, plus le nombre de symptômes résiduels est important, plus le risque est élevé [42].

• Autres facteurs prédictifs de la récurrence dépressive : Les événements de vie stressants sont associés au risque de récurrence dépressive. Cependant, les rechutes survenant lors des premiers épisodes dépressifs sont davantage liées à des facteurs de stress aigus (deuils, séparations, pertes d'emploi, etc.), que celles survenant dans les épisodes ultérieurs [43].

Les caractéristiques de l'épisode index peuvent être également des indicateurs de survenue d'un nouvel épisode. Il s'agit de la sévérité de l'épisode [44], ou de l'intensité de l'humeur dépressive et de l'augmentation de l'appétit[45].

L'apparition précoce du premier épisode dépressif est également un élément prédictif dans l'apparition de récurrence dépressif [46].

Enfin, le sevrage tabagique, l'existence de comorbidité (en particulier la phobie sociale), sont également associé au risque de la récurrence dépressive [46,47].

Enfin, notons que chez quelques 20% de patients dépressifs, la symptomatologie se prolonge d'une durée égale ou supérieure à deux ans. On considère dès lors la dépression comme « chronique » [48].

5) Principe de traitement

a) Objectifs généraux

La prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé doit prendre en compte un ensemble de facteurs, être personnalisée et globale. L'objectif du traitement est multiple :

- Soulager la souffrance du patient
- Diminuer la durée de l'épisode dépressif caractérisé
- Diminuer le risque de survenue de complications
- Diminuer le risque de rechute ou de récurrences

b) Le traitement curatif ou d'attaque

C'est le traitement indiqué dans la phase aigüe de la dépression, et ce, jusqu'à la rémission. Il cible la rémission la plus complète possible, c'est-à-dire la résolution de tous les symptômes, et le retour à l'état antérieur de fonctionnement qui peut se produire avec un décalage par rapport à la résolution de symptômes. Sa durée est habituellement de 6 à 12 semaines [38,49].

c) Le traitement de consolidation

C'est le maintien du traitement prescrit après la rémission, et ce, jusqu'à la guérison (habituellement de 6 à 12 mois). Il a pour objectif la continuation de la restauration fonctionnelle afin de favoriser la guérison. En effet, plusieurs études ont montré son intérêt dans la réduction de la rechute dépressive allant jusqu'à 70% [6].

d) Le traitement de maintenance ou d'entretien

Poursuit le traitement de consolidation afin de prévenir les récurrences chez un patient considéré comme guéri de l'épisode. Il permet la réduction du taux de récurrence de 30% à 50% par rapport aux sujets qui ne l'ont pas reçu [50]. D'où son indication chez les sujets présentant un risque élevé de récurrence [49]. Sa durée est variable en fonction du risque de récurrence. Si elle est habituellement comprise entre 6 et 24 mois, il est recommandé de la prolonger au moins trois ans dès le second épisode dans le cas où celui-ci survient moins de cinq ans après l'épisode index (ou dès le troisième s'il survient moins de 2 ans et demi avant le dernier) [49]. Une durée de 5 à 10 ans pourrait être proposée chez tout patient ayant rechuté lors des tentatives de diminution de doses. Enfin, certains auteurs recommandent un traitement à vie chez ceux qui ont présenté plus de trois épisodes [49].

e) Place des psychothérapies dans le traitement de la dépression

La psychothérapie constitue une option importante du traitement de la dépression. Ses indications dépendent de la nature du trouble et de sa sévérité, mais aussi des besoins, et des attentes du patient. Nous distinguons :

- *Psychothérapie de soutien* : toujours indiquée dans le traitement de la dépression. Son objectif est d'établir un lien thérapeutique basée sur la bienveillance entre le thérapeute et le patient, afin que ce dernier sache mieux gérer sa maladie [38].

- *Les Thérapies comportementales et cognitives (TCC)*. Particulièrement efficace chez les patients présentant des distorsions cognitives. Son objectif est de chercher d'aider le patient à trouver des solutions pour corriger les comportements et/ou les pensées dysfonctionnels. D'autres TCC récentes, dites de 3^e vague aident le patient à changer la relation avec les pensées et comportements négatifs. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)* est un exemple de ces récentes thérapies, elle allie la pleine conscience et des exercices de TCC, dans le but de prévenir la rechute et la récurrence dépressive. Les dernières études suggèrent son efficacité chez les patients à risque de la récurrence dépressive [51].

- *La thérapie interpersonnelle (TIP)*, repose sur le postulat que la maladie dépressive survient dans des contextes sociaux et interpersonnels particuliers. Quatre principaux domaines interpersonnels ont été identifiés : les conflits, les situations de deuil les déficits interpersonnels et les changements de statut. En se focalisant sur les liens entre ses difficultés actuelles et l'apparition des symptômes dépressifs, le patient est amené à trouver des moyens permettant de résoudre ou d'affronter les problèmes conduisant ainsi à une diminution des symptômes dépressifs [34].

- *La psychanalyse* : initiée par Freud, elle cherche à élucider certains fonctionnements personnels et inconscients incriminés dans le déclenchement et le maintien de la dépression. Elle peut s'avérer intéressante chez les patients ayant des antécédents névrotiques, ou des carences affectives durant l'enfance [38].

- *Autres psychothérapies* : D'autres psychothérapies existent et qui peuvent répondre à des situations particulières. Tels que les thérapies familiales ou de couple, les techniques de l'hypnose et de relaxation qui sont indiqués comme adjuvant, et selon des situation particulières [49].

f) Les techniques de neurostimulation

Elles sont surtout réservées aux dépressions graves, résistantes aux autres traitements :

- *L'ECT ou sismothérapie* est une technique élaborée en 1938, dont le principe consiste à déclencher une crise comitiale généralisée par stimulation électrique du cerveau. Elle a connu des améliorations au fil des années pour assurer une meilleure efficacité avec moins d'effets secondaires. Actuellement, elle est réservée pour les symptômes sévères résistants aux autres traitements, chez les patients atteints de catatonie ou de dépression grave mettant la vie du patient en danger[52]. Mais aussi quand l'utilisation des autres méthodes n'est pas possible. Néanmoins, son utilisation comme traitement préventif n'est pas encore clairement élucidée [53].

- *La stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) répétée* a été développée en 1985 et est actuellement une technique en plein essor. Son principe repose sur la modification de l'activité cérébrale à l'aide d'un champ électromagnétique.

Partie pratique

L'objectif de notre étude est de répondre à cette question : est-ce que la MBCT réduit le risque de récurrence chez des patients en rémission d'une dépression récurrente ?

A) Méthode

Il s'agit d'une revue de littérature systématique, inspirée du processus décrit dans les recommandations internationales *preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses the prisma statement* « PRISMA » [54].

1) Critères d'éligibilité

a) Critères d'inclusion :

- *Langue d'article* : français et anglais.
- *Type d'études* : essai randomisé contrôlé.
- *Population* : patients ayant présentés au moins 2 épisodes dépressifs caractérisés, en rémission complète ou partielle ou guéris.
- *Type d'intervention* : MBCT.
- *Critères de jugement* : taux de récurrence ou de rechute dans une durée supérieure à 12/24 mois ; *critère secondaire* : symptômes résiduels.

b) Critères d'exclusion :

- Patients ayant présentés un seul épisode dépressif.
- Patients en phase aiguë.
- Patients présentant une lésion cérébrale, un trouble bipolaire et/ou psychotique.
- Autre psychothérapie en cours.
- L'article présente une méta-analyse ou une revue de littérature.

2) Source d'information et stratégie de recherche

La recherche a été réalisée en mi-septembre 2017, et dans le but d'explorer le plus largement possible la littérature sur notre sujet nous avons interrogés 6 bases de données : PubMed (Medline), ScienceDirect, Springer Link, Cochrane, ClinicalKey, et INIST (Refdoc.)

L'équation de recherche était: (Mindfulness-Based Cognitive Therapy or MBCT) and (randomised controlled trial or RCT) and (recurrent depression or depressive relapse or depressive recurrence).

Etant donné que la littérature sur la MBCT est relativement récente _ elle s'est développée à partir des années 2000 _ nous avons décidé de :

- Ne pas limiter nos recherches dans le temps ;
- Mettre des alertes sur la base de données PubMed, pour nous tenir informés des dernières parutions d'études ;
- Inclure les articles disponibles en prépublication ;

3) Processus de sélection des études

La sélection des articles s'est faite en 3 étapes, à partir des critères d'inclusion et d'exclusion.

- *La 1^{ère} étape* de sélection, a été réalisée sur la lecture des titres et l'élimination des doublons.
- *La 2^e étape*, a été réalisée sur la lecture des résumés.
- *La 3^e étape*, a été réalisée sur la lecture complète de l'article, et l'évaluation de la qualité de l'essai clinique, les articles ayant un score de Jadad (score de qualité d'Oxford) inférieure à 2 ont été éliminés.

4) Evaluation des articles

L'évaluation de la qualité des articles s'est appuyée sur le score de Jadad [55] qui évalue la qualité des essais cliniques. Ce score a l'avantage de donner peu d'importance au double aveugle, souvent non applicable dans les études portant sur les psychothérapies.

B) Résultats

1) Articles sélectionnés

Notre stratégie de recherche a identifié 541 articles. Premièrement, les articles ne correspondant pas à notre objectif (n=269), et les doublons ont été éliminés (n=289). Les 58 articles restants, et à partir de leurs résumés ont été examinés. 61 ont été exclus pour différentes raisons : essai clinique non randomisé (n=9) ; revues et/ou métaanalyses (n=4) ; Interventions mixtes (n=13) ; études pilotes (n=4) ; population ayant un trouble dépressif dû à une cause organique, ou comorbidité à un autre trouble psychiatrique (n=17) ; Suite à cette étape, 11 articles ont été lus intégralement, leur qualité a été évaluée par le score de Jadad et détaillée dans **le tableau 3**. Une étude [56] ayant obtenu un score <3 a été exclue : (car d'une part elle n'a pas été faite en simple aveugle, d'autre part les perdus de vue et les retraits d'étude n'ont pas été décrits). Finalement, 10 articles répondant aux critères d'inclusion sont retenus dans notre revue.

Le flux d'information de l'identification à l'inclusion des articles dans notre revue est résumé dans la **figure 6**, en utilisant le diagramme de flux *PRISMA*.

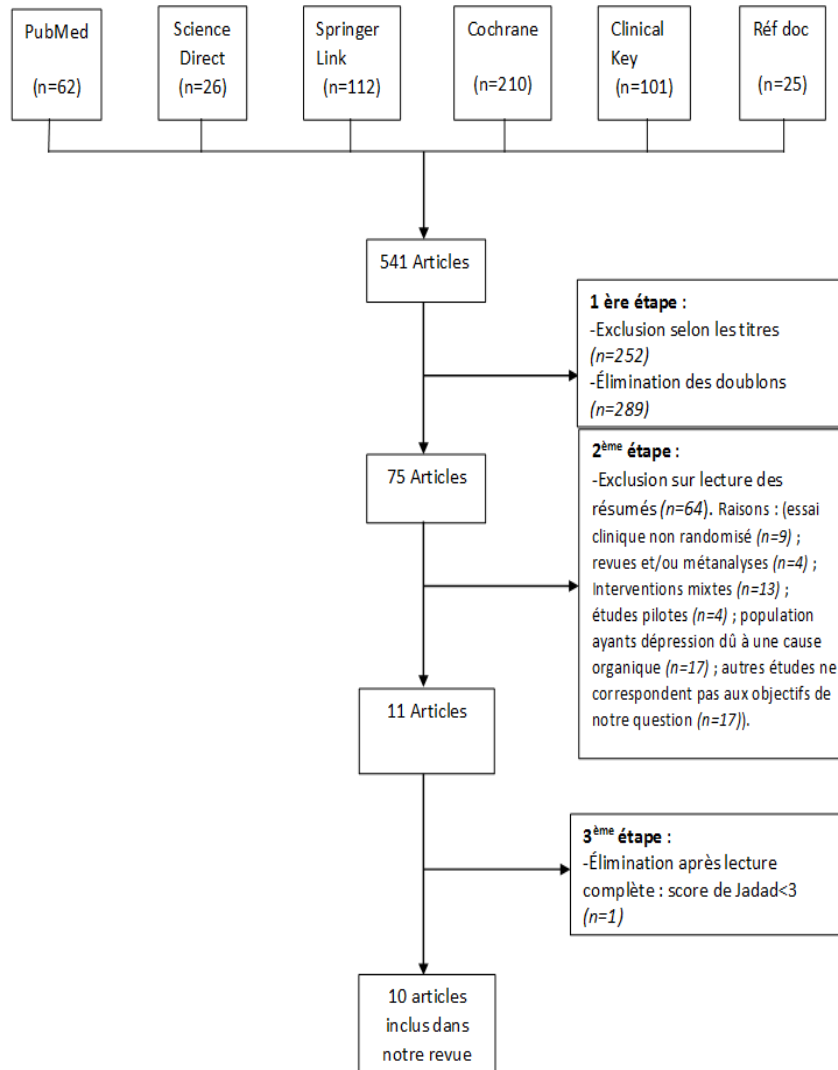


Figure 6 : Diagramme de flux

Tableau 3 : évaluation des études selon l'échelle de Jadad.

	Etude décrite comme randomisée ?	Schéma de randomisation décrit et adéquat ?	Evaluateurs décrits comme aveugle ?	Description des perdus de vue et retraits d'études ?	Totale sur 4
<i>Teasdale et al.[57] ; 2000.</i>	Oui	Oui	Oui	Non	3
<i>Ma et Teasdale [58] ; 2004</i>	Oui	Oui	Oui	Non	3
<i>Kuyken et al.[59] ; 2008.</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	4
<i>Godfrin et Van Heeringen [60] ; 2010.</i>	Oui	Oui	Non	Non	2
<i>Segal et al.[61] ; 2010.</i>	Oui	Oui	Oui	Non	3
<i>Bondolfi et al.[62] ; 2010.</i>	Oui	Oui	Oui	Non	3
<i>Van Aalderen et al.[63] ; 2012.</i>	Oui	Oui	Non	Oui	3
<i>William et al.[64] ; 2014.</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	4
<i>Huijbers et al.[65] ; 2015.</i>	Oui	Oui	Oui ¹	Non	3
<i>Kuyken et al.[66] ; 2015.</i>	Oui	Oui	Oui	Non	3
<i>Shallcross et al.[10] ; 2015</i>	Oui	Oui	Oui	Oui	4

¹ Dans cette étude, seulement les cas probables d'une rechute ont été évalués par un évaluateur indépendant en aveugle.

2) Données des études

Dans les 10 études incluses dans notre revue, 6 comparaient la MBCT vs traitement actif d'entretien (antidépresseur d'entretien, psychothérapies d'entretien), et 4 comparaient la MBCT associée au traitement habituel (TH) vs traitement habituel TH seul. (Le TH est une condition qui permet aux participants d'agir comme d'habitude en cas d'une détérioration symptomatique, par exemple chercher un soutien d'un médecin de famille ou un psychiatre, débiter un traitement antidépresseur, prendre contact avec un professionnel de santé si nécessaire etc..).

Le nombre de patients inclus dans cette revue est de 1476, la moyenne est 147 patients par étude, 70% des patients sont de sexe féminin. L'âge moyen est 45 ans. L'âge moyen du 1^{er} épisode est 25 ans. Le nombre moyen des épisodes dépressifs antérieurs est de 5.

Toutes ces données sont résumées dans le *tableau 4*.

Tableau 4 : caractéristique des études.

Etude	N	Participants	Groupes n° (protocole/abandon)	%F	Age moyen	Score <i>moyen</i> de L'échelle de dépression	Age moyen de 1 ^e épisode	n° M des épisodes antérieurs	Période de suivi
<i>Teasdale et al.</i> [57] ; 2000.	145	Patients en rémission totale ou partielle, d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présenté 2 épisodes ou plus, sans ttt AD durant les 3 derniers mois.	MBCT+TH : (76/14) TH : (69/3)	76%	43 ¹	BDI = 10.0 ¹ HAM-D = 3.5	27	3.3	14 mois
<i>Ma et Teasdale</i> [58] ; 2004	75	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présenté 2 épisodes ou plus, sans ttt AD durant les 3 derniers mois.	MBCT+TH : (37/6) TH : (38/1)	76%	45	BDI = 14.3 HAM-D = 5.7	31	3 ¹	14 mois
<i>Kuyken et al.</i> [59] ; 2008.	123	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, sous ttt AD d'entretien depuis au moins 6 mois.	MBCT : (61/14) m-AD : (69/3)	77%	49	BDI-II = 14 HAM-D = 3.5	26	6.4 ¹	15 mois
<i>Segal et al.</i> [60] ; 2010.	84	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 7 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, sous ttt AD d'entretien.	MBCT : (26/5) m-AD : (28/7) Pla : (30/6)	63%	44	HAM-D = 2.8	31	4.7	18 mois
<i>Bondolfi et al.</i> [61] ; 2010.	60	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, sans ttt AD durant les 3 derniers mois.	MBCT+TH: (31/4) TH : (29/1)	72%	47 ¹	BDI-II = 8.0 MADRS = 3.5 ¹	25 ¹	4.0 ¹	14 mois
<i>Van Aalderen et al.</i> [62] ; 2012.	136	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC, ayant présenté 3 épisodes ou plus, avec ou sans ttt AD en cours.	MBCT+TH:(68/ND) TH: (68/ND)	48%	47.5	BDI-II = 10.0 HAM-D = 3.5	23	7.4	12 mois
<i>William et al.</i> [63] ; 2013.	274	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 2 mois, ayants présenté 3 épisodes ou plus, avec ou sans ttt AD en cours.	MBCT+TH: (108/9) PEC+TH: (110/7) TH: (56/ 3)	72%	43	BDI = 8.0 HAM-D = 3.2	21	77% des patients ≥ 5	12 mois

Tableau 4: (suite)

Etude	n°	Participants	Groupes n° (protocole/abandon)	%F	Age moyen	Score moyen de l'échelle de dépression	Age moyen de 1 ^{er} épisode	n° des épisodes antérieures <i>M</i>	Période de suivi
<i>Huijbers et al.</i> [64]; 2015.	68	Patients en rémission totale ou partielle depuis au moins 6 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, sous ttt AD d'entretien depuis au moins 6 mois.	MBCT+m-AD:(33/1) m-AD: (35/5)	72	52	IDS-C =12.1	24	5 ¹	15 mois
<i>Kuyken et al.</i> [65]; 2015.	424	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présenté 3 épisodes au plus, sous ttt AD d'entretien.	MBCT : (212/23) m-AD : (212/18)	76	49.5	BDI-II =14.5 HAM-D= 4.7	25	43% des patients \geq 6	24 mois
<i>Shallcross et al.</i> [66]; 2015	87 ^{SG}	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 1 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, avec ou sans ttt AD en cours (72% sans ttt AD).	MBCT : 44/7 HEP :43/5	76	35	BDI-II = 12	16	\geq 3	14 mois

Abréviations : TDC =trouble dépressif caractérisé ; AD=antidépresseur ; m-AD= maintenance antidepressant medication (*entretien d'antidépresseur*); TH=traitement habituel ; Pla=placebo ; PEC=Psychoéducation Cognitive ; HEP=Health-Enhancement Program ; % F=pourcentage femme ; M ou Mdn= moyenne ou médiane ; BDI=Beck Depression Inventory ; HAM-D= Hamilton Depression Rating Scale ; MADRS=Montgomery-Asberg Depression Rating Scale ; IDS-C=Inventory of Depressive Symptomatology-Clinician.

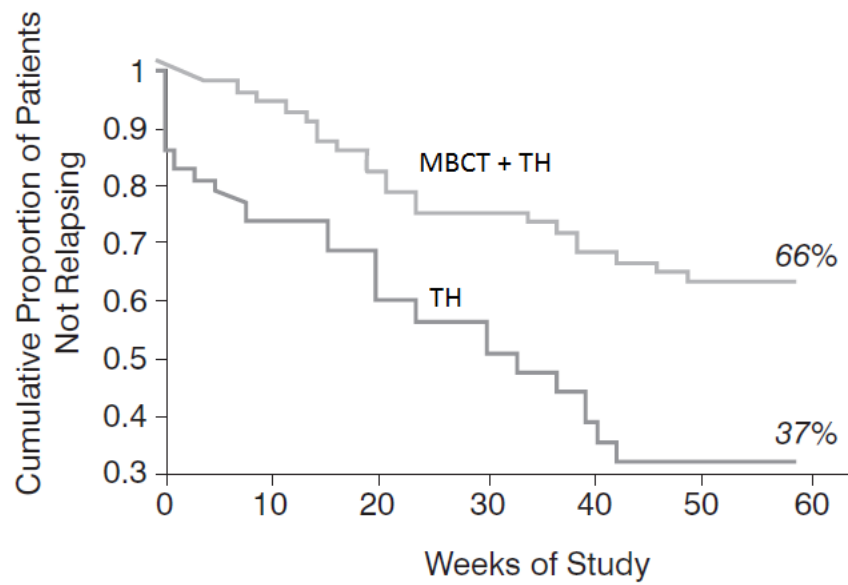
¹ Médian ; ^{SG} sous-groupe.

3) Résultats de chaque étude :

(Tous les résultats sont résumés dans le **tableau 5**)

a) MBCT+TH vs Traitement habituel (TH)

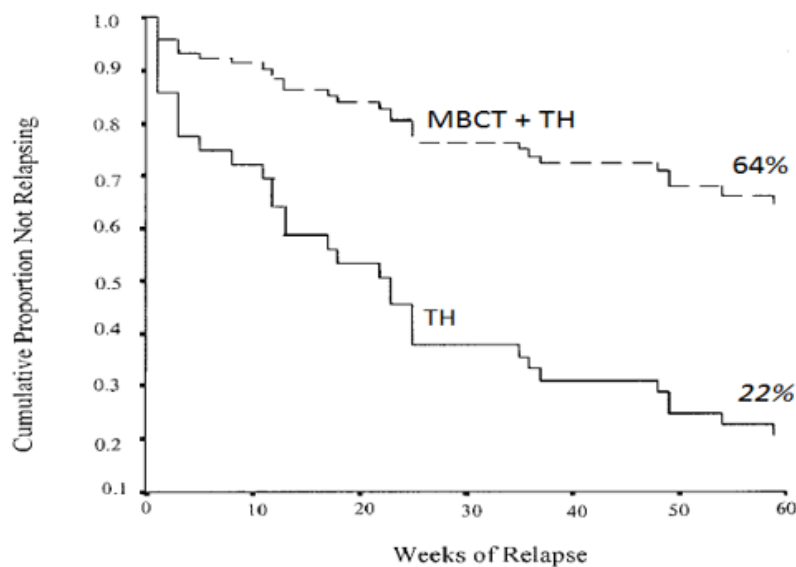
- *L'étude de Teasdale et al. 2000* [57] est le 1^{er} essai clinique réalisé ayant comme objectif principal d'évaluer si la MBCT réduit le risque de la récurrence dépressive. À cet effet, les chercheurs ont recruté 145 patients en rémission d'un trouble dépressif caractérisé depuis au moins 3 mois, ayant présenté 2 épisodes dépressifs antérieurs ou plus, sans traitement antidépresseur en cours. Ils les ont répartis aléatoirement en 2 groupes : un groupe MBCT+TH et un groupe TH. Pour un suivi de 12 mois. À la fin de ce suivi, les chercheurs ont constaté que la MBCT est spécifiquement efficace pour les patients ayant vécu 3 épisodes dépressifs ou plus. En effet, dans ce sous-groupe, les chercheurs ont trouvé une différence significative pour les récurrences dans les 12 mois : 37 % des patients récidivent dans le groupe MBCT+TH, contre 66 % dans le groupe TH ; HR = 0.437 (IC à 95 % de 0.267 – 0.836) ; P < 0.005. Par ailleurs, chez les patients ayant vécu seulement 2 épisodes antérieurs, les chercheurs n'ont pas trouvé de différence significative : 56 % des patients récidivent dans le groupe MBCT + TH, par contre 31 % dans le groupe TH ; valeur P > 0.1.



TH= traitement habituel; MBCT = Mindfulness-based cognitive therapy

Figure 7 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 15 mois chez ceux ayant 3 épisodes et plus. Étude de Teasdale et al. 2000, [57].

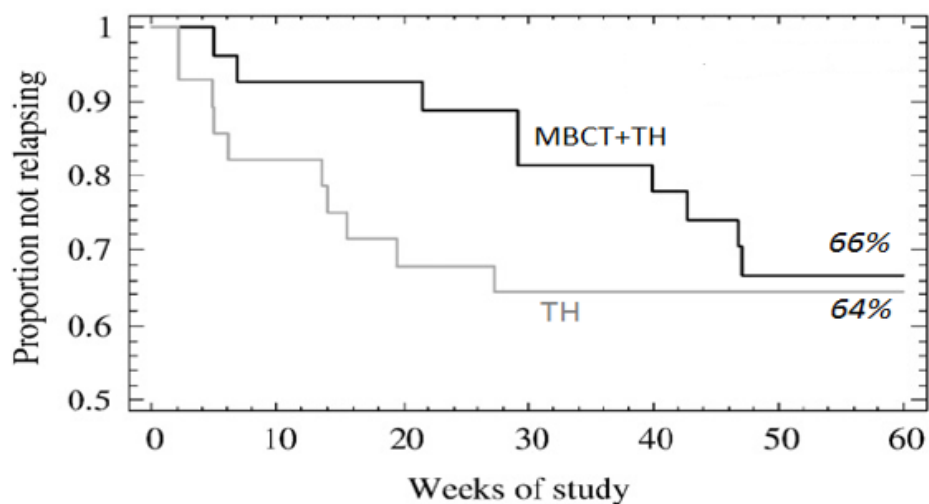
- Une étude identique dans son protocole que l'étude précédente a été réalisée en Royaume Unie en 2004 par *Ma et Teasdale* [67] . 75 patients ont été suivis pendant 12 mois. A la fin du suivi, les chercheurs ont trouvé des résultats qui corroborent ceux de l'ancienne étude. En effet, pour les patients ayant 3 épisodes antérieurs ou plus, la MBCT est significativement supérieure par rapport au TH dans la prévention des récurrences : 36 % des patients récidivent dans le groupe MBCT + TH, alors que 78 % récidivent dans le groupe TH ; HR = 0.278 (IC à 95 % de 0.130 à 0.597) ; valeur P = 0.002. Et comme dans l'étude de 2000, la MBCT n'est pas efficace chez les patients ayant vécu 2 épisodes antérieurs : 50 % des patients récidivent dans le groupe MBCT+TH, pour 20 % de récurrence dans le groupe TH ; valeur P = 0.23.



TH= traitement habituel; MBCT = Mindfulness-based cognitive therapy.

Figure 8 : Proportions des patients sans rechute pendant un suivi de 15 mois chez ceux ayant 3 épisodes et plus. Etude de *Ma et Teasdale* 2004 ; [67].

- Une étude indépendante aux fondateurs de la méthode et identique dans sa procédure aux études précédentes a été réalisée par *Bondolfi et al.*[61] en 2010 . Ils ont recruté 60 patients ayant eu au moins 3 épisodes pour un suivi de 14 mois. Cette fois-ci les résultats n'étaient pas tout à fait identiques aux études précédentes. Cette étude n'a pas montré de supériorité du groupe MBCT + TH par rapport au groupe TH : 33% des patients récidivent dans le groupe MBCT + TH, et 36% dans le groupe TH ; HR = 0.93 (IC à 95 % de 0.45 à 1.93) ; valeur P = 0.58. Mais en ce qui concerne le délai d'apparition de la récurrence dépressive, cette étude a montré que la MBCT, le retarde significativement par rapport au TH seul, avec une différence de 19 semaines.



TH= traitement habituel; **MBCT** = Mindfulness-based cognitive therapy.

Figure 9: Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 14 mois. Etude de Bondolfi et al. 2010 ; [61].

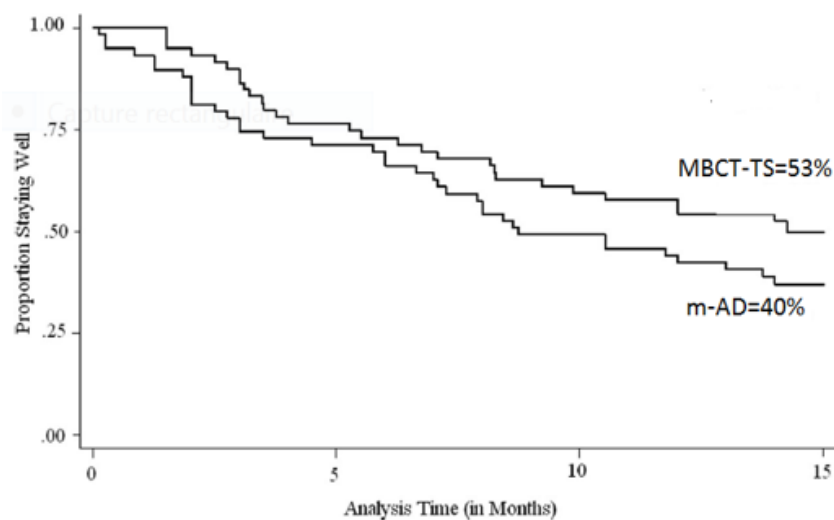
- Une autre étude indépendante des fondateurs de la méthode a été réalisée au Pays-Bas par *Van Aalderen et al.*[62] en 2011. Ils ont recruté 205 patients ayant eu au moins 3 épisodes dépressifs antérieurs, a été réalisé par Van Aalderen. La randomisation de cet essai a été stratifiée selon l'état clinique des patients : en rémission ou en phase aiguë de dépression. Nous allons nous intéresser dans notre revue uniquement aux patients en rémission totale ou partielle (n = 136). À la différence des études précédentes, les chercheurs n'ont pas choisi de mesurer et comparer la durée d'apparition de la récurrence, mais ils ont choisi plutôt de mesurer les symptômes dépressifs après 12 mois de suivi par le HAM-D (*Hamilton Depression Rating Scale*) et le BDI (*Beck Depression Inventory*), puis comparer les scores entre le groupe MBCT + TH et le groupe MBCT. Le suivi après 12 mois montre que le groupe MBCT+TH a significativement présenté moins de symptômes dépressifs que le groupe TH. En effet, le groupe MBCT + TH a présenté à la fin du suivi un HAM-D à 6.2, pour 9.1 pour le groupe TH. La différence est de 2.9 ; valeur $P < 0.05$. Le BDI a également montré des valeurs significativement en faveur de la MBCT : la différence de scores entre les 2 groupes est de 4.2 ; valeur $P < 0.05$.

b) MBCT vs traitement actif d'entretien

b-1 MBCT avec diminution ou arrêt d'antidépresseur vs entretien d'antidépresseur :

- La 1^{ère} étude ayant évalué l'efficacité de la MBCT par rapport au traitement d'entretien par antidépresseur dans la prévention des récurrences dépressives a été réalisée par *Kuyken et al.*[59] en 2008 . Pour cela ils ont recruté 123 patients en rémission d'un trouble dépressif caractérisé depuis au moins 3 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, et sous traitement antidépresseur d'entretien depuis au moins 6 mois. Ces patients ont été affectés soit à un groupe où ils devaient suivre un programme MBCT avec un soutien pour diminuer ou arrêter leur traitement antidépresseur dans les 6 mois suivant le début du programme, 75% des patients l'avaient complètement

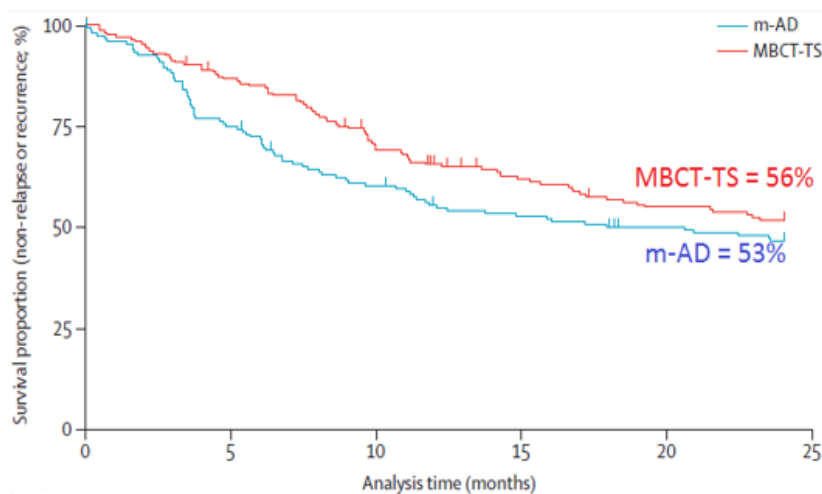
arrêté (groupe MBCT-TS, TS pour *tapering support*), soit à un groupe où ils devraient continuer leur traitement antidépresseur pendant 15 mois, groupe entretien d'antidépresseur (groupe m-AD, m-AD pour *maintenance antidepressant medication*). Le suivi après 15 mois, montre que l'efficacité n'est pas significativement différente entre les 2 groupes, valeur $p = 0.07$. En effet, 47 % des patients récidivent dans le groupe MBCT-TS et 60 % dans le groupe entretien d'antidépresseur ; HR = 0.63 (IC à 95 % de 0.39 à 1.04). Par ailleurs, après 15 mois, le groupe MBCT-TS a significativement présenté moins de symptômes résiduels (différence de BDI-II = 4.41 et de HAM-D = 1.64 ; valeur $P < 0.05$).



MBCT-TS = Mindfulness-based cognitive therapy-tapering support (support pour discontinuation); **m-AD** = maintenance antidepressant medication (entretien des antidépresseurs).

Figure 10 : Proportions des patients sans récidive pendant un suivi de 15 mois. Étude de Kuyken et al. 2008 ; [59].

- L'essai clinique précédent a été répliqué en 2015 par les mêmes chercheurs *Kuyken et al.* [65]_ mais dans une échelle plus large : plus de participants (n=424) et plus long suivi (24 mois). En ce qui concerne le taux de récurrence, cette large étude a confirmé les résultats précédents : pas de différence significative entre le groupe MBCT-TS et le groupe m-AD, 44% de récurrence pour le groupe MBCT-TS et 47% pour le groupe m-AD, (HR=0.89, IC à 95% de 0.67 à 1.18 ; valeur p = 0.43). Quant aux symptômes résiduels, cette étude à la différence de l'étude de 2008, n'a pas montré de différence significative (valeur p = 0.18). Les chercheurs ont également évalué s'il y'a une interaction entre l'abus dans l'enfance mesuré par le MOPS (*Measure of Parenting Scale*) [68] et les 2 conditions de traitement dans la prévention de la récurrence dépressive. Les chercheurs ont trouvé que la MBCT, réduit significativement la récurrence dépressive chez les patients ayant un risque élevé d'abus dans leur enfance par rapport au groupe m-AD, (HR=0.53, IC à 95% de 0.29 à 0.95) ; valeur = 0.03.

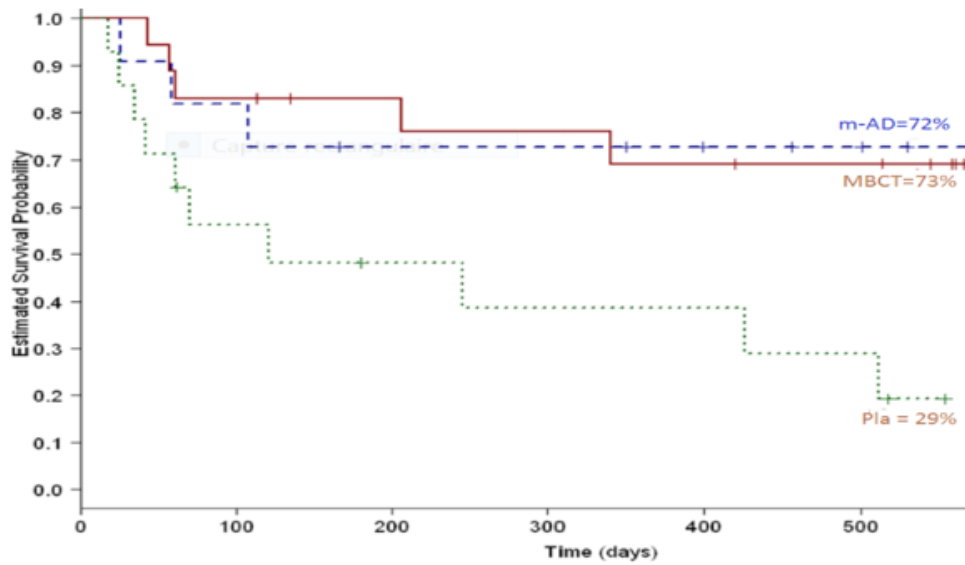


MBCT-TS = Mindfulness-based cognitive therapy-tapering support (*MBCT-support pour discontinuation*); **m-AD** = maintenance antidepressant medication (*entretien d'antidépresseur*).

Figure 11: Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 15 mois, étude de Kuyken et al. 2015 ;[65].

b-2 MBCT vs antidépresseur d'entretien

- Dans l'étude *de Segal et al.*[60] réalisée en 2010, les chercheurs ont randomisé 84 patients en rémission depuis au moins 7 mois, ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs antérieurs, sous traitement antidépresseur d'entretien depuis au moins 7 mois. Les patients ont été attribués à 3 conditions expérimentales : dans la 1^{ère} les patients devaient entretenir leur traitement antidépresseur pendant 18 mois (groupe m-AD). Dans la 2^e, les patients devaient arrêter leur traitement antidépresseur et suivre le programme MBCT (groupe MBCT). Et dans la 3^e, les patients devaient arrêter leur antidépresseur d'entretien et recevoir un placebo (groupe placebo). En addition à cela, les patients ont été différenciés entre ceux étant dans une rémission stable définie par un HAM-D ≤ 7 durant la période de rémission (49% des participants), ou en rémission instable définie par le même score HAMD-D mais avec des élévations occasionnelles supérieures à 7 durant leur période de rémission (51% des participants). Le suivi sur 18 mois, et comme dans l'étude précédente n'a pas montré de différence significative entre le groupe MBCT et le groupe m-AD. En effet, 38% rechutaient dans le groupe MBCT et 46 % dans le groupe m-AD ; valeur $p > 0.05$. Par ailleurs, l'efficacité de la MBCT par rapport au placebo variait selon la qualité de la rémission. En effet, pour les patients en rémission instable, la MBCT est significativement supérieure que le placebo : 28% de récurrence dans le groupe MBCT, 71% dans le groupe placebo ; HR = 0.26 (IC à 95% de 0.09 à 0.79) ; valeur $P = 0.01$. Mais pour les patients en rémission stable les résultats n'ont pas montré de différence significative entre la MBCT et le placebo : 62% de récurrences dans le groupe MBCT et 50 % pour le groupe placebo ; valeur $P = 0.49$.

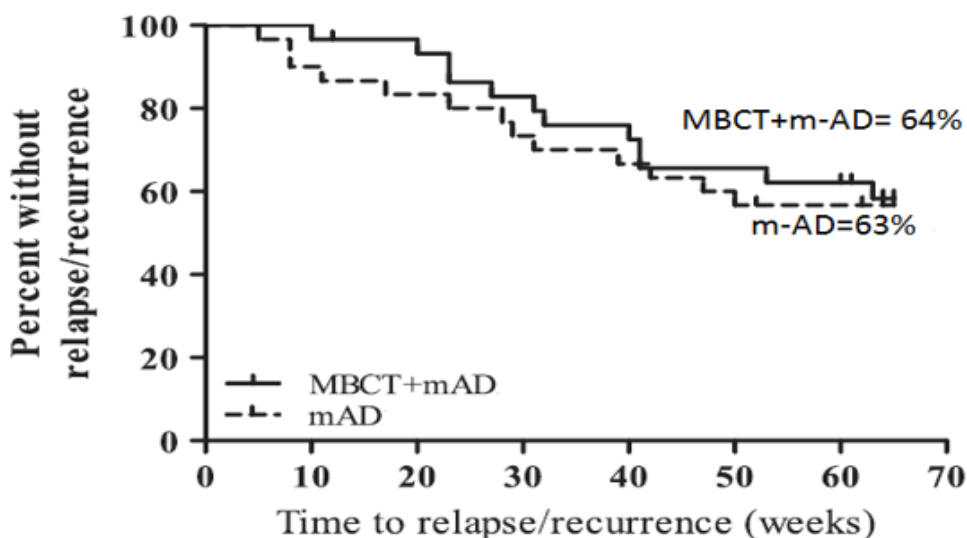


MBCT = Mindfulness-based cognitive therapy; **Pla**=placebo; **m-AD**= maintenance antidepressant medication (entretien d'antidépresseur).

Figure 12 : Proportions des patients sans rechute pendant un suivi de 18 mois chez des patients en rémission instable. Etude de Segal et al. 2010 ; [60].

b-3 Association MBCT et Antidépresseur vs entretien d'antidépresseur seul (m-AD)

- La 1^{ère} étude qui évalue la supériorité de l'association des 2 traitements (antidépresseur + MBCT) par rapport à l'antidépresseur seul, a été réalisée en 2015 par Huijbers *et al.*[64]. À cet effet, les chercheurs ont recruté 68 patients en rémission ayant au moins 3 épisodes antérieurs, sous antidépresseur depuis au moins 6 mois. Ils les ont affectés soit à un groupe MBCT + entretien d'antidépresseur (m-AD) soit à un groupe m-AD seul, pour un suivi de 15 mois. Les résultats n'ont montré aucune supériorité significative du groupe MBCT + m-AD par rapport au groupe m-AD seul quant aux : 1) taux de récurrence, 36% de récurrence pour le groupe MBCT + m-AD et 37% pour le groupe m-AD ; $p = 0.96$. 2) Le temps de récurrence, $HR=0.87$, IC à 95% de 0.31 à 1.85 ; $P=0.53$. 3) symptômes résiduels évalués par l'IDS (*Inventory of Depressive Symptomatology* – inventaire de la symptomatologie dépressive.) : IDS du groupe MBCT+m-AD = 12 et IDS groupe m-AD = 10 ; valeur $P = 0.69$).

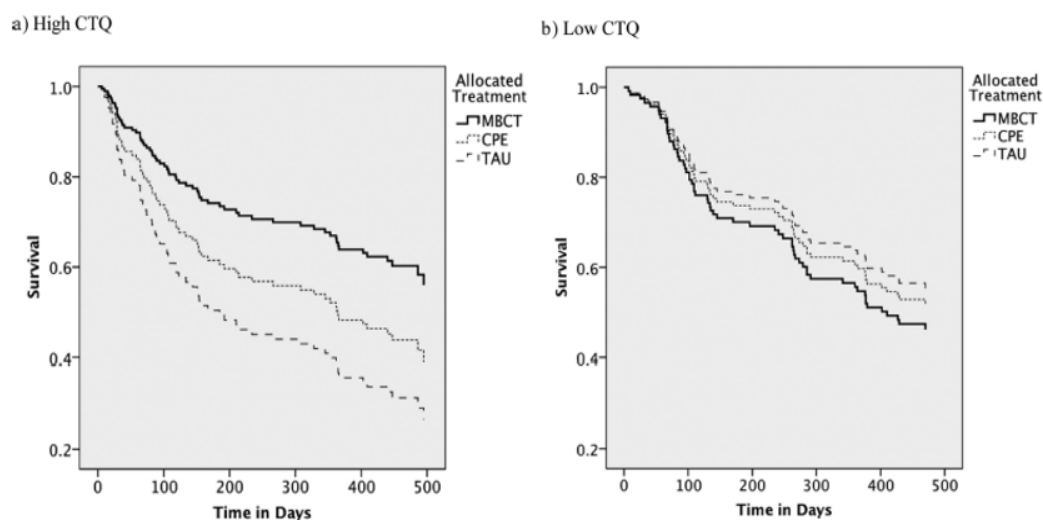


MBCT + m-AD = MBCT associée au traitement antidépresseur d'entretien ;
m-AD=maintenance antidepressant medication (entretien d'antidépresseur).

Figure 13 : Proportions des patients ayant sans récurrence pendant un suivi de 14 mois. Etude de Huijbers *et al.* 2015 [64].

c) MBCT + TH vs Psychothérapie d'entretien

- Dans l'étude *de William et al.*[63] en 2013, les chercheurs ont randomisé 274 patients en rémission d'une dépression depuis au moins 2 mois, ayant présenté 3 épisodes ou plus, avec ou sans antidépresseur en cours. Les patients ont été affectés soit à un groupe MBCT + TH, soit à un groupe TH seulement, soit à un groupe PEC+TH (Psychoéducation Cognitive), dans ce dernier groupe les patients ont bénéficié d'un programme conçu spécifiquement pour cette étude, il a la même structure que le programme MBCT avec pour seule différence le fait que l'aspect expérientiel de la pleine conscience n'y est pas abordé. Le suivi dans 12 mois n'a pas montré une différence significative quant à la récurrence dépressive entre le groupe MBCT + TH et le groupe PEC + TH : 46% de récurrence dans le groupe MBCT + TH et 50% dans le groupe TH+ PEC, HR = 0.83 (IC à 95% de 0.56 à 1.24) ; valeur P = 0.56. Les chercheurs ont également évalué s'il existe une interaction entre la présence de traumatismes dans l'enfance mesuré à l'aide du *Childhood Trauma Questionnaire* [69] et l'efficacité des traitements dans la prévention de la récurrence dépressive. Les chercheurs ont trouvé que la MBCT + TH est significativement plus efficace dans la prévention de la récurrence que la PEC + TH chez les patients ayant un score élevé de traumatismes durant l'enfance : HR=0.96 (IC à 95% de 0.94 à 0.99) ; valeur P < 0.05

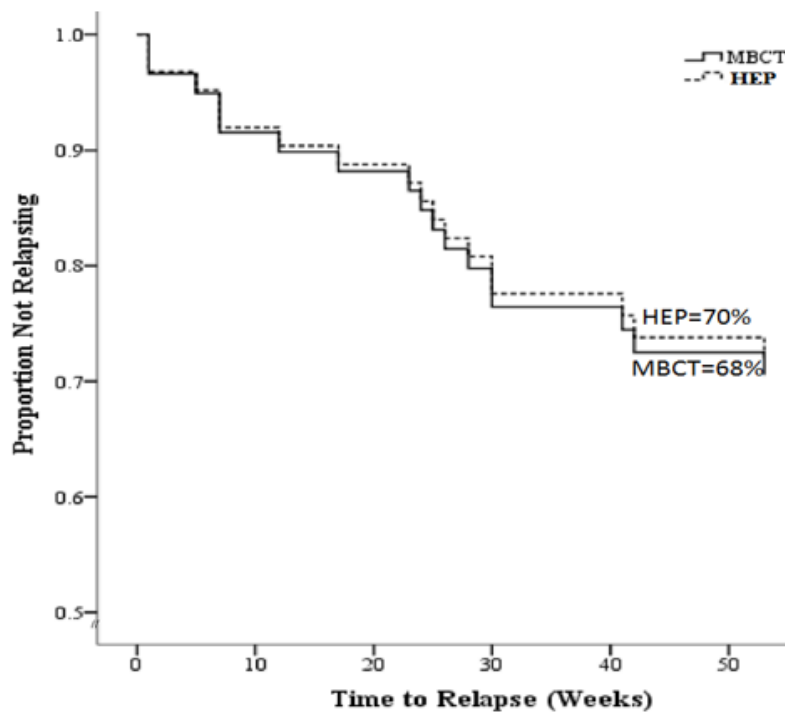


MBCT = Mindfulness-based cognitive therapy + TAU ; **TAU**= treatment as usual (traitement habituel) ; **CPE** = cognitive psychological education + TAU (psychoéducation cognitive + traitement habituel).

Figure 14: Proportions des patients sans récurrence pendant le suivi chez ceux ayant un score élevé de traumatismes durant l'enfant (High CTQ) et ceux ayant un score bas (Low CTQ). Etude de William et al. 2013.

- Dans l'étude de Shallcross et al.[66] en 2015, les chercheurs ont randomisé 92 patients, en rémission depuis au moins 1 mois, avec ou sans antidépresseur (72% sans antidépresseur) avec au moins 1 épisode dépressif antérieur. Nous allons nous intéresser au sous-groupe ayant présenté au moins 2 épisodes dépressifs antérieurs (n = 87) et qui présente 94.5% des patients randomisés. Les chercheurs ont affecté les patients soit à un groupe MBCT, soit à un groupe HEP (Health-Enhancement Program) dans ce dernier groupe les patients ont bénéficié d'un programme ayant la même durée que le programme MBCT, il comprenait 4 composantes thérapeutiques dont l'activité physique, des mouvements fonctionnels, la musicothérapie et la nutrition, alors que la pleine conscience n'y a pas été abordée. Le suivi à 14 mois n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes quant aux taux de récurrence,

32 % de récurrence dans le groupe MBCT et 30 % pour le groupe HEP (HR=0.925, IC à 95% de 0.37 à 2.3 ; valeur p = 1), ni de différence significative dans les symptômes résiduels mesurés grâce au BDI II (BDI II moyen du groupe MBCT = 7, BDI II moyen du groupe HEP = 7.2 ; valeur P = 0.91). Notons également, qu'à la différence de l'étude de Kuyken et al. (12), les auteurs n'ont pas évalué s'il y'a une interaction entre l'abus dans l'enfance et les 2 conditions de traitement dans la prévention de la récurrence dépressive.



MBCT =mindfulness-based cognitive therapy; **HEP** = health-enhancement program (programme d'amélioration de santé).

Figure 15 : Proportions des patients sans récurrence pendant un suivi de 14 mois. Etude de Shallcross et al. 2015 ; [66].

Tableau 5 : résultats des études :

Etude	N°	Participants	Groups (n° /protocole)	Durée de suivi	Résultats
<u>MBCT+TH vs TH</u>					
Teasdale et al. ; 2000 [57]	145	Patients en rémission totale ou partielle, d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présentés 2 épisodes dépressifs ou plus, sans ttt AD durant les 3 derniers mois.	MBCT+TH : 76 TH : (69)	14 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients ayant ≥ 3 ED : la MBCT est significativement efficace que le TH dans la prévention de la récurrence dépressive (37% récidivent dans le groupe MBCT+TH, 66% dans le groupe TH ; $P < 0.005$). - Pour les patients ayant ≤ 2 ED : Pas de différence significative dans la récurrence dépressive (56 % récidivent dans le groupe MBCT + TH, par contre 31 % dans le groupe TH ; $P > 0.1$).
Ma et Teasdale ; 2004. [58]	75	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présentés 2 épisodes dépressifs ou plus, sans ttt AD durant les 3 derniers mois.	MBCT+TH : (37) TH : (38)	14 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients ayant ≥ 3 ED : la MBCT est significativement efficace que le TH dans la prévention de la récurrence dépressive (36 % des patients récidivent dans le groupe MBCT + TH, alors que 78 % récidivent dans le groupe TH ; $p = 0.002$). - Pour les patients ayant ≤ 2 ED : Pas de différence significative dans la récurrence dépressive (50 % des patients récidivent dans le groupe MBCT TH, et 20 % de récurrence dans le groupe TH ; $p = 0.231$).
Bondolfi et al. ; 2010. [61].	60	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présentés 3 épisodes ou plus, sans ttt AD durant les 3 derniers mois.	MBCT+TH (31) TH : (29)	14 mois	<ul style="list-style-type: none"> - Pour le taux de récurrence : pas de supériorité du groupe MBCT + TH par rapport au groupe TH (33% des patients récidivent dans le groupe MBCT, et 36% dans le groupe TH ; $P = 0.58$). - Pour le délai d'apparition de récurrence : la MBCT retarde significativement l'apparition des récurrences avec une différence de 19 semaines.
Van Aalderen et al. 2012 ; [62]	136	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC, ayant présentés 3 épisodes ou plus, avec ou sans ttt AD en cours.	MBCT+TH : (68) TH : (68)	12 mois	Le groupe MBCT+TH a présenté significativement moins de symptômes dépressifs que le groupe TH (le groupe MBCT + TH ont présenté un HAM-D à 6.2, et le groupe TH un HAM-D à 9.1 ; $P < 0.05$. Le BDI également a montré des valeurs en faveur de la MBCT : la différence de score entre les 2 groupes est de 4.2 ; $p < 0.05$).

Tableau 5 : (suite)

Etude	N°	Participants	Groups (n° /protocole)	Durée de suivi	Résultats
<u>MBCT VS ttt actif d'entretien</u>					
Kuyken et al. 2008 [59]	123	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 3 mois, ayant présentés 3 épisodes ou plus, sous ttt AD d'entretien depuis au moins 6 mois.	MBCT-TS : (61) m-AD : (69)	15 mois	- Pour le taux de récurrence : Pas de différence significative entre les 2 groupes (47 % des patients récidivent dans le groupe MBCT-TS et 60 % dans le groupe entretien antidépresseur ; p = 0.07). -Pour les symptômes dépressifs résiduels : le groupe MBCT-TS à présenter significativement moins de symptômes résiduels (différence de BDI-II = 4.41 et de HAM-D = 1.64 ; valeur P < 0.05).
Segal et al. ;2010. [60]	84	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDM depuis au moins 7 mois, ayant présentés 3 épisodes ou plus, sous ttt AD d'entretien.	MBCT : (26) m-AD : (28) Pla : (30)	18 mois	Pas de différence significative entre le groupe MBCT et le groupe m-AD quant au taux de récurrence dépressive (38% rechutaient dans le groupe MBCT et 46 % dans le groupe m-AD ; p > 0.05).
William et al. ; 2013. [63]	274	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDM depuis au moins 2 mois, ayants présentés 3 épisodes ou plus, avec ou sans ttt AD en cours.	MBCT+TH : (108) PEC+TH : (110)	12 mois	- Pas de différence significative entre le groupe MBCT+TH et le groupe PEC+TH quant aux taux de récurrence dépressive (46% de rechute dans le groupe MBCT+TH et 50% dans le groupe PEC+TH ; P = 0.56). - Pour les patients ayant un score élevé de traumatismes durant l'enfance : la MBCT est significativement plus efficace dans la prévention de la récurrence que la PEC ; valeur p < 0.05.
Huijbers et al.[64] ; 2015.	68	Patients en rémission totale ou partielle depuis au moins 6 mois, ayant présentés 3 épisodes ou plus, sous ttt AD de maintien depuis au moins 6 mois.	MBCT+m-AD (33) m-AD: (35)	15 mois	Pas de supériorité significative de l'association AD et MBCT par rapport au groupe AD seul quant aux : - taux de récurrence (36% de rechute dans le groupe MBCT + m-AD et 37% dans le groupe m-AD ; (p = 0.96.) ; - Le temps de récurrence ; (p=0.53). - Les symptômes résiduels ; (p = 0.69).

Tableau 5 : (Suite)

Etude	N°	Participants	Groups (n° /protocole)	Durée de suivi	Résultats
<u>MBCT VS ttt actif d'entretien</u>					
Kuyken et al. ; 2015. [65]	424	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDM depuis au moins 3 mois, ayant présentés 3 épisodes au plus, sous ttt AD de maintien.	MBCT-TS (212) m-AD (212)	24 mois	- Pour le taux de rechute : Pas de différence significative entre les 2 groupes (44 % des patients récidivent dans le groupe MBCT-TS et 47 % dans le groupe maintien antidépresseur p=0.07) - Pour les symptômes dépressifs résiduels : le groupe MBCT-TS à présenter significativement moins de symptômes résiduels (différence de BDI-II = 4.41 et de HAM-D = 1.64 ; valeur P < 0.05).
Shallcross et al. 2015 ; [66]	87 ^{SG}	Patients en rémission totale ou partielle d'un TDC depuis au moins 1 mois, ayant présentés 3 épisodes ou plus, avec ou sans ttt AD en cours (72% sans ttt AD).	MBCT : (44) HEP : (43)	4 mois	Pas de différence significative entre le groupe MBCT et le groupe HEP quant aux : -taux de récurrence (32 % de récurrence dans le groupe MBCT et 30 % pour le groupe HEP ; p=1). -symptômes résiduels mesurés grâce au BDI II (BDI II moyen du groupe MBCT = 7, BDI II moyen du groupe HEP = 7.2 ; valeur P = 0.91).

Abréviations : **TDC** =trouble dépressif caractérisé ; **ED**=épisode dépressif ; **AD**=antidépresseur ; **m-AD**= maintenance antidepressant medication (*entretien d'antidépresseur*).; **TH**=traitement habituel ; MBCT-TS=MBCT tapering support ; **Pla**=placebo ; **PEC**=Psychoéducation Cognitive ; **HEP**=Health-Enhancement Program ; **M ou Mdn**= moyenne ou médiane ; **BDI**=Beck Depression Inventory ; **HAM-D**= Hamilton Depression Rating Scale ; ^{SG} sous-groupe.

C) Discussion

1) Synthèse des résultats

Notre revue systématique a analysé 10 essais cliniques randomisés contrôlés (ECR), comparant la MBCT avec 4 conditions de contrôle différentes. Dans les 4 ECR qui la comparaient avec le traitement habituel (n=416) [57,58,61,62], 3 ECR ont montré que la MBCT associée au TH est significativement supérieure au TH seul pour les patients ayant 3 épisodes dépressifs antérieurs ou plus dans la prévention de la récurrence dépressive [57,58,62]. Néanmoins, pour les patients n'ayant que 2 épisodes dépressifs, 2 ECR n'ont montré aucune supériorité de la MBCT [57,58]. Les 3 ECR (n=631) qui ont comparé les patients sous AD d'entretien, avec les patients sous MBCT et qui ont diminué ou arrêté la prise d'AD, ont tous montré que la MBCT est aussi efficace que les antidépresseurs d'entretien dans la prévention de la récurrence dépressive [59,60,65]. Cependant pour les patients ayant vécu une enfance caractérisée par l'abus, la MBCT se révèle plus efficace que les antidépresseurs d'entretien [65]. Un seul ECR (n=68) a comparé l'association MBCT + antidépresseur par rapport au traitement antidépresseur d'entretien seul, concluant qu'il n'y a aucune différence dans la prévention de la récurrence dépressive entre ces 2 groupes [64]. Finalement, et en comparaison avec des psychothérapies d'entretien, 2 ECR (n=361) ont été réalisés montrant que la MBCT est aussi efficace que ces 2 psychothérapies dans la prévention de la récurrence dépressive [63,66]. Cependant, pour les patients ayant un score élevé de traumatismes dans leur enfance, la MBCT est significativement plus efficace [63].

À la lumière de ces résultats, nous déduisons que :

- La MBCT est efficace dans la prévention de la récurrence dépressive en tant que traitement adjuvant ;

- Elle est une alternative possible pour diminuer, ou arrêter le traitement antidépresseur d'entretien, sans pour autant craindre une majoration du risque de récurrence dépressive ;

- Elle est plus bénéfique pour les patients à plus haut risque de récurrence (les patients ayant plus de deux épisodes antérieurs [57,58], les patients ayant subi des abus dans leur enfance [65], et ceux qui ont vécu des traumatismes durant leur enfance [63].

Nos résultats sont soutenus par :

- La méta-analyse de *Piet et Hougaard* [70] réalisée en 2011, qui en comparaison avec le traitement habituel (TH) seul a analysé 4 ECR (n=324) et a conclu que la MBCT associée au TH, est significativement supérieure que le TH seul pour les patients ayant plus de 3 épisodes (HR = 0.56 [0.42-0.73] ; I²=12%).

- La méta-analyse de *Chiesa et Serretti* [71] qui a analysé 4 ECR (n=326) et a trouvé la même conclusion que la précédente méta-analyse : (HR = 0.36 [0.19-0.48] ; I² = 39%).

- La méta-analyse de *Kuyken et al.*[51] réalisée en 2016, et qui en comparaison avec tout traitement actif d'entretien, a analysé 5 ECR (n=892), et a conclu à l'efficacité et la supériorité de la MBCT (HR = 0.79 [0.64-0.97] ; I² = 0%) y compris par rapport aux antidépresseurs d'entretien (4 ECR ; n=637 ; HR = 0.77 [0.60-0.98] ; I² = 0%).

Par ailleurs, il reste à élucider pourquoi la MBCT est plus efficace pour les patients à haut risque de récurrence, que chez ceux à bas risque ? Il a été prouvé dans plusieurs études [72,73] que chez les patients à haut risque une fois en rémission, une légère variation d'humeur _une légère tristesse_ induit une réactivation automatique de schémas de pensées dévastatrices anciennes [74,75], susceptibles de déclencher une récurrence dépressive [76,77]. Et à l'opposé, les patients à bas risque ne réagissent pas face aux petites tristesses par de grands changements de pensées. Ainsi, leur récurrence

dépressive est essentiellement en rapport avec l'apparition dans leur vie d'un grand événement stressant et déstabilisant [7,43]. Cette différence pourrait expliquer l'efficacité de la MBCT chez les patients à haut risque, vu que cette thérapie a été conçue entre autres pour réduire la capacité des schémas négatifs réactivés automatiquement, à induire la récurrence dépressive. Et cela, en apprenant aux patients la compétence d'être le plus conscient possible afin d'être le plus vigilant devant cette réactivation autonome de ces schémas de pensées négatives, et de ne pas s'y identifier et les vivre comme une réalité inévitable.

2) MBCT et coût

La MBCT porte en elle l'espoir de réduire les coûts et augmenter la rentabilité vu qu'il s'agit d'une thérapie de groupe. Cependant, les résultats des premières études réalisées en Grande-Bretagne, n'étaient pas totalement en faveur de la MBCT en matière de rentabilité. Ainsi, bien que la MBCT associée à une dose réduite d'antidépresseurs est meilleure en matière de coût pour la société (diminution du nombre d'arrêt de maladie, gain de productivité, diminution de consommation d'antidépresseurs), et ce rapport à une prise en charge classique sans traitement d'entretien, elle n'a pourtant pas montré de supériorité en matière de coût par rapport au traitement antidépresseur à visée préventive à dose complète [59,65].

Toutefois, ces deux études anglaises sont loin d'être concluantes. Vu que le coût devrait être évalué selon les différentes conditions possibles : MBCT seule, en addition au traitement habituel, en comparaison avec d'autres psychothérapies. Sans oublier que dans notre contexte, les psychothérapies ne sont pas remboursées par les mutuelles et les assurances maladies, contrairement aux médicaments antidépresseurs.

3) La MBCT au-delà de la récurrence dépressive

Le fait que la MBCT ait fait ses preuves non seulement dans la réduction de la récurrence dépressive, mais aussi dans la réduction des symptômes résiduels des patients

en rémission dépressive partielle, a encouragé les chercheurs à l'appliquer sur des patients souffrant de dépression chronique et/ou de dépression résistante. En effet, les résultats des premiers essais cliniques indiquent que la MBCT, pourrait également être une option de traitement prometteuse, aussi bien pour la dépression chronique, que pour la dépression résistante [78–81]. De plus, un de ces essais cliniques a inclus 5 patients présentant un trouble bipolaire [78]. Ces derniers avaient pu suivre assidûment leur programme MBCT. Ce qui a ouvert la voie à l'étude de l'intérêt de la MBCT dans cette indication. Ainsi, deux essais de faisabilité ont été réalisés, et ont conclu que la MBCT était faisable, et bien perçue chez les patients bipolaires [82,83]. Ensuite, plusieurs essais pilotes ont suggéré que la MBCT pourrait bien réduire les symptômes résiduels dépressifs, les idées suicidaires, l'anxiété, et pourrait également augmenter la capacité de régulation des émotions ainsi que le bien être psychologique et social chez les patients atteints de troubles bipolaires [84–86]. Puis, c'est en 2013 que le 1^{er} ECR avec longue période de suivi a été réalisé, concluant que la MBCT n'est pas supérieure au traitement habituel dans la prévention de la récurrence thymique. Toutefois, elle demeure significativement supérieure dans la diminution de l'anxiété comorbide avec le trouble bipolaire par rapport au traitement habituel [87].

Dans l'étude de Van Aalderen réalisée en 2012, nous avons mentionné que la randomisation avait été stratifiée selon l'état de rémission ou de phase aiguë des patients [62]. Et dans la mesure où notre revue s'intéresse plutôt aux patients en rémission, nous avons exclu le sous-groupe en phase aiguë. Par ailleurs, cette étude a montré que la MBCT est aussi efficace pour les patients en rémission que ceux en phase aiguë. De ce fait, ces résultats ont encouragé les chercheurs à s'intéresser de près à l'efficacité de la MBCT sur des patients déprimés. Les 1^{ère} études pilotes ont effectivement montré que la MBCT pourrait être aussi efficace que la Sertaline et l'activation comportementale, qui est une technique brève de thérapie cognitivo-comportementale dans la phase aiguë de dépression [88,89].

Étant donné que la MBCT permet de développer des capacités d'acceptation, d'orientation vers l'expérience présente, et de reconnaissance des affects négatifs sans pour autant être submergés par ces affects, les chercheurs se sont intéressés à son application dans les troubles anxieux qui reposent plutôt sur l'évitement, l'inquiétude avec orientation vers le futur, et la submersion par ces affects. Comme supposé, les premières études pilotes convergent vers le fait que la MBCT est probablement efficace dans le trouble anxieux généralisé, le trouble de panique, et la phobie sociale [90–96].

À la lumière de tous ces résultats prometteurs, et vu les processus d'action multiple de la MBCT, cette thérapie de 3^e génération n'a cessé d'être adaptée à divers troubles psychiatriques. Elle montre ainsi des résultats préliminaires encourageants notamment dans : les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), les troubles somatoformes, le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez l'adulte et l'adolescent (TDAH), les troubles liés à l'usage de substances et l'insomnie [29,97,106–108,98–105].

En outre, la MBCT a été ajustée à des populations d'âges différents, telle la MBCT-C (*Child*) pour enfant. Conçue initialement pour les enfants anxieux de 9 à 13 ans, elle est devenue également adaptable pour des enfants plus jeunes ou plus âgés. Son objectif est d'augmenter leur résilience socio-émotionnelle, grâce notamment à l'amélioration de l'attention consciente et bienveillante [109]. Les premiers résultats sont encourageants et ont montré une diminution significative des problèmes de comportement et d'attention, ainsi que des symptômes d'anxiété [110]. De même, cette thérapie non-médicamenteuse s'est intéressée également aux personnes âgées anxiodépressives, constituant ainsi un immense espoir pour cette population à risque et souvent sous polymédication [111–113].

Sur un plan plus général, des études récentes ont montré que la MBCT augmente la qualité de vie chez des patients qui souffrent de pathologies somatiques lourdes telles que le cancer du sein chez la femme, le cancer de la prostate, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, l'HIV, le lupus érythémateux, la fibrillation auriculaire et pourrait même diminuer la sévérité du psoriasis par diminution du stress [114–120].

Somme toute, nous devons signaler que la majorité de ces études ne sont que des pistes vers d'éventuelles études plus rigoureuses et plus approfondies, d'où la prudence qui s'impose quant à la déduction de quelconques recommandations.

4) Perspectives

Le recours à la MBCT est donc une option thérapeutique valable dans la prévention de la récurrence dépressive. Or, sa place précise en comparaison avec les autres traitements d'entretien reste encore à déterminer, notamment dans la possibilité de son utilisation seule et non pas en association. Cette option thérapeutique est nécessaire pour les patients ayant une contre-indication pour le traitement antidépresseur, ou sous polymédication susceptible d'engendrer des interactions non désirables entre médicaments. Jusqu'aujourd'hui, le seul ECR ayant évalué l'efficacité de la MBCT par rapport au traitement antidépresseur d'entretien est celui de Segal en 2010, les résultats de cet essai ont montré que la MBCT seule est aussi efficace que le traitement antidépresseur d'entretien dans la prévention de la récurrence dépressive [60]. D'où, l'intérêt d'autres études similaires pour la confirmation d'une éventuelle prescription de MBCT seule sans craindre d'augmenter le risque de récurrence.

Par ailleurs, malgré la multitude des moyens thérapeutiques disponibles aujourd'hui, le taux de récurrence dépressive demeure encore non négligeable. D'où l'immense intérêt de continuer la recherche dans l'espoir de diminuer le taux de récurrences dépressives. En ce qui concerne le programme MBCT, depuis sa conception

il a demeuré inchangeable quant à sa structure, et n'a connu que de légers changements quant à son contenu. Ce qui est compréhensible vu que la priorité était d'abord de soumettre le programme MBCT initial aux épreuves de validité. Actuellement, les efforts doivent se concentrer sur l'amélioration de cette technique, afin d'optimiser ses effets. Plusieurs stratégies peuvent être proposées dans ce sens :

- La réalisation d'études déconstructives pour déterminer le degré de contribution de chaque partie du programme dans la prévention de la récurrence dépressive afin de modifier, voire supprimer les parties les moins efficaces, et se focaliser sur les plus percutantes.

- Continuer les recherches pour élucider davantage les mécanismes d'action de la MBCT, vu qu'une meilleure compréhension pourrait mener à ajouter au programme d'autres pratiques méditatives et/ou cognitivo-comportementales plus efficaces.

- Se pencher profondément sur la question d'observance, puisqu'il a été démontré que les patients qui adhèrent le plus au programme tirent le plus de bénéfice [121,122]. Ainsi, pour diminuer le taux d'abandon : nous suggérons selon les circonstances de continuer le programme à distance grâce à des supports visuels, sites internet, applications smartphones.... Toujours dans la même lignée d'idées pour diminuer l'abandon, nous proposons d'analyser les caractéristiques des patients qui abandonnent le plus, d'autant plus qu'il a été démontré que les patients ayant deux antécédents antérieurs d'épisodes dépressifs au lieu de trois ou plus [58], et ceux avec une histoire de tentative de suicide [59] étaient les plus enclin à abandonner le programme MBCT. La connaissance des profils des patients qui abandonnent le plus la thérapie, pourrait aider à mettre au point des conduites à tenir spéciales adaptées à ces patients à haut risque d'abandon.

- Continuer les recherches pour déterminer la meilleure combinaison entre les différents traitements d'entretien disponibles en tenant compte des caractéristiques des patients, et du coût de chaque option thérapeutique selon le contexte socio-économique du patient.

Finalement, nous pensons qu'il serait intéressant qu'un essai clinique pilote voit le jour au Maroc en vue d'évaluer le degré d'efficacité de cette thérapie sur la population marocaine.

5) Forces et limites de notre revue

L'originalité de notre travail repose sur le fait qu'il s'agit de la 1^{ère} recherche rigoureuse qui traite le sujet de la méditation en pleine conscience dans le cadre d'une thèse de doctorat de médecine au Maroc. En effet, rigoureuse car : 1) notre revue a été réalisée selon les principales lignes directrices préconisées par PRISMA (*preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses the prisma statement* « PRISMA » [54] 2) L'inclusion des articles ayant la meilleure qualité possible, et ceci grâce à une grille validée pour l'évaluation méthodologique ; 3) Et afin d'être le plus exhaustif possible, nous avons utilisé 5 moteurs de recherche et sans restreindre la recherche dans le temps. En fin de compte, nous avons pu répondre d'une manière précise et objective à notre principale question de recherche.

Toutefois, notre revue présente quelques limites. Tout d'abord la restriction de langue en français et en anglais pourrait induire un biais de sélection, cependant exceptionnels sont les ECR non traduits en anglais, cela n'a donc pas un grand impact sur notre revue. Ajoutons que nous n'avons pas contacté les auteurs des études pour certaines données manquantes puisque nous avons jugé que ces dernières n'auraient aucun impact sur l'objectif de notre recherche. Il faut aussi compter qu'il est fortement recommandé que la sélection des études et l'évaluation de leur qualité soient faites par

deux chercheurs, en vue de réduire au minimum les risques d'erreur de jugement et de subjectivité. Cela n'a pas été le cas pour notre revue.

D'autres limites sont représentées par les limites de différentes études. Celles-ci ont exploré une population en majorité occidentale et il est toujours probable que les résultats ne soient pas totalement extrapolables à la population marocaine. Ajoutons à cela, le petit nombre des ECR dans certaines conditions de contrôle notamment ceux qui comparaient la MBCT *vs* les psychothérapies d'entretien (2 ECR, n=361), et la MBCT associée aux antidépresseurs *vs* antidépresseur d'entretien seul (1 ECR, n=68).

Conclusion

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) a été mise au point, dans l'espoir d'apprendre aux patients ayant des antécédents dépressifs, les techniques de décentration émotionnelle afin d'éviter la récurrence dépressive.

Notre revue a démontré que la MBCT a fait l'objet de nombreuses études de qualité permettant de confirmer son assise empirique. Ainsi que de recommander son utilisation pour les patients les plus vulnérables à la récurrence dépressive. Son utilisation est d'autant plus recommandée lorsque le traitement médicamenteux est contre-indiqué ou mal toléré.

L'utilisation de la MBCT dans d'autres indications liées à la dépression (la dépression chronique, résistante, ou aiguë), ainsi que d'autres pathologies psychiatriques, a été prometteuse mais d'autres études de meilleures qualités sont nécessaires.

L'essor des thérapies utilisant les techniques cognitivo-comportementales et de méditation en pleine conscience, permet d'offrir aux psychiatres et aux thérapeutes, une alternative intéressante dans la prise en charge des troubles dépressifs, notamment en matière de prévention des récurrences. Cela implique une ouverture de ces praticiens sur ces pratiques, qui méritent d'avoir leur place dans les programmes de formation universitaires.

Résumés

Résumé

Titre: les effets de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience sur la récurrence dépressive.

Auteur: HAMMANI Tariq

Mots clé: thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, MBCT, dépression, récurrence.

Contexte: La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT), est une thérapie qui combine des éléments de la TCC avec la pleine conscience, pour prévenir la récurrence dépressive.

Objectif: Evaluer l'efficacité de la MBCT dans la prévention de la récurrence dépressive.

Méthode : Revue systématique de la littérature à partir de 6 bases de données. Les études incluses ont été évaluées en utilisant un outil d'évaluation qualitative.

Résultat: 10 essais cliniques randomisés (ECR) comparant la MBCT avec 4 conditions de contrôle différentes ont été inclus dans notre revue. Dans les 4 ECR qui la comparaient avec le traitement habituel (TH), 3 ECR ont montré que la MBCT + TH, est supérieure au TH seul pour les patients ayant 3 épisodes dépressifs antérieurs ou plus, dans la prévention de la récurrence dépressive. Les 3 ECR qui ont comparé les patients sous antidépresseurs d'entretien (AD-e), avec les patients sous MBCT et qui ont diminué la prise d'AD, ont montré que la MBCT est aussi efficace que les AD-e. Un ECR a comparé l'association MBCT + AD-e par rapport aux AD-e seuls, concluant qu'il n'y a aucune différence entre les 2 groupes. En comparaison avec des psychothérapies d'entretien, 2 ECR n'ont montré aucune différence entre les 2 conditions. Cependant, pour les patients à haut risque de récurrence, la MBCT est plus efficace par rapport aux autres psychothérapies et aux AD d'entretien.

Conclusion: la MBCT est efficace dans la prévention de la récurrence dépressive, notamment chez les patients à haut risque. Cependant, les modalités de sa prescription en monothérapie ou en tant qu'adjuvant restent encore à élucider.

Summary

Title: the effects of mindfulness-based cognitive therapy on depressive recurrence.

Author: HAMMANI Tariq

Key words: mindfulness-based cognitive therapy, MBCT, depression, recurrence

Background: Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) is a two-month group therapy. It integrates elements of Cognitive Behavioral Therapy with components of mindfulness training to prevent depressive recurrence.

Objective: To evaluate the effectiveness of MBCT in the prevention of depressive recurrence.

Methods: A systematic review of the literature from 6 databases: PubMed, Direct Science, Springer Link, Cochrane, ClinicalKey, and Refdoc. The included studies were evaluated using a qualitative assessment tool.

Results: 10 randomized clinical trials (RCTs) comparing MBCT with 4 different control conditions were included in our review. In the 4 RCTs that compared it with treatment as usual (TAU), 3 RCTs showed that MBCT plus treatment as usual (TAU) is significantly superior to TAU alone, in depression recurrence prevention for patients with 3 or more previous depressive episodes. The 3 RCTs comparing patients taking antidepressants (m-AD), and those under MBCT who tapered or discontinued antidepressant treatment (MBCT-TS), have all showed that MBCT-TS is as effective as m-AD. 1 RCT compared the MBCT + m-AD combination *vs* m-AD alone, has conclude that there is no difference between the 2 groups. In comparison with maintenance psychotherapies, 2 RCTs were included, and showed no significant difference between the 2 conditions. However, for patients at high risk of recurrence MBCT has been shown to be more effective compared to other psychotherapies and AD maintenance.

Conclusion: MBCT is effective in preventing depressive recurrence, especially if patients are at high risk. However, prescription modalities as an adjuvant or in monotherapy has to be elucidated.

المخلص

العنوان: آثار العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الكاملة على عودة مرض الاكتئاب.

المؤلف: حماني طارق.

الكلمات الأساسية: العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الكاملة، عودة مرض، الاكتئاب.

السياق: العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الكاملة (MBCT) هو علاج جماعي، يبنى على إدماج عناصر العلاج السلوكي المعرفي مع مبادئ اليقظة الكاملة والتأمل الذهني. والهدف من هذا العلاج هو الوقاية من عودة مرض الاكتئاب. **هدف البحث:** تقييم فعالية "MBCT" في الوقاية من عودة الاكتئاب.

المواد والطرائق: بحث منهجي في 6 قواعد بيانات: «PubMed»، «Refdoc»، «ClinicalKey»، «Science Direct»، «Springer Link»، «Cochrane»، لقد تم تقييم الدراسات المتضمنة باستعمال أداة تقييم كفي.

النتائج: تم الاعتماد في هذا البحث على 10 تجارب عشوائية منتظمة. وثم من خلالها مقارنة علاج MBCT مع 4 مجموعات مقارنة مختلفة. وثم من خلال هذه التجارب مقارنة فعالية إضافة علاج MBCT إلى العلاج الاعتيادي (MBCT+TH) مع العلاج الاعتيادي وحده (TH). وكانت النتيجة هي تفوق (MBCT+TH) على الاعتماد على العلاج الاعتيادي وحده، وذلك بالنسبة للمرضى الذين عانوا من أكثر من 3 نوبات اكتئاب على الأقل. بينما أظهرت التجارب الثلاث التي قارنت المرضى الذين تناولوا مضادات الاكتئاب الصائنة (m-AD)، وأولئك الذين يخضعون لـ MBCT الذين خفضوا أو توقفوا عن العلاج المضاد للاكتئاب (MBCT-) (TS)، أن MBCT-TS فعال بنفس فعالية m-AD. تجربة واحدة قارنت بين MBCT+ صيانة مضاد الاكتئاب مع هذا الأخير وحده، فتبين أنه ليس هنالك فرق ملموس بين المجموعتين. أما فيما يخص المقارنة مع العلاجات النفسية الصائنة، تجربتين ثم ضمهم في بحثنا، أبانوا أنه ليس هنالك فرق ملموس بينهم و MBCT.

الاستنتاجات: MBCT فعالة في الوقاية من عودة مرض الاكتئاب، لاسيما بالنسبة للمرضى الأكثر تهديدا بهذا مرض. ومع ذلك، تبقى طرق وصف العلاج MBCT كعلاج مساعد أو علاج أحادي تستوجب توضيحا أكثر.

Références

- [1] **Murray CJ, Lopez AD.** *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study.* The Lancet. 1997 May 24;349(9064):1498–504.
- [2] **Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al.** *Prevalence and Treatment of Mental Disorders, 1990 to 2003.* New England Journal of Medicine. 2005 Jun 16;352(24):2515–23.
- [3] **Keller MB, Lavori PW, Mueller TI, Endicott J, Coryell W, Hirschfeld RMA, et al.** *Time to Recovery, Chronicity, and Levels of Psychopathology in Major Depression.* Archives of General Psychiatry. 1992 Oct 1;49(10):809.
- [4] **Keller MB, Boland RJ.** *Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression.* Biological psychiatry. 1998 Sep 1;44(5):348–60.
- [5] **Bremner JD, Narayan M, Anderson ER, Staib LH, Miller HL, Charney DS.** *Hippocampal Volume Reduction in Major Depression.* American Journal of Psychiatry. 2000 Jan;157(1):115–8.
- [6] **Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E, et al.** *Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review.* The Lancet. 2003 Feb 22;361(9358):653–61.
- [7] **Post RM.** *Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder.* American Journal of Psychiatry. 1992 Aug;149(8):999–1010.
- [8] **Post R, psychiatry SW-B, 1998 undefined.** *Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive–compulsive disorders: the role of serotonergic mechanisms in illness progression.* biologicalpsychiatryjournal.com.
- [9] **GERIN P.** *L'évaluation des psychothérapies..* Press univ. Paris; 1984 p.
- [10] **Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).** *Psychothérapie : Trois approches évaluées.* Les éditio. 2004.

- [11] **Association française de thérapie comportementale et cognitive aftcc.** *Les TCC | AFTCC* [Internet]. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive. 2012 [cited 2017 Jun 13]. Available from: <http://www.aftcc.org/les-tcc-0>
- [12] **Association française de thérapie comportementale et cognitive aftcc.** *Les Thérapies Comportementales et Cognitives | AFTCC* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 30]. Available from: <http://www.aftcc.org/les-therapies-comportementales-et-cognitives>
- [13] **Hayes SC.** *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies.* Behavior Therapy. 2004;35(4):639–65.
- [14] **DIONNE F, NEVEU C.** *Revue québécoise de psychologie.* Vol. 31, Revue québécoise de psychologie. [Revue québécoise de psychologie]; 15-36 p.
- [15] **Cottraux J.** *Les psychothérapies comportementales et cognitives.* 6ème Ed. Elsevier Masson; 2017.
- [16] **Kotsou I, Heeren A, Wilson KG.** *Pleine conscience et acceptation : les thérapies de la troisième vague.* De Boeck; 2011. 33-60 p.
- [17] **Ellis A.** *Rational psychotherapy and individual psychology.* Journal of Individual Psychology. 1957;13:38–44.
- [18] **Auger L.** *S'aider soi-même, une psychothérapie par la raison.* Les éditio. 1974. 9 p.
- [19] **Rillaer J Van.** *Les thérapies comportementales.* 2002;
- [20] **Miller WR, Seligman ME.** *Depression and learned helplessness in man.* Journal of Abnormal Psychology. 1975;84(3):228–38.
- [21] **Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD.** *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation.* Journal of Abnormal Psychology. 1978;87(1):49–74.
- [22] **Beck AT.** *Cognitive therapy of depression.* Guilford Press; 1979. 425 p.
- [23] **Dimeff L, Linehan MM.** *Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell.* 1982;

- [24] **Harvey JH, Wenzel A.** *Close romantic relationships : maintenance and enhancement.* Taylor & Francis; 2011. 400 p.
- [25] **Jacobson N, Martell C.** *Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots.* Psychology: science and 2001;
- [26] **Wells A.** *Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder.* Behavioural and cognitive psychotherapy. 1995;
- [27] **Kabat-Zinn J.** *Full catastrophe living : using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Bantam Books; 1991. 467 p.
- [28] **Segal ZV., Williams JMG, Teasdale JD.** *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : prévenir la rechute.* 2e ed. De Boeck Supérieur; 2016. 528 p.
- [29] **Bowen S (Clinical psychologist), Chawla N, Marlatt GA.** *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors : a clinician's guide.* Guilford Press; 2011. 179 p.
- [30] **Hayes SC, Follette VM, Linehan M.** *Mindfulness and acceptance : expanding the cognitive-behavioral tradition.* Guilford Press; 2004. 319 p.
- [31] **Fischer-Schreiber S, Schuhmacher G.** *The Encyclopedia of Eastern Philosophy and Religion Buddhism, Hinduism, Taoism, Zen.* 1989;99.
- [32] **Ricard M.** *L'art de la méditation.* Paris: NiL Éditions; 2005. 86 p.
- [33] **André C.** *Je médite jour après jour.* Paris: L'Iconoclaste; 2015. 300 p.
- [34] **Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, Cornes C, Mallinger AG, Thase ME, et al.** *Five-Year Outcome for Maintenance Therapies in Recurrent Depression.* Archives of General Psychiatry. 1992 Oct 1;49(10):769.
- [35] **Linehan M.** *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* 1993;
- [36] **Phillipot P, Segal Z.** *Mindfulness Based Psychological Interventions: Developing Emotional Awareness for Better Being.*

- [37] **Hollon SD, Kendall PC.** *Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire.* Cognitive Therapy and Research. 1980 Dec;4(4):383–95.
- [38] **Nieto I, Bellivier F.** *Troubles dépressifs.* EMC - Psychiatrie. 2017;14(17):1–16.
- [39] **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).* 2013.
- [40] **Solomon DA.** *Multiple Recurrences of Major Depressive Disorder.* American Journal of Psychiatry. 2000 Feb 1;157(2):229–33.
- [41] **Paykel E, Ramana R, Cooper Z, ... HH-P, 1995 undefined.** *Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression.* cambridge.org.
- [42] **Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, Fava M, Warden D, Wisniewski SR, et al.** *Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report.* Psychological Medicine. 2010 Jan 22;40(01):41.
- [43] **Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO.** *Stressful Life Events and Previous Episodes in the Etiology of Major Depression in Women: An Evaluation of the “Kindling” Hypothesis.* American Journal of Psychiatry. 2000 Aug 1;157(8):1243–51.
- [44] **Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET.** *Severity and Comorbidity Predict Episode Duration and Recurrence of DSM-IV Major Depressive Disorder.* J Clin Psychiatry. 2004;65:810–9.
- [45] **Pettit JW, Lewinsohn PM, Joiner TE.** *Propagation of major depressive disorder: relationship between first episode symptoms and recurrence.* Psychiatry research. 2006 Mar 30;141(3):271–8.
- [46] **O’Leary D, Costello F, Gormley N, Webb M.** *Remission onset and relapse in depression. An 18-month prospective study of course for 100 first admission patients.* Journal of affective disorders. 2000 Jan 1;57(1–3):159–71.

- [47] **Holma KM, Holma IAK, Melartin TK, Rytsälä HJ, Isometsä ET.** *Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable.* The Journal of clinical psychiatry. 2008 Feb;69(2):196–205.
- [48] **Keller MB, Lavori PW, Lewis CE, Klerman GL.** *Predictors of Relapse in Major Depressive Disorder.* JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1983 Dec 23;250(24):3299.
- [49] **Haute Autorité de Santé.** *Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours.* 2017;
- [50] **Hirschfeld R.** *Clinical importance of long-term antidepressant treatment.* RCP.
- [51] **Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al.** *Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials.* JAMA psychiatry. 2016 Jun 1;73(6):565–74.
- [52] **National Institute for Health and Care Excellence (NICE).** *Guidance on the use of electroconvulsive therapy | Guidance and guidelines | NICE.* 2003;
- [53] **UK ECT Review Group.** *Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis.* Lancet (London, England). 2003 Mar 8;361(9360):799–808.
- [54] **Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M, et al.** *Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement.*
- [55] **Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al.** *Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary?* Controlled clinical trials. 1996 Feb;17(1):1–12.
- [56] **Godfrin KA, van Heeringen C.** *The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study.* Behaviour Research and Therapy. 2010 Aug;48(8):738–46.

- [57] **Teasdale JD, Segal Z V., Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA.** *Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy.* 2000 Aug;68(4).
- [58] **Ma SH, Teasdale JD.** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects.* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004;72(1):31–40.
- [59] **Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al.** *Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression.* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008;76(6):966–78.
- [60] **Segal Z V., Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al.** *Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression.* Archives of General Psychiatry. 2010 Dec 6;67(12):1256.
- [61] **Bondolfi G, Jermann F, Van Der Linden M, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al.** *Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system.* Journal of Affective Disorders. 2010 May;122(3):224–31.
- [62] **Van Aalderen JR, Donders ART, Giommi F, Spinhoven P, Barendregt HP, Speckens AEM.** *The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial.* Psychological medicine. 2012 May 3;42(5):989–1001.
- [63] **Williams JMG, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ V., et al.** *Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial.* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2013 Apr;82(2):275–86.

- [64] **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.* Journal of Affective Disorders. 2015 Nov;187:54–61.
- [65] **Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al.** *Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial.* The Lancet. 2015;386(9988):63–73.
- [66] **Shallcross AJ, Gross JJ, Visvanathan PD, Kumar N, Palfrey A, Ford BQ, et al.** *Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition.* Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015 Oct;83(5):964–75.
- [67] **Ma SH, Teasdale JD.** *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects.* Journal of consulting and clinical psychology. 2004 Feb;72(1):31–40.
- [68] **Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP.** *The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment of its relevance in patients with affective disorders.* Psychological medicine. 1997 Sep;27(5):1193–203.
- [69] **Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, et al.** *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect.* American Journal of Psychiatry. 1994 Aug;151(8):1132–6.
- [70] **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.* Clinical Psychology Review. 2011 Aug;31(6):1032–40.
- [71] **Chiesa A, Serretti A.** *Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis.* Psychiatry Research. 2011;187(3):441–53.

- [72] **Teasdale JD.** *Cognitive Vulnerability to Persistent Depression.* Cognition & Emotion. 1988 Jul;2(3):247–74.
- [73] **Segal Z V., Ingram RE.** *Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression.* Clinical Psychology Review. 1994 Jan 1;14(7):663–95.
- [74] **Miranda J, Persons JB.** *Dysfunctional attitudes are mood-state dependent.* Journal of Abnormal Psychology. 1988;97(1):76–9.
- [75] **Miranda J, Persons JB, Byers CN.** *Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state.* Journal of Abnormal Psychology. 1990;99(3):237–41.
- [76] **Segal Z V., Gemar M, Williams S.** *Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression.* Journal of Abnormal Psychology. 1999;108(1):3–10.
- [77] **Segal Z V., Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T.** *Cognitive Reactivity to Sad Mood Provocation and the Prediction of Depressive Relapse.* Archives of General Psychiatry. 2006 Jul 1;63(7):749.
- [78] **Kenny MA, Williams JMG.** *Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy.* Behaviour Research and Therapy. 2007 Mar 1;45(3):617–25.
- [79] **Eisendrath SJ, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M.** *Mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: a pilot study.* Psychotherapy and psychosomatics. 2008;77(5):319–20.
- [80] **Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG.** *Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study.* Behaviour Research and Therapy. 2009 May 1;47(5):366–73.
- [81] **Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi KL, Segal Z V., Nelson JC, McInnes LA, et al.** *A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression.* Psychotherapy and Psychosomatics. 2016;85(2):99–110.

- [82] **Mirabel-Sarron C, Dorocant ES, Sala L, Bachelart M, Guelfi J-D, Rouillon F.** *Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) dans la prévention des rechutes thymiques chez le patient bipolaire I: une étude pilote.* Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2009 Nov 1;167(9):686–92.
- [83] **Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, Nallet A, Bondolfi G, Aubry J-M.** *Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A feasibility trial.* European Psychiatry. 2010 Oct;25(6):334–7.
- [84] **Williams JMG, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ V, Duggan DS, et al.** *Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning.* Journal of affective disorders. 2008 Apr 1;107(1–3):275–9.
- [85] **Deckersbach T, Hölzel BK, Eisner LR, Stange JP, Peckham AD, Dougherty DD, et al.** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder.* CNS Neuroscience & Therapeutics. 2012 Feb 1;18(2):133–41.
- [86] **Miklowitz DJ, Alatiq Y, Goodwin GM, Geddes JR, Fennell MJ V., Dimidjian S, et al.** *A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder.* International Journal of Cognitive Therapy. 2009 Dec 15;2(4):373–82.
- [87] **Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR, Hadzi-Pavlovic D.** *A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder.* Acta Psychiatrica Scandinavica. 2013 May;127(5):333–43.
- [88] **McIndoo CC, File AA, Preddy T, Clark CG, Hopko DR.** *Mindfulness-based therapy and behavioral activation: A randomized controlled trial with depressed college students.* Behaviour Research and Therapy. 2016 Feb;77:118–28.
- [89] **Eisendrath SJ, Gillung E, Delucchi K, Mathalon DH, Yang TT, Satre DD, et al.** *A Preliminary Study: Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy versus Sertraline as First-line Treatments for Major Depressive Disorder.* Mindfulness. 2015 Jun 28;6(3):475–82.

- [90] **Ebrahiminejad S, Poursharifi H, Bakhshour Roodsari A, Zeinodini Z, Noorbakhsh S.** *The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Iranian Female Adolescents Suffering From Social Anxiety.* Iranian Red Crescent Medical Journal. 2016 Jun 20;18(11):e25116.
- [91] **PIET J, HOUGAARD E, HECKSHER MS, ROSENBERG NK.** *A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia.* Scandinavian Journal of Psychology. 2010 Feb;51(5):403–10.
- [92] **Wong SYS, Yip BHK, Mak WWS, Mercer S, Cheung EYL, Ling CYM, et al.** *Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: Randomised controlled trial.* British Journal of Psychiatry. 2016 Jul 2;209(01):68–75.
- [93] **Craigie MA, Rees CS, Marsh A, Nathan P.** *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation.* Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2008 Oct 15;36(05):553.
- [94] **Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D.** *Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder.* Journal of Anxiety Disorders. 2008 May 1;22(4):716–21.
- [95] **Kim YW, Lee S-H, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, et al.** *Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder.* Depression and Anxiety. 2009 Jul;26(7):601–6.
- [96] **Kim B, Lee S-H, Kim YW, Choi TK, Yook K, Suh SY, et al.** *Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder.* Journal of Anxiety Disorders. 2010 Aug 1;24(6): 590–5.

- [97] **Yook K, Lee S-H, Ryu M, Kim K-H, Choi TK, Suh SY, et al.** *Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Insomnia in Patients With Anxiety Disorders.* The Journal of Nervous and Mental Disease. 2008 Jun;196(6):501–3.
- [98] **Garland SN, Rouleau CR, Campbell T, Samuels C, Carlson LE.** *The Comparative Impact of Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) and Cognitive Behavior Therapy for Insomnia (CBT-I) on Sleep and Mindfulness in Cancer Patients.* EXPLORE: The Journal of Science and Healing. 2015 Nov;11(6):445–54.
- [99] **Wong SY, Zhang D, Li CC, Yip BH, Chan DC, Ling Y, et al.** *Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Sleep Psycho-Education with Exercise on Chronic Insomnia: A Randomised Controlled Trial.* Psychotherapy and Psychosomatics. 2017;86(4):241–53.
- [100] **Key BL, Rowa K, Bieling P, McCabe R, Pawluk EJ.** *Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder.* Clinical Psychology & Psychotherapy. 2017 Sep;24(5):1109–20.
- [101] **Lakhan SE, Schofield KL.** *Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis.* Sampson M, editor. PLoS ONE. 2013 Aug 26;8(8):e71834.
- [102] **Zylowska L.** *The mindfulness prescription for adult ADHD: an eight-step program for strengthening attention, managing emotions, and achieving your goals.* Trumpeter; 2012. 230 p.
- [103] **Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH.** *Mindfulness Meditation Training for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adulthood: Current Empirical Support, Treatment Overview, and Future Directions.* Cognitive and behavioral practice. 2015 May;22(2):172–91.
- [104] **Janssen L, de Vries AM, Hepark S, Speckens AEM.** *The Feasibility, Effectiveness, and Process of Change of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Adults With ADHD: A Mixed-Method Pilot Study.* Journal of Attention Disorders. 2017 Aug 30;108705471772735.

- [105] **Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, Sizoo B, Hepark S, Schellekens MPJ, et al.** *Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial.* *Psychological Medicine.* 2018 Feb 28;1–11.
- [106] **Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, D’Amelio R, Sobanski E, Müller H, et al.** *Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial.* *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2018 Jan 22;1–15.
- [107] **Grant Sean; Hempel S., Colaiaco B. MA et al.** *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a systematic review.* RAND Corporation National Defense Research Institute. 2015;
- [108] **Haydicky J, Shecter C, Wiener J, Ducharme JM.** *Evaluation of MBCT for Adolescents with ADHD and Their Parents: Impact on Individual and Family Functioning.* *Journal of Child and Family Studies.* 2015 Jan 9;24(1):76–94.
- [109] **Semple RJ, Lee J.** *Mindfulness-based cognitive therapy for anxious children : a manual for treating childhood anxiety.* New Harbinger Publications; 2011. 367 p.
- [110] **Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF.** *A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency in Children.* *Journal of Child and Family Studies.* 2010 Apr 27;19(2):218–29.
- [111] **Smith A, Graham L, Senthinathan S.** *Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study.* *Aging & Mental Health.* 2007 May;11(3):346–57.
- [112] **Helmes E, Ward BG.** *Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care.* *Aging & Mental Health.* 2017 Mar 4;21(3):272–8.
- [113] **M. Williams C, Meeten F, Whiting S.** *‘I had a sort of epiphany!’ An exploratory study of group mindfulness-based cognitive therapy for older people with depression.* *Aging & Mental Health.* 2018 Feb 11;22(2):208–17.

- [114] **Fordham B, Griffiths CEM, Bundy C.** *A pilot study examining mindfulness-based cognitive therapy in psoriasis.* *Psychology, Health & Medicine.* 2015 Jan 2;20(1):121–7.
- [115] **Haller H, Winkler MM, Klose P, Dobos G, Kümmel S, Cramer H.** *Mindfulness-based interventions for women with breast cancer: an updated systematic review and meta-analysis.* *Acta Oncologica.* 2017 Dec 2;56(12):1665–76.
- [116] **Chambers SK, Occhipinti S, Foley E, Clutton S, Legg M, Berry M, et al.** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Advanced Prostate Cancer: A Randomized Controlled Trial.* *Journal of Clinical Oncology.* 2017 Jan 20;35(3):291–7.
- [117] **Schultz M, Macaden L, Hubbard G.** *Participants' perspectives on mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease: a qualitative study nested within a pilot randomised controlled trial.* *Pilot and feasibility studies.* 2016;2:3.
- [118] **Samhkaniyan E, Mahdavi A, Mohamadpour S, Rahmani S.** *The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and loneliness of women with HIV.* *Journal of medicine and life.* 2015;8(Spec Iss 4):107–13.
- [119] **Solati K, Mousavi M, Kheiri S, Hasanpour-Dehkordi A.** *The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Psychological Symptoms and Quality of Life in Systemic Lupus Erythematosus Patients: A Randomized Controlled Trial.* *Oman Medical Journal.* 2017 Sep 27;32(5):378–85.
- [120] **Malm D, Fridlund B, Ekblad H, Karlström P, Hag E, Pakpour AH.** *Effects of brief mindfulness-based cognitive behavioural therapy on health-related quality of life and sense of coherence in atrial fibrillation patients.* *European Journal of Cardiovascular Nursing.* 2018 Mar 1;147451511876279.
- [121] **Crane C, Crane RS, Eames C, Fennell MJV, Silverton S, Williams JMG, et al.** *The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial.* *Behaviour Research and Therapy.* 2014 Dec;63:17–24.
- [122] **Perich T, Manicavasagar V, Mitchell PB, Ball JR.** *The association between meditation practice and treatment outcome in Mindfulness-based Cognitive Therapy for bipolar disorder.* *Behaviour Research and Therapy.* 2013 Jul;51(7):338–43.

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله على ما أقول شهيد .

جامعة محمد الخامس – الرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم: 287

سنة : 2018

آثار العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الكاملة على عودة مرض الإكتئاب

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

السيد: طارق حماني

المزود في 09 دجنبر 1991 بطانطان

من المدرسة الملكية لمصلحة الصحة العسكرية – الرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

- الكلمات الأساسية: العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية الكاملة – علاج MBCT –
عودة مرض – الاكتئاب.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس	السيد: حسن كسرى
مشرف	أستاذ في الطب النفسي
	السيد: جمال محساني
	أستاذ في الطب النفسي
	السيد: محمد قادري
	أستاذ في الطب النفسي
أعضاء	السيدة: مارييا صابر
	أستاذة في الطب النفسي
	السيد: أحمد بورزة
	أستاذ في طب الأعصاب
عضو مشارك	السيد: عثمان ياسين
	أستاذ مساعد في الطب النفسي