

**Aurélie WAGENER et Sylvie BLAIRY**

## **Efficacité de l'activation comportementale dans le traitement de la dépression : quels processus psychologiques déficitaires sont améliorés au cours du traitement ?**

### **Notice biographique**

Aurélié Wagener est doctorante au sein de l'Unité de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive de l'Université de Liège (Belgique). Ses thèmes de recherche concernent principalement les troubles de l'humeur. Elle développe actuellement une recherche évaluant les liens entre la dépression, l'activation comportementale et certains processus psychologiques (par exemples, les ruminations mentales, les évitements comportementaux et les biais de mémoire autobiographique). Par ailleurs, elle porte un intérêt à l'amélioration de certaines variables psychologiques avant et après la participation à différents groupes thérapeutiques (notamment, la relaxation et les troubles du sommeil).

Sylvie Blairy est Docteur en Psychologie et Professeur de Psychologie Clinique Comportementale et Cognitive de l'Université de Liège (Belgique). Ses thèmes de recherche concernent, entre autres, les liens entre les troubles de la mémoire autobiographique et ceux de l'identité personnelle dans les troubles de l'humeur et dans la schizophrénie, ainsi que les interventions thérapeutiques ciblant ces processus psychologiques perturbés.

### **Résumé**

La dépression est un trouble qui touche de très nombreux patients. Ainsi, il existe un réel besoin, pour les cliniciens, d'avoir à leur disposition des traitements psychologiques efficaces permettant de venir en aide à ces patients. L'activation comportementale, une approche psychothérapeutique structurée et brève, a montré son efficacité dans le cadre du traitement de la dépression. Elle poursuit deux objectifs principaux : (1) augmenter l'engagement dans des activités associées à un sentiment de plaisir et/ou de maîtrise ; (2) diminuer l'engagement dans des activités maintenant les affects négatifs ou en augmentant les risques. Bien que ce traitement semble efficace, aucune étude n'explique pourquoi et comment il fonctionne : quels sont les outils les plus efficaces ? Quels sont les processus psychologiques déficitaires et/ou biaisés de la dépression améliorés par ce traitement ?

### **Abstract**

Depression is a disorder that affects many patients. Thus, there is a real need for clinicians to dispose of effective psychological treatments to help these patients. Behavioral activation, a brief and structured psychotherapy approach, has shown its effectiveness in depression's treatment. It aims to: (1) increase engagement in activities associated with feelings of pleasure and / or control; (2) reduce involvement in activities maintaining negative affects or increasing their risk. Although this treatment appears to be effective, no study explains why and how it works: which are his most effective tools? Which biased psychological processes are improved by this treatment?

**Mots-clés :** dépression, activation comportementale, processus psychologiques.

**Keywords :** depression, behavioral activation, psychological processes.

## Introduction

La dépression est un problème psychologique des plus fréquents et des plus handicapants (DIMIDJIAN, BARRERA, MARTELL, MUNOZ et LEWINSOHN, 2011). D'ailleurs, sa prévalence au sein de la population ne cesse d'augmenter. En Europe, la dépression touche chaque année 33,4 millions de personnes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). En 2004, elle était la troisième cause mondiale d'incapacités. L'organisation mondiale de la santé voit loin et prédit qu'elle en deviendra la première cause en 2030 (GODARD, GRONDAIN, BARUCH et LAFLEUR, 2011 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). En 2010, la dépression a coûté 92 milliards d'euros à l'Europe dont 54 étaient induits par les coûts indirects de cette psychopathologie (par exemple, la diminution de la productivité professionnelle, la retraite anticipée) (OLESEN *et al.*, 2012). Malgré tout, la majorité des patients dépressifs n'ont pas accès aux traitements adéquats (DIMIDJIAN, BARRERA, MARTELL, MUNOZ et LEWINSOHN, 2011). Etant donné la prévalence, les conséquences et l'évolution de ce trouble, Soucy Chartier et Provencher (2013) ont récemment insisté sur la nécessité d'identifier des traitements empiriquement validés de la dépression afin d'améliorer l'efficacité et, surtout, l'accessibilité de ceux-ci. C'est dans cette optique que l'activation comportementale éveille à nouveau l'intérêt. Cette approche thérapeutique a été développée dans les années septante par l'équipe de Lewinsohn (KANTER, PUSPITASARI, SANTOS et NAGY, 2012). La dépression était alors conceptualisée comme la conséquence d'une privation de renforcement positif : l'activation comportementale consistait ainsi à identifier et à mettre en place des activités plaisantes de façon à (ré)augmenter le contact du patient avec des sources de renforcement positif (KANTER, PUSPITASARI, SANTOS et NAGY, 2012). L'activation comportementale a bénéficié d'une attention croissante dans le cadre du traitement de la dépression et ce, plus particulièrement depuis les travaux publiés par Jacobson et ses collaborateurs (1996). En effet, dans cette étude, les auteurs mettent en évidence le fait que la planification d'activités utilisée seule permet d'obtenir une amélioration équivalente à l'utilisation de cette technique combinée à un travail cognitif de type « restructuration cognitive ». De plus, ces résultats se maintiennent deux ans après la fin de la thérapie (GORTNER, GOLLAN, DOBSON et JACOBSON, 1998). Ainsi, Jacobson et ses collaborateurs (1996) en concluent que le travail cognitif est inutile. Ceci est confirmé par la méta-analyse menée par Cuijpers et ses collaborateurs (2007) : l'activation comportementale présente des effets au moins aussi efficaces que ceux des antidépresseurs. Au vu de ces résultats et de la facilité de compréhension et d'application de ce traitement psychologique pour les patients dépressifs, l'activation comportementale pourrait être une approche thérapeutique à valoriser davantage et à diffuser dans

le but d'offrir à un plus grand nombre la possibilité de bénéficier de ses effets positifs (CUIJPERS *et al.*, 2007). Le présent article propose un bref retour sur les caractéristiques et les conséquences de la dépression. Il présente ensuite l'activation comportementale, son efficacité, ses outils et ses différentes formes.

## 1. La dépression : caractéristiques et conséquences

La dépression est un syndrome caractérisé par des symptômes *affectifs* (humeur dépressive, tristesse, perte d'intérêt et de plaisir, sentiment de vide), *cognitifs* (pensées négativistes, autocritique, dévalorisation, culpabilité, difficultés de concentration, de prise de décision et de mémoire), *comportementaux* (apathie) et *physiques* (sommeil et appétit perturbés) (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2004).

Une dépression peut être *réactionnelle* (induite par et consécutive à un ou des événement[s] difficile[s] qui engendrent une souffrance importante) ou *chronique* (mode de vie marqué par une insatisfaction permanente et la croyance que rien ne pourra jamais changer) (CUNGI et NOTE, 2004).

Ce syndrome est à l'origine de diverses conséquences telles que la consommation de médicaments et de drogues, une altération des relations sociales, une diminution de la qualité de l'hygiène de vie et de l'engagement dans des activités, qui peut aller jusqu'à l'arrêt du travail et, dans le pire des cas, le suicide (2,2% des patients).

La dépression touche plus souvent les femmes (20% de la population) que les hommes (12% de la population). Deux pics d'incidence sont observés au cours de la vie : entre 20 et 30 ans et entre 50 et 60 ans. Par ailleurs, il s'agit d'une maladie récurrente : les patients dépressifs souffrent en effet de cinq à six épisodes sur leur vie. De plus, le taux de rechute concerne 50% des patients dans les deux années suivant leur épisode et 85% sur toute leur vie : à chaque épisode, le risque de rechute augmente (BOLAND et KELLER, 2009).

La dépression présente souvent une comorbidité avec les troubles anxieux (HÖLZEL, HÄRTER, REESE et KRISTON, 2011 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). Deux éléments peuvent permettre d'expliquer cette comorbidité. Premièrement, certains symptômes sont communs à ces deux psychopathologies : difficultés de concentration et de mémoire, perturbation du sommeil (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2004). Deuxièmement, des processus psychologiques identiques sont habituellement déficitaires et/ou biaisés dans ces deux types de psychopathologies : évitements expérientiels, ruminations mentales, biais attentionnels, de mémoire et de congruence à l'humeur (NEF, PHILIPPOT et VERHOFSTADT, 2012). Ainsi, les patients dépressifs et les patients anxieux évoquent fréquemment des plaintes et des souffrances semblables.

Enfin, depuis de nombreuses années, il est démontré que les patients dépressifs considèrent moins d'activités comme étant plaisantes, s'engagent moins fréquemment dans des activités et, par

conséquent, obtiennent moins de renforcement positif de la part de leur environnement (CUIJPERS, VAN STRATEN et WARMERDAM, 2007).

## 2. L'activation comportementale

L'activation comportementale est une approche psychothérapeutique structurée et brève dont les objectifs sont (a) d'augmenter l'engagement dans des activités adaptées qui sont souvent celles associées à un sentiment de plaisir et de maîtrise, (b) de diminuer l'engagement dans des activités qui maintiennent les sentiments dépressifs ou qui augmentent leur risque d'apparition et (c) de résoudre des problèmes qui limitent l'accès à des récompenses (DIMIDJIAN, BARRERA, MARTELL, MUNOZ et LEWINSOHN, 2011). Cette approche, empiriquement validée (KANTER *et al.*, 2010), conduit donc les patients dépressifs à adopter des comportements allant à l'encontre de ceux qui leurs sont habituels (apathie) puisqu'ils sont encouragés à agir et à « s'activer » (MANOS *et al.*, 2010). En effet, les individus dépressifs s'engagent dans moins d'activités plaisantes ou le font moins fréquemment que des individus non déprimés, or il existe une *relation significative entre l'humeur et le nombre d'activités plaisantes* dans lesquelles nous nous engageons (CUIJPERS *et al.*, 2007). Par conséquent, les individus dépressifs obtiennent moins de renforcements positifs que les individus non déprimés.

Comme l'indique son appellation, l'activation comportementale ne se focalise que sur l'aspect comportemental de la dépression, ce qui la distingue d'ailleurs des autres approches psychothérapeutiques de ce trouble. En effet, elle repose sur les principes d'un modèle comportemental, utilise des interventions comportementales et se focalise uniquement sur un changement comportemental (DIMIDJIAN, BARRERA, MARTELL, MUNOZ et LEWINSOHN, 2011). Cette focalisation unique sur un changement comportemental suscite la polémique. En effet, il est difficilement imaginable qu'un traitement psychologique, même s'il est principalement axé sur l'aspect comportemental des difficultés présentées par les patients, ne provoque aucun changement cognitif : comportements et cognitions sont intimement liés. Ainsi, des changements comportementaux et les nouvelles conséquences qu'ils vont entraîner induiront plus que probablement une remise en question des croyances que les patients avaient jusqu'alors, ce qui consiste en des changements cognitifs.

L'activation comportementale est principalement utilisée dans le cadre du traitement de la dépression. Diverses études ont effectivement prouvé l'efficacité d'une telle approche : une méta-analyse menée par Sturmey (2009) met en évidence que l'activation comportementale présente toujours une amélioration plus intéressante que les listes d'attente ou les traitements habituellement utilisés. Sturmey (2009) ajoute que ce traitement serait plus efficace que les thérapies cognitives et les thérapies cognitivo-comportementales puisque les taux d'abandon du protocole sont moins importants. Dimidjian et ses collaborateurs (2006) ont comparé

l'efficacité de l'activation comportementale à d'autres types de traitement de la dépression, à savoir la psychothérapie cognitive, la paroxétine et un placebo : l'activation comportementale était aussi efficace que la psychothérapie cognitive et la paroxétine. Dans leur méta-analyse, Ekers et ses collaborateurs (2007) comparent également l'activation comportementale à d'autres traitements de la dépression, à savoir le traitement habituel (psychiatre traitant), une psychothérapie cognitive et une psychothérapie brève. A nouveau, l'activation comportementale s'avère plus efficace que le traitement habituel et que la psychothérapie brève, et ce aussi bien au niveau du score de dépression qu'au niveau du score de récupération. Aucune différence significative n'est toutefois observable lorsque l'activation comportementale est comparée à un traitement cognitif. De plus, les taux d'abandon sont équivalents dans les quatre conditions expérimentales.

Dans la littérature scientifique sont principalement apparus deux programmes d'activation comportementale développés par deux laboratoires américains. Le premier programme, intitulé BA (Behavioral Activation), a été développé par l'équipe de Martell, Addis et Jacobson (2001). D'après cette équipe, l'inactivité des patients dépressifs est une stratégie de *coping* permettant d'éviter les contingences environnementales qui provoquent un niveau bas de renforcement positif et un haut niveau d'aversion. Dans ce programme non-structuré, le clinicien apprend au patient à repérer ses évitements expérientiels, à identifier leurs fonctions et à mettre en place d'autres comportements, c'est-à-dire à vaincre ces évitements en s'activant. Le deuxième programme, intitulé BATD-R (Behavioral Activation Treatment for Depression – Revised), a été élaboré par l'équipe de Lejuez, D. Hopko et S. Hopko (2002). Le contenu de ce programme repose sur deux constats. Le premier est que le comportement du patient dépressif est souvent renforcé par des conséquences désirées à court terme plutôt que par des conséquences désirées à long terme. Le deuxième est qu'il est difficile pour le patient d'apprendre à faire l'analyse des fonctions de son comportement. Lejuez, D. Hopko et S. Hopko (2002) considèrent que les comportements du patient peuvent être régis par des conséquences désirables, c'est-à-dire par des conséquences cohérentes au regard des valeurs et des domaines de vie que le patient estime importants pour lui. Ainsi, dans ce programme structuré, il est proposé au patient de réfléchir à ses valeurs et aux domaines de vie importants pour lui et de planifier des activités visant l'atteinte d'objectifs et de conséquences à long terme en adéquation avec ses valeurs et ses domaines de vie.

Au vu des informations présentées ci-dessus, l'activation comportementale peut être considérée comme un traitement efficace et empiriquement validé de la dépression. Plusieurs études confirment en effet qu'elle permet d'améliorer l'humeur (les symptômes dépressifs et anxieux) et le niveau d'engagement dans des activités (CUIJPERS, VAN STRATEN et WARMERDAM, 2007 ; DIMIDJIAN *et al.*, 2006). De plus, d'autres études ont également

démontré son efficacité dans le traitement de comorbidités entre la dépression et, par exemple, l'état de stress post-traumatique (diminution des symptômes dépressifs et des symptômes anxieux) (NIXON et NEARMY, 2011), la consommation de drogues (diminution des symptômes dépressifs et de la consommation de drogues) (DAUGHTERS *et al.*, 2008), des problèmes médicaux comme le cancer (diminution des symptômes dépressifs) (HOPKO *et al.*, 2008) ou encore l'obésité (diminution des symptômes dépressifs et perte de poids) (PAGOTO, BODENLOS, SCHNEIDER, OLENDZKI et SPATES, 2008).

### 3. Outils thérapeutiques de l'activation comportementale

Les outils thérapeutiques utilisés dans le traitement d'activation comportementale peuvent se répartir en deux catégories (KANTER *et al.*, 2010) : tout d'abord, les techniques d'évaluation, à savoir le relevé des activités et l'évaluation des valeurs personnelles ; ensuite, les techniques d'activation, à savoir la planification d'activités.

#### 3.1. Les techniques d'évaluation

##### 3.1.1. Le relevé des activités

Le relevé des activités est utilisé en début de psychothérapie, et ce dans toutes les variantes du traitement d'activation comportementale (KANTER *et al.*, 2010). En effet, Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters et Pagoto (2010) conseillent d'instaurer l'utilisation de ce relevé dès le premier entretien et de le prescrire durant les trois premières semaines de thérapie. Il est demandé au patient de relever, via un journal, un agenda ou un calendrier, toutes les activités réalisées sur une journée, du lever au coucher, heure par heure (par exemple, de 7h à 22h). Cette tâche remplit deux fonctions : premièrement, obtenir une ligne de base du niveau d'activités du patient et de l'humeur qui y est associée ; deuxièmement, montrer au patient le lien entre activités et humeur (KANTER *et al.*, 2010). Ainsi, le relevé des activités n'est pas une intervention visant un changement comportemental à proprement parler, mais reste une intervention nécessaire.

Perri et Richards (1977) ont mené une étude auprès d'une population d'étudiants remplissant quotidiennement un relevé des activités. Leurs résultats montrent que ces étudiants sont parvenus à augmenter sensiblement leur temps d'étude en notant rigoureusement les heures passées à étudier. Ainsi, l'implémentation de ce relevé des activités a permis d'induire un changement de comportement, ce qui correspond au phénomène de « *réactivité au relevé des activités* ». Ces résultats semblent donc encourageants quant à l'effet que peut avoir l'utilisation seule de ce relevé des activités même si, comme le soulignent Abramowitz, Franklin, Zoellner et Dibernado (2002), ainsi que Twohig, Schoenberger et Hays (2007), compléter cette tâche n'est pas toujours suffisant pour susciter un

changement de comportement. Dans le cadre du traitement de la dépression, aucune étude n'a, à notre connaissance, évalué ce phénomène de réactivité au relevé des activités : l'utilisation seule du relevé des activités permet-elle bien une prise de conscience du lien entre l'humeur et l'engagement dans des activités ? Permet-elle déjà une amélioration de l'humeur et une augmentation de l'engagement dans des activités ?

### 3.1.2. Evaluation des buts et des valeurs

Certaines formes d'activation comportementale proposent de commencer le traitement par une évaluation des buts et des valeurs du patient, ce qui guidera ce dernier, et son psychologue, dans le choix des exercices d'activation (KANTER *et al.*, 2010). Plus précisément, Lejuez, D. Hopko et S. Hopko (2002) (programme BATD-R) proposent au patient de réfléchir autour d'une liste de valeurs (par exemple, les relations familiales, les relations sociales, l'emploi/la carrière) afin d'évaluer l'importance, pour lui, de chacune d'entre elles. Ainsi, le patient pourra ensuite réfléchir à des activités qu'il pourrait mettre en place et qui seront davantage en accord avec les valeurs qui sont importantes pour lui (par exemple, un homme pour qui être un bon père est une valeur importante pourra décider de passer plus de temps avec ses enfants ou de réparer un jouet cassé). La proposition de commencer le travail thérapeutique par ce travail sur les valeurs importantes ne reflète pas la réalité clinique. En effet, face à un patient dépressif, le premier objectif est de le remettre en action avec des activités quotidiennes assez simples comme faire la vaisselle. Ainsi, les cliniciens commencent en général par la planification d'activités avant d'entamer avec le patient cette réflexion sur les buts et les valeurs. Celle-ci permettra toutefois, dans le décours du traitement, de peaufiner le choix des activités à (re)mettre en place. Par ailleurs, cette technique est considérée par Kanter et ses collaborateurs (2010) comme une technique d'évaluation, mais la réalité clinique nous amène à la considérer comme une stratégie d'activation : connaître leurs buts et leurs valeurs devrait activer les personnes dans la recherche d'activités en lien et en accord avec ces aspects.

Tout comme pour le relevé des activités, aucune étude n'a, à notre connaissance, évalué l'effet spécifique de ce travail d'évaluation des buts et des valeurs : permet-il, par une prise de conscience de l'inadéquation entre activités quotidiennes et valeurs importantes, d'augmenter l'humeur et le niveau d'engagement dans des activités pertinentes en fonction de ces valeurs ?

### 3.1. Les stratégies d'activation

#### 3.1.1. La planification des activités

La planification d'activités a pour objectif d'augmenter les contacts du patient avec des sources de renforcement positif dans son environnement (KANTER *et al.*, 2010). Ainsi, une étape importante du traitement consiste à déterminer les activités que le patient aimerait ajouter dans sa vie, activités qui devront être agréables et/ou importantes pour lui. En effet, il a été démontré que la planification d'activités agréables améliore davantage l'humeur que la planification d'activités dont la valence émotionnelle est neutre (GRAF, 1977). Ainsi, sur la base des informations recueillies à l'aide du relevé des activités et de l'évaluation des buts et des valeurs, le thérapeute et le patient vont discuter des activités que ce dernier pourrait mettre en place. Dans le cadre du programme BATD-R (LEJUEZ, HOPKO et HOPKO, 2002), ces actions doivent rencontrer des objectifs à long-terme que le patient se fixe. Dans le cadre du programme BA (MARTELL, ADDIS et JACOBSON, 2001), la planification cible des comportements précis liés à des évitements. Le patient et le psychologue envisagent ensemble les difficultés que le premier pourrait rencontrer et les solutions qu'il pourrait mettre en place. Il est important que ce travail de planification d'activités soit réalisé avec beaucoup de détails. Le patient doit savoir avec précision ce qu'il va faire (des exercices d'imagerie mentale peuvent aider le patient à visualiser les actions qu'il va mener) et aussi quand (jour et heure) il va faire cette action/cette activité. La planification d'activités agréables ou renforçantes doit rapidement être mise en place dans le traitement, mais le patient et le psychologue doivent tenir compte du niveau initial d'activités du patient (indiqué par le relevé des activités), envisager une augmentation progressive de ce niveau d'activités et planifier des activités pour lesquelles, à la fin de l'entretien, le patient pourra dire qu'il est quasi certain de pouvoir les entreprendre (KANTER *et al.*, 2010).

La planification des activités peut ainsi avoir pour conséquence une diminution de l'évitement et des ruminations mentales (KANTER *et al.*, 2010).

#### 4. Regard critique sur l'activation comportementale et ses outils

La majorité des études qui se sont focalisées sur l'activation comportementale concluent en soulignant l'intérêt d'utiliser ce programme dans le cadre du traitement de la dépression ou encore de certaines de ses comorbidités. Bien que ces études soulignent l'intérêt d'utiliser l'entièreté de ce traitement psychologique pour l'amélioration de l'humeur, aucune n'évoque l'effet spécifique de chacun des outils utilisés, à l'exception de la planification des activités dont l'efficacité a été démontrée en 1977 par Graf. Ainsi, demander aux patients de compléter un relevé de leurs activités



quotidiennes et de réfléchir sur les valeurs et les domaines de vie importants à leurs yeux les aide-t-il à augmenter leur niveau d'activités et, par là, à améliorer leur humeur ? Ces deux outils ne sont pas soutenus par des données empiriques : nous ne disposons d'aucune donnée scientifique concernant leur efficacité, or il s'agit de techniques importantes aussi bien dans les programmes développés par Martell, Addis et Jacobson (2001) que par Lejuez, D. Hopko et S. Hopko (2002).

Ainsi, l'entière du programme fonctionne, mais nous ne savons pas comment et pourquoi. Or pouvoir répondre à ces questions pourrait permettre d'en améliorer l'efficacité. Quels sont les processus psychologiques habituellement déficitaires et biaisés de la dépression (par exemple, l'estime de soi, la rumination mentale, l'évitement expérientiel, le sentiment d'auto-efficacité, la tolérance au désarroi, l'intolérance à l'inconfort, etc.) dont l'activation comportementale et chacun de ses outils améliorent le fonctionnement ? Connaître l'effet des différents outils sur ces processus psychologiques pourrait permettre de sélectionner dès le début du traitement les outils les plus appropriés en fonction des déficits et des biais des patients, ce qui permettrait d'augmenter l'efficacité et la rapidité de ce traitement psychologique. C'est dans cette optique que nous développons actuellement une recherche se focalisant sur ces trois aspects (dépression, activation comportementale et processus psychologiques), avec comme objectif premier l'identification des processus psychologiques médiateurs du niveau de dépression et du niveau d'engagement dans des activités. Une fois ces processus identifiés grâce à des questionnaires auto-administrés, nous pourrions évaluer l'effet spécifique des différents outils de l'activation comportementale sur chacun de ces processus. Les résultats de cette recherche pourraient permettre de promouvoir une évaluation plus précise des difficultés de nos patients et, ainsi, un choix plus spécifique et mieux approprié parmi les différents outils que les programmes d'activation comportementale proposent.

## 5. L'activation comportementale sous forme d'outil *self-help*

Actuellement, les traitements de type *self-help* sont de plus en plus utilisés, et ce pour différentes psychopathologies (CUIJPERS *et al.*, 2011) comme les troubles dépressifs, les troubles anxieux et les problèmes de sommeil. Ces traitements permettent aux patients de « s'aider par eux-mêmes », en leur fournissant des explications sur leurs difficultés, ainsi que des exercices. De tels traitements existent ainsi sous forme de livres, de fascicules ou autres, facilement utilisables, compréhensibles et transportables.

Comme nous l'indiquons dans l'introduction de cet article, en Europe, la dépression touche chaque année 33,4 millions de personnes pour un coût total de 92 billions d'euros (OLESEN *et al.*, 2012 ; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). L'ensemble de ces personnes n'a pas accès à des traitements psychologiques adéquats,

doit attendre avant d'y avoir accès ou encore n'a pas les moyens de les payer. Ainsi, il existe un réel besoin de trouver des traitements empiriquement validés qui sont intéressants en termes de gain de temps et de diminution des coûts et dont la diffusion est également aisée (SOUCY CHARTIER et PROVENCHER, 2013). C'est dans cette optique que les traitements *self-help* d'auto-activation comportementale semblent intéressants, ce que Lewinsohn avait déjà compris en 1978 en développant le premier outil *self-help* d'auto-activation comportementale « *Control Your Depression* ».

Les personnes souffrant de dépression légère à modérée ont effectivement besoin d'aide pour faire face à leurs difficultés sans nécessairement ressentir le besoin d'un contact avec un professionnel de la santé : leur fournir des outils *self-help* d'auto-activation pourrait donc s'avérer suffisant et, dans le meilleur des cas, éviter la prise de médicaments, ce qui, par conséquent, diminuerait les coûts de santé publique. Soucy Chartier et Provencher (2013) ont testé un manuel *self-help* d'auto-activation intitulé *Vaincre la dépression* (MARTELL et ADDIS, 2001) et en ont démontré l'efficacité auprès de personnes âgées de plus de 50 ans : l'intensité des symptômes dépressifs était effectivement inférieure après y avoir eu accès. Puisque ce manuel a été efficace auprès de cette tranche d'âge, il nous semble pertinent de le tester auprès d'une population plus jeune, l'intervention précoce étant le meilleur moyen de prévenir les rechutes.

Soucy Chartier et Provencher (2013) évoquent également l'intérêt d'adapter ce manuel en version informatique, compatible avec les nouvelles technologies, ce qui est un des objectifs de notre laboratoire. En effet, cette version informatique du manuel en facilitera la diffusion notamment auprès d'une population moins aisée, et ce avec un coût nul pour les patients.

## Conclusion

L'activation comportementale est un traitement psychologique facile à mettre en place et efficace dans le traitement de la dépression. Connaître plus précisément l'effet des différents outils qui le composent et les processus psychologiques qu'il améliore pourrait permettre d'augmenter l'efficacité de ce traitement, objectif visé par notre laboratoire. De plus, ce traitement présente l'avantage de fonctionner pour d'autres problèmes psychologiques, et ce pour toutes les tranches d'âge.

## Bibliographie

- ABRAMOWITZ J., FRANKLIN M., ZOELLNER L. et DIBERNADO C., 2002, « Treatment compliance and outcome in obsessive-compulsive disorder », *Behavior modification*, n° 26 (4), p. 447-463.
- BOLAND R. et KELLER M., 2009, « Course and outcome of depression », dans GOTLIB I. et HAMMEN C. (éd.), *Handbook of Depression*, New York : Guilford, p. 23-43.

- CUIJPERS P., DONKER T., JOHANSSON R., MOHR D., VAN STRATEN A. et ANDERSSON G., 2011, « Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis », *PLoS ONE*, n° 6 (6).
- CUIJPERS P., VAN STRATEN A. et WARMERDAM L., 2007, « Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis », *Clinical Psychology Review*, n° 27 (3), p. 318-326.
- DAUGHTERS S., BRAUN A., SARGEANT M., REYNOLDS E., HOPKO D., BLANCO C. et LEJUEZ C., 2008, « Effectiveness of a Brief Behavioral Treatment for Inner-City Illicit Drug Users With Elevated Depressive Symptoms: The Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS Act!) », *Journal of Clinical Psychiatry*, n° 3, e1-e3.
- DIMIDJIAN S., BARRERA J., MARTELL C., MUNOZ R. et JACOBSON N., 2011, « The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression », *Annual Review of Clinical Psychology*, n° 7, p. 1-38.
- DIMIDJIAN S., HOLLON S., DOBSON K., SCHMALING K., KOHLENBERG R., ADDIS M., GALLOP R., MCGLINCHEY J., MARKLEY D., GOLLAN J., ATKINS D., DUNNER D. et JACOBSON N., 2006, « Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression », *Journal of consulting and clinical psychology*, n° 74 (4), p. 658-670.
- EKERS D., RICHARDS D. et GILBODY S., 2007, « A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression », *Psychological Medicine*, n° 38 (5), p. 611-623.
- FERSTER C., 1973, « A functional analysis of depression », *American Psychologist*, n° 28, p. 857-870.
- GODARD J., GRONDIN S., BARUCH P. et LAFLEUR M., 2011, « Psychosocial and neurocognitive profiles in depressed patients with major depressive disorder and bipolar disorder », *Psychiatry Research*, n° 190 (2-3), p. 244-252.
- GORTNER E., GOLLAN J., DOBSON K. et JACOBSON N., 1998, « Cognitive behavioral treatment for depression: relapse prevention », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 66, p. 377-384.
- GRAF M., 1977, « A mood-related activities schedule for the treatment of depression », Unpublished doctoral dissertation, Arizona State University.
- HAYES S., HAYES L., REESE H. et SARBIN R. (éd.), 1988, *Varieties of scientific contextualism*, Reno : Context Press.
- HÖLZEL L., HÄRTER M., REESE C. et KRISTON L., 2011, « Risk factors for chronic depression: A systematic review », *Journal of Affective Disorders*, n° 129, p. 1-13.
- HOPKO D., BELL J., ARMENTO M., ROBERTSON S., HUNT M., WOLF N. et MULLANE C., 2008, « Phenomenology and screening of clinical depression in cancer patients », *Journal of Psychosocial Oncology*, n° 26, p. 31-51.
- JACOBSON N., DOBSON K., TRUAX P., ADDIS M., KOERNER K., GOLLAN J., GORTNER E. et PRINCE S., 1996, « A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 64 (2), p. 295-304.
- KANTER J., MANOS R., BÖWE W., BARUCH D., BUSCH A. et RUSCH L., 2010, « What is behavioural activation? A review of the empirical literature », *Clinical Psychology Review*, n° 30, p. 608-620.
- KANTER J., PUSPITASARI A., SANTOS M. et NAGY N., 2012, « Behavioural activation: history, evidence and promise », *The*

- British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, n° 200 (5), p. 361-363.
- LEJUEZ C., HOPKO D., ACIERNO R., DAUGHTERS S. et PAGOTO S., 2010, « Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual », *Behavior Modification*, n° 35 (2), p. 111-161.
  - LEJUEZ C., HOPKO D. et HOPKO S., 2002, *The brief behavioral activation treatment for depression (BATD): A comprehensive patient guide*, Boston : Pearson Custom Publishing.
  - LEWINSOHN P., 1978, *Control your depression*, Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
  - LEWINSOHN P., BIGLAN A. et ZEISS A., 1976, « Behavioral treatment of dépression », dans DAVIDSON P. O. (éd.), *The Behavioral Management of Anxiety, Depression and Pain*, New York : Brunner/Mazel, p. 91-146.
  - MANOS R., KANTER J. et BUSCH A., 2010, « A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression », *Clinical Psychology Review*, n° 30, p. 547-561.
  - MARTELL C. et ADDIS M., 2009, *Vaincre la dépression : Une étape à la fois*, Montréal : Les éditions de l'homme.
  - MARTELL C., ADDIS M. et JACOBSON N., 2001, *Depression in context: Strategies for guided action*, New York : Norton.
  - NEF F., PHILIPPOT P. et VERHOFSTADT L., 2012, « L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée », *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, vol. XVII, n° 3, p. 4-23.
  - NIXON R. et NEARMY D., 2011, « Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: A pilot study », *Journal of Traumatic Stress*, n° 24 (4), p. 451-455.
  - OLESEN J., GUSTAVSSON A., SVENSSON M., WITTCHEH H., JONSSON B., CDBE2010 STUDY GROUP et EUROPEAN BRAIN COUNCIL, 2012, « The economic cost of brain disorders in Europe », *European Journal of Neurology*, n° 19, p. 155-162.
  - PAGOTO S., BODENLOS J., SCHNEIDER K., OLENDZKI B. et SPATES C., 2008, « Initial investigation of Behavioural Activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity », *Psychotherapy Theory, Practice, Training*, n° 45 (3), p. 410-415.
  - PERRI M. et RICHARDS C., 1977, « An investigation of naturally occurring episodes of self-controlled behaviors », *Journal of Counseling Psychology*, n° 4, p. 178-183.
  - SOUCY CHARTIER I. et PROVENCHER M., 2013, « Behavioural Activation for Depression: Efficacy, Effectiveness and Dissemination », *Journal of Affective Disorders*, n° 145, p. 292-299.
  - STURMEY P., 2009, « Behavioral Activation Is an Evidence-Based Treatment for Depression », *Behavior Modification*, n° 33 (6), p. 818-829.
  - TWOHIG M., SCHOENBERGER D. et HAYES S., 2007, « A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence », *Journal of Applied Behavior Analysis*, n° 40, p. 619-632.
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003, « Fact sheet EURO/03/03 ».
  - WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD SUICIDE PREVENTION DAY 2012.