



**LA THÉRAPIE COGNITIVE BASÉE SUR
LA PLEINE CONSCIENCE :
APPLICATIONS CLINIQUES FONDÉES
SUR DES PREUVES**

Sylvie Mouchart
Psychologue Clinicienne

PLAN

- Définir la médecine basée sur les preuves
- MBCT et prévention des rechutes dépressives : revues de littérature de référence
- D'autres revues de littérature sur MBCT et dépression
- Des études sur MBCT et d'autres indications
- Synthèse



PLAN

- Définir la médecine basée sur les preuves
- MBCT et prévention des rechutes dépressives : revues de littérature de référence
- D'autres revues de littérature sur MBCT et dépression
- Des études sur MBCT et d'autres indications
- Synthèse



LA MEDECINE BASÉE SUR DES PREUVES (1)

- = médecine basée sur des faits
= Evidence-Based Medicine (EBM)
- Ces preuves proviennent d'études cliniques :
 - telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle
 - des méta-analyses
- ... éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites.



LA MEDECINE BASÉE SUR DES PREUVES (2)

- Maintenant utilisée par les autorités sanitaires et les experts comme référence pour construire des recommandations
- ...et donc par les gestionnaires comme justification pour faire des choix dans le contexte de programmes de rationalisation des ressources financières et matérielles dans l'organisation des soins



PLAN

- Définir la médecine basée sur les preuves
- MBCT et prévention des rechutes dépressives : revues de littérature de référence
- D'autres revues de littérature sur MBCT et dépression
- Des études sur MBCT et d'autres indications
- Synthèse



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE : DEUX MÉTA-ANALYSES

- Fjorback et al, 2011, Acta Psychiatrica Scandinavica
 - essais **randomisés contrôlés**
 - chez l'adulte
 - concernant MBSR (17) ou MBCT (4)

- Piet et Hougaard, 2011, Clinical Psychological Review
 - essais **randomisés contrôlés**
 - chez l'adulte
 - concernant MBCT (6)



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (1)

AUTEUR	Journal	An.	Sujets
Teasdale	J Consult Clin Psychol	2000	Déprimés récurrents en rémission non traités
Ma	J Consult Clin Psychol	2004	Déprimés récurrents en rémission non traités
Bondolfi	J Affectiv Disord	2010	Déprimés récurrents en rémission (≥ 3 épisodes) non traités
Kuyken	J Consult Clin Psychol	2008	Déprimés récurrents en rémission partielle ou complète (≥ 3 épisodes) traités par AD

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (2)

AUTEUR	Journal	An.	Sujets
Godfrin	Behav Res Therapy	2010	Déprimés récurrents (≥ 3 épisodes) en rémission complète ou partielle traités ou non
Segal	Arch Gen Psychiatry	2010	Déprimés récurrents (≥ 3 épisodes) en rémission complète initiale et stable ou non pendant la période pré-randomisation sous AD (5 mois)

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (3)

AUTEUR	Sujets	RESULTATS
Teasdale	DR en rémission non traités	POSITIFS : réduction du taux de rechute chez ≥ 3 épisodes (MBCT 37% ; TAU 66%) (mais pas chez DR < 3 épisodes)
Ma	DR en rémission non traités	POSITIFS : réduction du taux de rechute chez ≥ 3 épisodes (MBCT 36% ; TAU 78%) (mais pas chez DR < 3 épisodes et MBCT meilleur effet préventif en l'absence d'évènements précipitants)
Bondolfi	DR en rémission (≥ 3 épisodes) non traités	NEGATIFS : pas de réduction du taux de rechute (MBCT 29 % ; TAU 34 %) (mais positif pour le délai de rechute : MBCT 204 jours ; TAU : 69 jours)

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011

MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (4)

AUTEUR	Sujets	RESULTATS
Kuyken	DR en rémission partielle ou complète (≥ 3 épisodes) traités par AD	POSITIFS : par rapport au groupe contrôle (AD) pour symptômes résiduels de la dépression (symptômes résiduels) et la qualité de vie (aspects psychologiques et physiques) mais pas de différence significative pour le taux de rechute (MBCT 47% ; AD 60 %)
Godfrin *	Déprimés récurrents en rémission complète ou partielle (≥ 3 épisodes) traités ou non	POSITIFS : réduction du taux de rechute (MBCT 30 % ; TAU 68 %)

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011

* = étude incluse seulement dans Piet et Hougaard 2011



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (5)

AUTEUR	Sujets	RESULTATS
Segal *	DR (≥ 3 épisodes) en rémission complète initiale et stable ou non pendant la période pré- randomisation sous AD (5 mois)	NEGATIFS : pas de réduction du taux de rechute (MBCT sans AD: 38 % ; AD seuls: 46 % ; placebo 60 %) (mais positif pour le sous-groupe avec rémission instable: MBCT sans AD: 28 % ; AD seuls: 27 % ; placebo 71 %)

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011

* = étude incluse seulement dans Piet et Hougaard 2011



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (6)

- MBCT réduit le risque de rechute chez les déprimés récurrents (≥ 3 épisodes) en rémission non traités par AD dans 2 études sur 4, et pour les 2 autres:
 - dans l'une, MBCT réduit le risque dans le sous-groupe des patients dont la rémission était instable
 - dans l'autre, MBCT allonge le délai avant rechute

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (7)

- Par comparaison avec la poursuite d'un AD, MBCT ne réduit pas le risque de rechute chez les déprimés récurrents (≥ 3 épisodes), c'est-à-dire que MBCT est aussi efficace que la poursuite du traitement AD de maintien chez des patients ayant présenté ≥ 3 épisodes dépressifs préalables
 - et dans une des 2 études, MBCT réduit les symptômes résiduels de dépression et améliore la qualité de vie par rapport à la poursuite d'un AD

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011



MBCT ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE DÉPRESSIVE (8)

- Reste une étude où MBCT réduit aussi le risque de rechute avec une majorité de patients prenant des AD pendant la période de suivi aussi bien dans le groupe contrôle que dans le groupe MBCT

Fjorback et al, Acta Psych Scand, 2011

Piet et Hougaard, Clin Psychol Rev, 2011



CONCERNANT L'INFLUENCE DE LA PRATIQUE DE LA PLEINE CONSCIENCE PAR LES PARTICIPANTS (1)

- *Selon Fjorback et al (2011)*
 - plus de pratique de méditation chez soi est associé à de meilleurs résultats dans 2 études s'intéressant à cette variable
 - plus de participation aux sessions est associée à de meilleurs résultats dans 1 étude sur les 2 s'intéressant à cette variable



CONCERNANT L'INFLUENCE DE LA PRATIQUE DE LA PLEINE CONSCIENCE PAR LES PARTICIPANTS (2)

- *Selon Fjorback et al (2011)*

- une amélioration de la pleine conscience au quotidien (questionnaires spécifiques) est associée à un impact positif sur la santé psychique

résultat significatif dans 2 études et presque significatif dans la 3^o des 3 études prenant en compte cette variable



PLAN

- Définir la médecine basée sur les preuves
- MBCT et prévention des rechutes dépressives : revues de littérature de référence
- D'autres revues de littérature sur MBCT et dépression
- Des études sur MBCT et d'autres indications
- Synthèse



L'EFFET DE LA MBCT SUR LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS RÉSIDUELS

- *Kingston et al, 2007, Psychol Psychother*
 - MBCT vs TAU et MBCT+TAU vs TAU
 - réduction significative des symptômes résiduels à la fin de MBCT et réduction supplémentaire à 1 mois + tendance à la réduction des ruminations
- *Geschwind et al, 2012, Br J Psychiatry*
 - MBCT vs liste d'attente
 - MBCT réduit les symptômes dépressifs résiduels quel que soit le nombre d'épisodes de dépression précédents



MBCT DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPISODE DE DÉPRESSION (1)

- *Van Aalderen et al, 2012, Psychol Med*
 - MBCT + TAU > TAU
 - pas de différence entre patients **avec ou sans** épisode actuel (donc efficacité sur épisode actuel)
- *Manicavasgar et al, 2011, J Affect Disord*
 - MBCT = TCC (en groupe) pour sévérité des symptômes dépressifs post-traitement, à 6 mois et à 12 mois (TCC ≥ MBCT patients ≥ 4 épisodes sur petits effectifs)



MBCT DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPISODE DE DÉPRESSION (2)

- *Barnhofer et al, 2009, Com Res Ther*
 - Dépression chronique, MBCT +TAU vs TAU
 - MBCT réduit les symptômes de la dépression chez les patients souffrant d'une évolution prolongée de la maladie
- *Kenny et Williams, 2007, Behav Res Ther.*
 - Patients en dépression résistante aux traitements standards
 - MBCT réduit les symptômes de dépression, avec une proportion importante de patients qui reviennent à un niveau normal de l'humeur



MBCT ET RISQUE SUICIDAIRE (1)

- *Hepburn et al, 2009, Br J Clin Psychol*
 - Réduction significative de la répression des pensées (mécanisme de contrôle mental visant la suppression des pensées indésirables et qui paradoxalement peut les augmenter)
- *Hargus et al., 2010, Emotion.*
 - Modification méta-conscience et spécificité mémoire (considérés comme aspects mode cognitif inadapté lié à persistance et récurrence)
 - Suggère position différente par rapport pensées suicidaires et utilité dans prévention risque



MBCT ET RISQUE SUICIDAIRE (2)

- *Crane et Williams, 2010, Mindfulness*
 - Patients qui ont un niveau élevé de réactivité cognitive et de rumination peuvent trouver difficile de s'engager dans MBCT mais bénéfiques plus importants si le font
- Cela pose la question de comment mieux préparer et accompagner ces patients



PLAN

- Définir la médecine basée sur les preuves
- MBCT et prévention des rechutes dépressives : revues de littérature de référence
- D'autres revues de littérature sur MBCT et dépression
- Des études sur MBCT et d'autres indications
- Synthèse



MBCT ET TROUBLE BIPOLAIRE

- *Williams et al, 2008, J Affect Disord*
 - MBCT vs liste d'attente
 - MBCT réduit l'anxiété présente en comorbidité et réduction des symptômes résiduels
- *Perich et al, 2013, Acta Psych Scand et Com Res Ther*
 - pas de réduction significative du temps de rechute, du nombre total d'épisodes ni de la gravité des symptômes à 12 mois mais réduction significative de l'anxiété comorbide
 - corrélation entre la quantité de pratique de la méditation et les scores de dépression et d'anxiété (amélioration si mini 3 j. de pratique / semaine pendant MBCT)



MBCT ET ANXIÉTÉ (1)

HOFMANN ET AL, 2010, J CLIN PSYCHOL CONSULT
REVUE ET MÉTA-ANALYSE

- Critères d'inclusion
 - 39 études adultes avec troubles psycho ou physiques (cancer, trouble d'anxiété généralisée, dépression, autres troubles psychiatriques ou médicaux)
 - MBSR ou MBCT (quelques études MBI de même structure) soit 1140 participants
 - mesures anxiété et humeur pré et post traitement



MBCT ET ANXIÉTÉ (2)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Barnhofer et al.	2009	dépression	8	MBCT (14)	TAU (sauf psychoth.ind) (14)	28
Bedard et al.	2003 2005	lésion cérébrale traumatique	12	MBSR (10)	"décrocheurs" comme témoins (3)	13
Bogels et al.	2006	phobie sociale	9	mindfulness et entraînement à concentration (9)	aucun	9
Carlson et al.	2003 2007	cancer	8 + 3h retraite	MBSR (42)	aucun	42
Carlson et Garland	2005	cancer	8 + 3h retraite	MBSR (63)	aucun	63
Craigie et al.	2008	trouble anxiété généralisée	9	MBCT (20)	aucun	20

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010

MBCT ET ANXIÉTÉ (3)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Dobkin	2008	cancer du sein	8	MBSR (13)	aucun	13
Evans et al.	2008	trouble anxiété généralisée	8	MBCT (11)	aucun	11
Finucane et Mercer	2006	Anxiété et dépression	8	MBCT (11)	aucun	11
Garland et al.	2007	cancer	8 + 3h retraite	MBSR (60)	art-thérapie (44)	104
Grossman	2007	fibromyalgie	8+1 jour retraite	MBSR (39)	gr. éducation sociale+relax (13)	52
Kabat-Zinn et al.	1992	tr.anx.généralisé et tr. panique	8+1 jour retraite	MBSR (22)	aucun	22

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010

MBCT ET ANXIÉTÉ (4)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Kenny et Williams	2007	dép. majeure et tr. bipol.	8	MBCT (46)	aucun	46
Kieviet-Stijnen et al.	2008	cancer	8+1 jour retraite	MBSR (47)	aucun	47
Kim et al.	2009	tr.anx.généralisé et tr. panique	8	MBCT (24)	prog. éducation tr. anxieux (22)	46
Kingston et al.	2007	dépression majeure	8	MBCT (6)	TAU (11)	17
Koszycki et al.	2007	phobie sociale	8+1 jour retraite	MBSR (22)	gr. TCC (18)	40
Kreitzer et al.	2005	transplantation organes	8	MBSR (19)	aucun	19

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010

MBCT ET ANXIÉTÉ (5)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Kristeller et al.	1999	tr. alimentaire compulsif	7	MBI (18)	aucun	18
Lee et al.	2007	tr.anx.généralisé et tr. panique	8	gestion stress par méditat°(21)	programme éducatif (20)	41
Lengacher et al.	2009	cancer du sein	6	MBSR (40)	soins habituels (42)	82
Lush et al.	2009	fibromyalgie	8	MBSR (24)	aucun	24
Moustgaard	2005	attaque cérébrale	9	MBCT adapté (23)	aucun	23
Pradhan et al.	2007	arthrite	8	MBSR (31)	liste attente (32)	63

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010

MBCT ET ANXIÉTÉ (6)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Ramer et al.	2004	troubles humeur	8+1/2jour retraite	MBSR (11)	liste attente (11)	22
Ree et Craigie	2007	anxiété, tr.humeur	8	MBCT (23)	aucun	23
Reibel et al.	2001	diag.médicaux hétérogènes	8+1 jour retraite	MBSR (103)	aucun	103
Rosenzweig et al.	2007	diabète	8+1 jour retraite	MBSR (11)	aucun	11
Rosenzweig et al.	2009	douleur chronique	8+1 jour retraite	MBSR (99)	aucun	99
Sagula et Rice	2004	douleur chronique	8	prog. médit° mindfulness (39)	liste attente ou assistance méd(18)	57

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010

MBCT ET ANXIÉTÉ (7)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Schulte	2007	hypothyroïdie	8	MBCT (8)	aucun	8
Sephton et al.	2007	fibromyalgie	8+1 jour retraite	MBSR (51)	liste attente (39)	90
Specia et al. Carlson et al.	2000 2001	cancer	7	MBSR (53)	liste attente (37)	90
Surawy et al. étude 1	2005	syndrome fatigue chronique	8	MBSR et MBCT (9)	liste attente (8)	17
étude 2			8	MBSR et MBCT (10)	aucun	10
étude 3			8	MBSR et MBCT (9)	aucun	9

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010

MBCT ET ANXIÉTÉ (8)

AUTEUR	Année	Troubles ciblés	Nb sessions	Intervention mindfulness (et effectif)	Condition de comparaison	Taille totale échantillon
Tacon et al.	2003	maladies cœur	8	MBSR (9)	liste attente	18
Tacon et al.	2004	cancer du sein	8	MBSR (27)	aucun	27
Tacon et al.	2005	cancer du sein	8	MBSR (30)	aucun	30
Zylowska et al.	2008	TDAH	8	MBI pour TDAH (24)	aucun	24

Hofmann et al, J Clin Psychol Consult 2010



MBCT ET ANXIÉTÉ (9)

- Effet modéré pour anxiété et humeur sur échantillon global (MBCT et MBSR)
- Comparaison de 4 groupes diagnostiques :
 - troubles anxieux
 - troubles de l'humeur
 - cancer
 - douleur
- Réduction des symptômes de l'anxiété :
 - effets significatifs sur personnes souffrant de troubles anxieux puis cancer puis douleur
 - pas d'effets significatifs sur symptômes anxieux chez personnes souffrant dépression
- Réduction des symptômes de dépression :
 - effets significatifs sur personnes souffrant de dépression puis troubles anxieux puis douleur puis cancer



MBCT ET ANXIÉTÉ (10)

- Plus niveau élevé anxiété ou dépression au départ, plus amélioration
- Dans MBI, MBSR et MBCT réduisent l'anxiété et la dépression
- Conclusion : MBI ne s'adressent pas à diagnostic spécifique mais plutôt aux processus qui se produisent dans de multiples troubles, en changeant les dimensions émotionnelles et d'évaluation qui sous-tendent les aspects généraux de bien-être
→ application générale
- Limitations : résultats dépendent technique méta-analyse, sélection des études (donc qualité des études, effet d'espérance...)



MBCT ET CANCER

- MBSR et MBCT pour anxiété et dépression dans cancer et post-cancer

(Piet et al, 2012, J Consult Clin Psychol.

Revue et méta-analyse)

- 9 RCT et 13 études non-randomisées
- 18 MBSR et 4 MBCT
- études non-randomisées:
amélioration entre pré et post traitement
- RCT : supériorité de MBSR et MBCT
- Effets se maintiennent dans le temps
(4 études)



MBCT ET TROUBLES DU SOMMEIL

- RCT MBCT vs liste d'attente dans les troubles du sommeil chez des patients sous AD
(Britton et al, 2012, Psychother Psychosom)
 - supériorité de MBCT en évaluation subjective et objective



MBCT ET ENFANTS

- RCT MBCT vs liste d'attente chez des enfants (9-13)

(Semple et al, 2009, J Child Family Studies)

- supériorité de MBCT pour les problèmes attentionnels et de comportements et pour l'anxiété (lorsqu'elle était présente)



MBCT ET ADOLESCENTS

- RCT MBCT vs TAU chez des adolescents (14-18) avec divers troubles psychiques
(Biegel et al, J Consult Clin Psychol 2009)

- supériorité de MBCT à court terme sur anxiété, dépression, estime de soi, sommeil et à moyen-terme sur la proportion de troubles améliorés et le fonctionnement global



MBCT ET PERSONNES AGÉES

- 2 études exploratoires avec personnes âgées souffrant de dépression
 - Foulk, 2013, J. Gerontol Soc Travail
 - Meeten, 2014, Mindfulness
- amélioration dépression, anxiété, rumination, problème de sommeil et bien-être psychologique



MBCT ET TRAUMATISME

- Williams, 2014, J Clin Psychol Consult
 - MBCT protection significative contre rechute pour les personnes ayant une vulnérabilité accrue en raison d'une histoire traumatique pendant l'enfance
- Plusieurs études autour de MBCT/MBSR et SSPT
 - anciens combattants (King 2013)
 - abus sexuels pendant l'enfance (Kimbrough 2010)
 - violence conjugale (Tesh 2013, Dutton 2013)
 - réduction dépression, anxiété, SSPT, risque suicidaire



PLAN

- Définir la médecine basée sur les preuves
- MBCT et prévention des rechutes dépressives : revues de littérature de référence
- D'autres revues de littérature sur MBCT et dépression
- Des études sur MBCT et d'autres indications
- Synthèse



SYNTHÈSE (1)

- Arguments forts pour efficacité de MBCT dans la prévention des rechutes dépressives
 - par comparaison avec l'absence de traitement AD
- Pas de supériorité évidente de MBCT par rapport à la poursuite d'un traitement AD
- Possible intérêt d'utiliser MBCT en cours d'épisode dépressif



SYNTHÈSE (2)

- des questions restent à étudier plus avant :
 - quel type de patients déprimés peuvent en bénéficier le plus, même si aussi bénéfiques pour d'autres troubles comme trouble bipolaire
 - quels sont les ingrédients les plus actifs et les mécanismes d'action
 - recherches suggèrent que l'efficacité est la plus importante pour les personnes les plus vulnérables (épisodes les + fréquents, déclenchement les + précoces, difficultés/traumatismes dans l'enfance, symptômes résiduels persistants...)
- 

SYNTHÈSE (3)

- résultats prometteurs pour personnes avec risque suicidaire, trouble bipolaire, traumatisme, mais prudence et parfois nécessité d'un travail préparatoire, d'un accompagnement particulier voire d'une adaptation du protocole

