

LES CAHIERS DU SAVOIR



NUMÉRO 1 DÉCEMBRE 2020

LES TROUBLES
DÉPRESSIFS

TABLE DES MATIÈRES



Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Téléphone : 514 738-1881
1 800 363-2644

ordrepsy.qc.ca
info@ordrepsy.qc.ca

Dépôt légal – 2020

Bibliothèque et Archives
nationales du Québec
ISBN 978-2-923164-62-5

Bibliothèque et Archives Canada
ISSN 1483-0485 (imprimé)
ISSN 1918-0403 (en ligne)

- 1 Mot de la présidente
- 1 Mot de la rédactrice en chef
-
- 2 **L'évaluation de la dépression**
Pierre Desjardins
- 7 **Traiter les manifestations dépressives avec la psychothérapie cognitive-comportementale**
D^r Alain Taillefer
- 14 **Meilleures pratiques en intervention humaniste**
D^r Marc-Simon Drouin
- 19 **Meilleures pratiques en intervention psychodynamique**
D^r Serge Lecours
- 26 **La thérapie brève orientée vers les solutions : meilleures pratiques auprès des personnes dépressives**
Brigitte Lavoie
- 33 **La neuropsychologie de la dépression**
D^{re} Isabelle Rouleau et D^{re} Marie-Julie Potvin
- 40 **Le trouble dépressif caractérisé chez les adultes dans une approche populationnelle : quelles sont les principales recommandations des guides de pratique clinique ?**
D^{re} Pasquale Roberge et D^r Martin D. Provencher
- 47 **Facteurs saillants du retour au travail à la suite d'un trouble mental courant comme la dépression – Recension des écrits**
Marc Corbière, Ph. D.
- 56 **L'activité physique, un traitement des troubles dépressifs majeurs**
Paquito Bernard, Ph. D.
- 62 **Nos jeunes sont-ils plus déprimés qu'il y a 20 ans ? Portrait de la dépression chez les adolescents et les jeunes adultes**
D^{re} Diane Marcotte et Josianne Chicoine
- 66 **Les troubles dépressifs chez les personnes âgées : étiologie, diagnostics différentiels et interventions**
D^{re} Lyson Marcoux
-
- 74 Biographies des auteurs
- 76 Références bibliographiques

MOT DE LA PRÉSIDENTE



C'est avec fierté que je vous présente la première édition des *Cahiers du savoir*. Depuis mon arrivée à la présidence de l'Ordre, je souhaite trouver des moyens pour soutenir la formation continue et le développement professionnel des psychologues. Je sais à quel point vous êtes occupés à prendre soin de la population. En agissant comme courtier de connaissances, l'Ordre vous propose ici des textes pertinents, rigoureux et scientifiques qui, je l'espère, vous faciliteront la vie. L'objectif de cette nouvelle publication est de permettre aux cliniciens de mettre à jour leur savoir sur un problème de santé mentale peu importe l'approche théorique. À la fin de la lecture d'un numéro, je souhaite que vos connaissances en soient enrichies.

Je tiens à remercier la rédactrice en chef, Isabelle Marleau, directrice de la qualité et du développement de la pratique, qui a relevé le défi de piloter la production de contenu d'un tel ouvrage. Je salue son efficacité dans le suivi et l'aboutissement de ce projet. Je remercie également la directrice des communications, Dominique Héту, d'avoir mené le processus d'édition de cette nouvelle publication. Je remercie chaleureusement les membres du comité scientifique, les D^{rs} Claude Bélanger, Conrad Lecomte et, André Renaud, et M^{me} Lynda Brisson, psychologues,

qui ont mis leur expertise dans la révision scientifique des textes. Je tiens à remercier les auteurs qui ont accepté de contribuer à cet ouvrage pour partager leurs savoirs respectifs avec notre communauté de psychologues. Enfin, je remercie les membres du conseil d'administration qui ont cru en ce projet.

Nous avons choisi les troubles dépressifs comme thème pour le premier numéro en raison de leur prévalence et nous avons élaboré le plan des chapitres pour couvrir tous les types de clientèles, les différentes facettes de la dépression et les grands cadres conceptuels. Bien que ce numéro des *Cahiers du savoir* n'ait aucunement la prétention de couvrir l'ensemble des vastes connaissances sur les troubles dépressifs, nous souhaitons qu'il contribue à votre développement professionnel, qu'il nourrisse votre esprit et qu'il vous donne, peut-être, envie d'approfondir certaines questions.

Bonne lecture et longue vie aux *Cahiers du savoir*,

D^{re} Christine Grou, psychologue
Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

Nous avons le plaisir de vous présenter ce premier numéro des *Cahiers du savoir*. Je considère, à titre de directrice de la qualité et du développement de la pratique à l'Ordre, que ces cahiers représentent un pas de plus vers la réalisation d'un de nos mandats, soit d'offrir des activités de formation continue pertinentes, contemporaines et de qualité, répondant aux besoins de formation des psychologues.

Les troubles dépressifs sont ceux dont la prévalence est la plus élevée dans la population et les psychologues y sont confrontés chaque jour. L'objectif de ce premier numéro est de soutenir le développement et le maintien de pratiques professionnelles optimales, considérant que les troubles dépressifs n'offrent pas de répit à ceux qui en souffrent. Entre autres, on peut y lire qu'il n'y a pas un trouble dépressif, mais des troubles dépressifs, que ces derniers arborent une diversité dans leurs présentations et leurs évolutions possibles, que leurs impacts sont multiples et invalidants sur les plans personnel, professionnel et social, qu'ils se présentent avec une complexité certaine quant au processus d'évaluation et aux choix de traitement, et qu'ils peuvent être difficiles à comprendre, et donc à accepter, pour l'entourage et les proches. Bref, les troubles dépressifs sont présentés ici avec un souci de nuances caractéristique de la psychologie clinique.

Je salue la sagesse de la présidente de l'Ordre, qui a eu l'idée de ce projet et qui nous a guidés et soutenus dans sa réalisation. Je me joins également à elle pour remercier les auteurs, ainsi que les membres du comité scientifique, non sans souligner le travail assidu de la D^{re} Nathalie Girouard, psychologue et conseillère à la qualité et au développement de la pratique.

D^{re} Isabelle Marleau,
psychologue, directrice de la qualité et du développement de la pratique,
Ordre des psychologues du Québec

L'ÉVALUATION DE LA DÉPRESSION

Pierre Desjardins,
M. Ps., psychologue,
consultant à la qualité
et au développement de
la pratique à l'Ordre des
psychologues du Québec

La dépression, une affection répandue, mal évaluée et mal traitée

« La dépression est une affection courante dans le monde qui concerne 300 millions de personnes selon les estimations. Elle diffère des sautes d'humeur habituelles et des réactions émotionnelles passagères face aux problèmes du quotidien. Quand elle perdure et que son intensité est modérée ou sévère, la dépression peut devenir une maladie grave. [...]

Bien qu'il existe des traitements connus et efficaces pour combattre la dépression, moins de la moitié des personnes affectées dans le monde (dans certains pays, moins de 10 %) bénéficient de tels traitements. Le manque de ressources, la pénurie de soignants qualifiés et la stigmatisation sociale liée aux troubles mentaux sont autant d'obstacles à l'administration de soins efficaces.

L'erreur d'appréciation en est un autre. Dans tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, les personnes déprimées ne sont pas souvent diagnostiquées correctement alors que d'autres, non affectées par ce trouble, se voient parfois prescrire des antidépresseurs par suite d'une erreur de diagnostic. »

Organisation mondiale de la santé (OMS)¹

La prévalence de la dépression

L'OMS estimait de plus qu'en 2020, la dépression serait la deuxième cause de maladie et d'incapacité, après les maladies cardiovasculaires². Il y aurait lieu cependant de se demander si, dans les faits, les estimations de l'OMS discriminent bien les réactions émotionnelles « normales » (détresse, sentiments négatifs, etc.) et le trouble mental à proprement parler.

L'Institut de la statistique du Québec (2015) rapporte que 12 % de la population québécoise de 15 ans et plus aurait vécu au cours de sa vie au moins un épisode dépressif et 4,4 % au cours des 12 mois précédant l'enquête. La proportion de personnes qui auraient vécu un épisode dépressif est certes un fort signal d'alerte, mais ici aussi on peut s'interroger sur la représentativité des statistiques, considérant que toutes les personnes concernées n'ont pas été soumises à une évaluation diagnostique en bonne et due forme réalisée par un professionnel habilité :

« Dans les enquêtes populationnelles de santé telles que l'ESCC – Santé mentale, le WHO-CIDI est un instrument très utile, puisqu'il peut être administré par des intervieweurs qui ne sont pas des professionnels de la santé. Rappelons que les troubles mentaux ou les troubles associés à la consommation d'alcool ou de drogues identifiés au moyen du WHO-CIDI ne sont pas fondés sur un diagnostic clinique³. »

La surestimation probable de la prévalence

Thombs et ses collaborateurs (2018) soutiennent que la majorité des études qui font l'objet de publications surestiment la prévalence de la dépression, et ce, en raison de l'utilisation d'outils de dépistage inadéquats⁴. Les auteurs ont en effet remarqué que, dans la grande majorité des études examinées, les chercheurs avaient fait appel à des questionnaires de dépistage qu'avaient remplis les patients pour témoigner eux-mêmes de leur état. Ils soulignent de plus que ces questionnaires d'autoévaluation rendraient compte d'une prévalence de la dépression qui serait de deux à trois fois plus élevée qu'elle ne le serait vraiment. Stevens et ses collaborateurs (2018), pour leur part, constatant que la dépression majeure est parmi les diagnostics les plus fréquents en contexte psycholégal, se sont aussi penchés sur la validité d'une telle conclusion. Les résultats des questionnaires d'autoévaluation indiquaient que 31 % des 127 sujets de leur échantillon répondaient aux critères du DSM pour la dépression majeure⁵. Mais aucun de ceux-ci ne répondait aux critères après une évaluation « psychiatrique » formelle. Stevens et ses collaborateurs ont donc conclu que le diagnostic de dépression pourrait ne pas être juste parce qu'il serait souvent le résultat :

- de biais (ex. : la personne peut ne pas comprendre les énoncés ou répondre au hasard, de manière négligente ou délibérée dans l'intention de présenter un portrait particulier justifiant certaines réclamations)⁶;
- d'une évaluation inappropriée des critères diagnostiques;
- de confusion entre différents diagnostics.

La pertinence, l'efficacité, voire l'efficience des services offerts doivent donc reposer sur une évaluation juste et rigoureuse, bien alignée sur le mandat confié aux intervenants eu égard notamment à différents objectifs qui pourraient par exemple s'ajouter à celui de confirmer la présence d'un trouble mental.

On a également recours à des questionnaires d'autoévaluation en contexte clinique et on s'y limite fréquemment. Thombs et ses collaborateurs (2018) soutiennent même que discuter en détail avec tous ceux qui ont une problématique de santé mentale et procéder à une évaluation complète iraient au-delà des capacités du système de santé.

Les questionnaires d'autoévaluation ont certes leur importance quand il s'agit de dépister les personnes qui pourraient être atteintes de dépression, de relever ou de documenter la présence de certains symptômes. On comprend également que l'on puisse vouloir simplifier et accélérer l'accès aux services en réduisant au maximum le processus d'évaluation et que, pour ce faire, on s'en tienne au dépistage, mais il y a lieu de souligner que cette façon de faire comporte des limites. Ainsi, un test de dépistage peut permettre de confirmer, par exemple, qu'une personne souffre, pleure, n'a plus d'appétit, dort mal et a des idées sombres, mais cela ne peut suffire pour conclure à la présence de dépression ou pour élaborer un plan de soins et services qui soit bien adapté. En effet, ces manifestations (rapportées ou constatées) pourraient indiquer la présence d'autres troubles mentaux, les catégories diagnostiques n'étant ni étanches ni exclusives en matière de symptômes. Il peut donc être nécessaire de mobiliser des ressources professionnelles habilitées au moment opportun, lorsque le mandat requiert de pousser l'évaluation notamment pour s'assurer de la pertinence des soins et services à offrir⁷.

Un engagement sans évaluation adéquate risque en effet de nuire (détérioration ou cristallisation de l'affection), sans compter qu'une offre de services approximative, parce qu'insuffisamment éclairée, mobilise inadéquatement des ressources par ailleurs limitées⁸.

La démarche d'évaluation : un processus à arrimer au mandat

La pertinence, l'efficacité, voire l'efficience des services offerts doivent donc reposer sur une évaluation juste et rigoureuse, bien alignée sur le mandat confié aux intervenants eu égard notamment à différents objectifs qui pourraient par exemple s'ajouter à celui de confirmer la présence d'un trouble mental.

Tous les intervenants ne s'engagent pas dans une même démarche d'évaluation, qu'elle soit standardisée ou non, et cela peut tenir au fait que le concept d'évaluation recouvre un ensemble d'activités

Par ailleurs, la démarche d'évaluation de la dépression, trouble mental, variera selon la nomenclature diagnostique en référence, la conception que l'on s'en fait ou selon la conceptualisation que propose le modèle théorique auquel on adhère.

de nature semblable, mais qui ont chacune leur finalité et dont les conclusions diffèrent. Outre la détection, le dépistage ou le repérage, dont il a été question précédemment, il y a aussi l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental, l'évaluation initiale rigoureuse, l'évaluation des troubles mentaux, l'évaluation des troubles neuropsychologiques, l'établissement d'un pronostic, le suivi ou le monitoring de l'évolution de la symptomatologie ou de l'affection de la personne, l'évaluation permettant la planification d'un traitement ou la mesure de son efficacité, sans compter l'évaluation de phénomènes de nature conceptuelle peu tangibles et parfois difficiles à mesurer, qui reposent sur des construits comme ceux que proposent les différents modèles théoriques (ex. : présence de mécanisme de défense, de distorsion cognitive, d'angoisse existentielle). Chacune de ces activités professionnelles porte sa finalité propre et engage l'intervenant dans une démarche qui, conséquemment, doit s'y arrimer.

En ce qui a trait à l'évaluation d'un trouble mental à proprement parler, Marleau et ses collaborateurs (2019) font entre autres part des considérations suivantes :

« [P]lusieurs psychologues ont des réticences par rapport aux risques de réduire la personne à une étiquette et que soit ainsi évacué le jeu interactionnel constant des déterminants biopsychosociaux. Plusieurs redoutent qu'on en arrive à traiter des maladies plutôt que les personnes qui en sont affectées. Soucieux d'éviter toute stigmatisation, certains vont s'abstenir de poser un diagnostic psychologique de trouble mental et d'autres vont redoubler de prudence quand vient le temps de conclure et de consigner leur travail au dossier du client. [...] »

En contrepois aux risques de stigmatisation, confirmer la présence d'un trouble mental peut par ailleurs avoir un effet rassurant pour la personne touchée et pour ses proches, dans la mesure où on a noté une cause probable aux problèmes et à la souffrance vécus et où il est dorénavant possible d'envisager un traitement. »

Par ailleurs, la démarche d'évaluation de la dépression, trouble mental, variera selon la nomenclature diagnostique en référence, la conception que l'on s'en fait ou selon la conceptualisation que propose le modèle théorique auquel on adhère. Cette évaluation peut également varier en fonction de la finalité retenue (avoir une meilleure compréhension des enjeux, étayer un plan de services, ajuster la médication, établir la pertinence d'une psychothérapie et en déterminer le type, donner accès à des services, subventions

ou autres, etc.). Autant de situations qui requièrent chacune une démarche particulière et qui permettent de tirer des conclusions différentes.

Cela dit, peut-on envisager une certaine standardisation de l'évaluation de la dépression, trouble mental⁹ ? Le défi est grand. La démarche doit d'abord s'aligner sur les objectifs de l'évaluation, qui peuvent être variables, et l'évaluation devrait se moduler selon, par exemple, que l'on procède d'un point de vue taxonomique ou catégoriel (obtenir un diagnostic) ou d'un point de vue dimensionnel (préciser le degré de sévérité). Dans une perspective de standardisation, Joiner et ses collaborateurs (2005) proposent comme directives de :

- choisir des outils psychométriques qui ont les propriétés requises (validité, fiabilité, etc.) ;
- couvrir adéquatement les symptômes reconnus en matière de dépression ;
- prendre en compte l'ampleur de l'humeur dépressive, de la perte de jouissance et des idéations suicidaires ;
- déterminer et distinguer les types et sous-types de dépression ;
- documenter l'évolution et la chronicité éventuelle de l'affection ;
- relever la présence de comorbidité et de bipolarité¹⁰.

Les auteurs croient que certaines entrevues cliniques structurées, comme celles associées au DSM, sont conformes à de telles directives.

À propos de l'obtention d'un diagnostic psychologique de dépression

Il existe différentes nomenclatures de type nosologique ou nosographique, et chacune a un système qui lui est propre, avec des éléments conceptuels et terminologiques qui diffèrent. Le choix de la nomenclature de référence appartient ultimement aux cliniciens et peut être influencé par le ou les modèles théoriques auxquels ils adhèrent. Il importe ici de veiller à ce que la démarche évaluative dans laquelle s'engagent les cliniciens colle aux critères énoncés dans le manuel de référence retenu, quel qu'il soit, pour favoriser la constance méthodologique et assurer la fiabilité des conclusions qu'ils tireront de leur évaluation. De plus, dans leurs communications (ex. : consignation au dossier, échange avec d'autres professionnels), les cliniciens devraient indiquer clairement à quelle nomenclature se rattachent leurs conclusions pour éviter que l'on ne se méprenne sur le sens et la portée d'un diagnostic psychologique qui, bien que semblablement étiqueté, reposerait sur des nomenclatures ou des critères différents. En Amérique du Nord, généralement, on s'attend à ce que le diagnostic psychologique réponde aux critères du DSM-5, qui propose une codification et un « langage » communs à la majorité des professionnels de la santé mentale. Aux fins du présent article, nous allons d'ailleurs essentiellement nous référer au DSM-5.

En introduction du *DSM-5*, on peut lire que :

« Disposer de diagnostics fiables est essentiel pour orienter les recommandations de traitement, mesurer les taux de prévalence dans les programmes de santé mentale, identifier les groupes de patients en recherche clinique ou en recherche fondamentale, ainsi que fournir des données importantes en santé publique, comme les taux de morbidité ou de mortalité¹¹. »

On peut également y lire que :

« Les critères diagnostiques identifient des symptômes, des comportements, des fonctions cognitives, des traits de personnalité, des signes physiques, des combinaisons syndromiques et des critères de durée, *qui exigent une expertise clinique pour ne pas être confondus avec les variations de la vie normale ou les réponses passagères à des situations de stress*¹². »

L'évaluation de la dépression prend d'autant plus d'importance qu'on estime qu'en 2030 le projet de lutte contre la dépression de l'OMS deviendra le projet mondial de santé numéro un, dépassant les projets de lutte contre les maladies cardiaques et le cancer. Or, pour lutter contre la dépression, il faut pouvoir non seulement conclure à sa présence, mais aussi en distinguant les différents sous-types et autres caractéristiques associées, chacun ne reposant pas sur les mêmes critères ni ne demandant un même traitement.

Diagnostiquer pour mieux orienter le traitement

L'obtention d'un diagnostic de dépression n'est pas une fin en soi ni n'est toujours requise. Il faut en effet s'assurer de son utilité clinique, comme c'est le cas, par exemple, lorsqu'il s'agit d'orienter la personne vers des soins et services ayant fait l'objet d'études¹³.

Il existe des traitements « spécialisés », indiqués pour des problématiques ou affections particulières. Pensons par exemple aux traitements « protocolisés¹⁴ » ou encore aux traitements pour lesquels on dispose de données probantes relatives à leur efficacité auprès de personnes qui présentent un trouble mental donné (traitements soutenus empiriquement, ou TSE). S'il est question de ces traitements, c'est que l'on dispose de données qui en établissent la pertinence pour des personnes qui présentent des caractéristiques particulières, dont, fréquemment, la présence d'un trouble mental dûment diagnostiqué. En ce qui concerne la dépression, les recherches indiquent par exemple que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) serait l'un des traitements de premier choix¹⁵. Si l'objectif est d'évaluer la pertinence d'y engager la personne, il y aurait lieu de recourir à tout le moins à une évaluation de type diagnostique¹⁶. Cela renvoie par conséquent à l'obligation d'évaluer le trouble mental au regard de la méthodologie et des critères¹⁷ des études, recherches et autres manuels de référence.

La méthodologie a son importance. Pour sélectionner les sujets d'étude ou de recherche, s'est-on référé à un manuel diagnostique en particulier ? À une version antérieure ou actuelle de ce manuel ? Est-ce qu'on a eu recours à des outils psychométriques ? Lesquels ? De quelle nature sont-ils (outils de dépistage ou autres) ? Est-ce qu'on a procédé à des entretiens structurés ou semi-structurés ou à un quelconque autre protocole standardisé ? Lesquels ? C'est ce type de questions qu'il faut se poser pour que le processus d'évaluation à adopter colle autant que faire se peut sur une même méthodologie, pour encore une fois assurer une certaine constance, une plus grande objectivité et une meilleure validité des conclusions et des recommandations. Bref, avant de conclure à la pertinence d'un traitement spécialement indiqué pour la personne « dépressive » qui se trouve devant soi, il faut s'assurer à tout le moins qu'elle aurait pu faire partie de l'échantillon de personnes « dépressives » sur lesquelles ont porté les études et les recherches.

L'évaluation en continu

Il faut parfois plus que l'obtention simple d'un diagnostic « catégoriel » de dépression pour étayer ses recommandations. C'est ce que donne à comprendre le *DSM-5* :

« [L]e but, qui semblait alors plausible, d'identifier des populations homogènes pour le traitement et la recherche a conduit à la définition de catégories diagnostiques étroites qui ne capturent ni la réalité clinique ni l'hétérogénéité symptomatologique à l'intérieur des troubles mentaux, ni surtout le très important recoupement symptomatique retrouvé à travers de nombreux troubles mentaux¹⁸. »

Confirmer la présence soupçonnée d'un trouble mental pour élaborer des recommandations et un plan de traitement est certes une première étape importante, mais on ne peut tout prendre en considération au cours des seuls premiers entretiens. Toute personne étant unique, l'évaluation en continu s'avère nécessaire pour nuancer, relativiser le diagnostic psychologique premier ou pour recueillir des informations d'un autre ordre (influence du contexte social, culturel et économique sur la survenue, le maintien voire l'aggravation du trouble mental ; besoins ; valeurs ; ressources et motivations de la personne et de son milieu de soutien, etc.), le tout permettant d'ajuster, d'adapter voire de changer le plan de traitement en cours de route.

Le recours aux outils psychométriques

Le recours aux outils psychométriques, quels qu'ils soient, permet un apport significatif en matière d'évaluation dans un contexte où l'on ne disposerait que de quelques entretiens pour tirer des conclusions et formuler des recommandations. En fait, l'usage de ces outils s'inscrit dans une double perspective :

- diversifier les sources d'informations et les méthodes pour les recueillir ;
- obtenir de façon rapide et efficiente des informations significatives au regard du mandat confié.

Dauphin (2016) précise en ce sens ce qui suit :

« [D]ans certains cas, l'utilisation des tests comporte des avantages considérables. C'est le cas par exemple lorsqu'un diagnostic différentiel est requis, dans les situations d'impasses thérapeutiques, dans divers contextes psychologiques, etc. Les tests peuvent permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées ou faire l'objet de questions directes lors des entretiens. »

Pour déterminer la pertinence d'utiliser des outils psychométriques et en faire un choix judicieux, le professionnel mandaté devrait au préalable être en mesure de bien formuler ce sur quoi il doit conclure et ainsi s'assurer de la valeur ajoutée du recours à la psychométrie. Ce choix ne peut se faire en fonction de son intérêt ou de ses habiletés, bien qu'il faille avoir les connaissances et compétences nécessaires pour recourir aux outils psychométriques, mais bien en fonction de la validité et de la fidélité de ces outils, en tenant compte de leur efficacité et de leur efficacité relativement au mandat, pour éviter que leur usage mobilise à mauvais escient des ressources déjà limitées.

Le recours à certains outils psychométriques peut faire partie d'un protocole standardisé pour évaluer une problématique particulière, comme la dépression. Toutefois, il faut remettre en question les choix d'outils tributaires d'idéologies et de traditions au détriment de la rigueur scientifique et professionnelle attendue (Dauphin, 2016).

Desjardins (2016), s'appuyant sur les articles 47 et 48 du *Code de déontologie des psychologues*, précise en ces mots ce que l'on attend du professionnel qui utilise des tests psychométriques :

« Le psychologue doit bien connaître les tests qu'il utilise, être en mesure de faire état de leur utilité et limites sur le plan notamment de la validité et de la fidélité, de justifier leur utilisation en considérant la personne qu'il a le mandat d'évaluer, de les mettre en contexte, de nuancer les résultats obtenus, de les relier aux informations tirées d'autres sources et de les intégrer dans des conclusions qui rendent compte d'une compréhension globale de cette personne et de sa problématique. »

Conclusion

On constate cette tendance qu'ont les sociétés occidentales à placer les individus au centre et à attendre d'eux qu'ils soient « heureux ». On les trouve toutefois trop souvent seuls, isolés, responsables, coupables, honteux et déprimés si leur performance individuelle en matière de bonheur n'est pas à la hauteur.

Les normes sociales ou culturelles jouent possiblement sur la capacité des personnes à composer avec toute forme d'écart, d'incertitude, d'attente, d'inconfort, de malaise ou de mal-être, sur la présence et l'intensité de la souffrance, sur l'incitation à consulter de même que sur la « réponse » des intervenants et professionnels qui peuvent être interpellés pour les évaluer et les traiter¹⁹. Il faut, en pareil contexte, redoubler de rigueur pour tenter, autant que faire se peut, de tirer des conclusions objectives qui départagent « déprime » et dépression et soutenir, comme on l'a déjà fait dans certaines campagnes télévisuelles, que la dépression est bien une « maladie », que la personne qui en est affectée n'est ni responsable ni coupable et qu'elle ne pourrait que difficilement s'en sortir sans aide, à la seule force de sa volonté.

Notes

1. Notre soulignement. Extrait d'un document daté de décembre 2019 qui se trouve à l'adresse suivante : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Tiré de : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>.
3. *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois*, p. 25 (notre italique). Par ailleurs, l'acronyme WHO-CIDI tient pour *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* et le sigle ESCC, pour *Enquête sur la santé mentale des collectivités canadiennes*.
4. Joiner et ses collaborateurs rapportaient déjà en 2005 la présence documentée de biais rattachés aux questionnaires d'autoévaluation largement utilisés.
5. Le DSM-5 a remplacé cette expression par « trouble dépressif caractérisé ».
6. Medoff (2003) souligne que l'inventaire de Beck pour la dépression est un bon exemple d'outil dont les résultats peuvent être influencés par ce que veut démontrer la personne qui le remplit.
7. L'OPQ met à la disposition de ses membres une formation accessible sur le Web qui propose de faire en deux entrevues une évaluation diagnostique permettant de dégager des conclusions et recommandations utiles pour la personne qui consulte.
8. Contandriopoulos et ses collaborateurs (2016), se prononçant dans un mémoire remis au Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux, soulignent que :
« Dans la grande majorité des cas où il existe des problèmes de pertinence significatifs, le vrai problème réside en ce que des interventions potentiellement utiles sont offertes aux mauvais patients [...] »
9. Voir Joiner et ses collaborateurs (2005), de même que Hunsley et Mash (2005).
10. Traduction libre d'un passage qui se trouve à la p. 273 de l'article rédigé en anglais par les auteurs précités.

11. DSM-5, Introduction, p. 3.
12. *Ibid.*, p. 4. Notre italique.
13. Voir à cet égard Desjardins (2014), qui, dans une chronique professionnelle, traite de l'importance d'évaluer avant d'entreprendre une psychothérapie, en se référant entre autres au concept d'évaluation initiale rigoureuse.
14. C'est le qualificatif que nous utilisons ici pour désigner un traitement dont le processus est formalisé dans un manuel technique et qui est taillé sur mesure pour des clientèles particulières. On désigne souvent ces traitements comme des « traitements manualisés ».
15. Ce n'est pas le seul traitement qui soit indiqué, et il faut s'assurer de tenir compte également des besoins et des intérêts de la personne qui consulte avant de l'engager dans un traitement. De plus, la recherche évolue et le répertoire des TSE s'enrichit constamment.
16. L'évaluation des troubles mentaux, outre le fait qu'elle puisse être envisagée dans la perspective de recourir à des approches ou techniques dont l'efficacité a été démontrée pour le traitement de « conditions » particulières, peut également être requise pour accéder à des programmes-clientèles ou à des programmes spécialisés qui seraient liés à la présence d'un trouble mental en particulier.
17. Ces critères correspondent le plus souvent à ce qui se trouve dans les manuels de type DSM ou CIM. Par conséquent, ils peuvent être variables selon le manuel de classification utilisé. Il faut retenir ici que ces critères évoluent au gré des versions desdits manuels, ce qui peut avoir un impact sur la pérennité de la pertinence des traitements recommandés pour des personnes qui portent une même étiquette, mais qui, en raison des changements de critères, ne partageraient plus dorénavant les mêmes caractéristiques.
18. DSM-5, Introduction, p. 13.
19. Le DSM-5, dans son introduction, fait état de considérations de cet ordre.

TRAITER LES MANIFESTATIONS DÉPRESSIVES AVEC LA PSYCHOTHÉRAPIE COGNITIVE-COMPORTEMENTALE

D^r Alain Taillefer,
M. Ps., D. Ps., psychologue,
coordonnateur clinique
au Programme des troubles
anxieux et de l'humeur de
l'Institut universitaire en
santé mentale de Montréal

Le développement des traitements cognitifs-comportementaux (TCC) pour la dépression s'est déroulé en trois phases. Pendant la première, avec l'approche comportementale, la cible principale était les comportements. Durant la deuxième, avec l'approche cognitive, la cible était les pensées (cognitions). Plus récemment, ce sont des approches plus intégratives qui intéressent davantage les cliniciens, et les cibles sont plus directement les émotions.

Les premiers traitements pour la dépression se sont développés dans la foulée des découvertes des pionniers de l'approche comportementale tels que Watson, Skinner et Wolpe (1968). Ces thérapies misaient sur l'apprentissage qui résulte de l'association entre les comportements et les émotions. La psychothérapie pour la dépression visait à maximiser les activités qui ont un fort potentiel d'être associées à des émotions agréables et à diminuer les comportements qui ont un fort potentiel d'être associés à des émotions désagréables, dont l'impuissance. À cette époque, la pensée n'était pas une cible directe d'intervention. Les leviers thérapeutiques étaient par exemple la planification d'activités plaisantes, l'auto-observation et le développement de comportements incompatibles avec l'impuissance (résolution de problème, affirmation de soi, etc.).

Les découvertes de Beck relativement à la thérapie cognitive arrivent quelques années plus tard (Beck et al., 1979). De nouvelles avenues psychothérapeutiques s'offrent alors aux cliniciens : la restructuration cognitive, ainsi que la modification des croyances de base ou des schémas cognitifs (Young et al., 2017).

Depuis les trente dernières années, de nombreuses autres approches psychothérapeutiques de TCC s'offrent aux psychologues pour traiter la dépression. Ces nouveaux traitements mettent les émotions au premier plan. Ce sont, par exemple, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, l'activation comportementale et le protocole unifié pour le traitement transdiagnostique des troubles émotionnels.

Certains psychologues pourraient avoir l'impression de perdre leurs repères tant les nouvelles approches TCC émergent rapidement. Ils pourraient même avoir l'impression d'être complètement dépassés. D'autres pourraient vouloir modifier leur façon de travailler en fonction des nouvelles approches. Il importe de savoir que les traitements TCC traditionnels demeurent efficaces et pertinents pour les cliniciens en 2020. Une méta-analyse de 500 études englobant les 40 dernières années portait sur la psychothérapie pour la dépression. L'étude démontre que parmi les nombreuses nouvelles thérapies développées pour la dépression, aucune ne s'est avérée plus efficace que ses précédentes (Cuijpers, 2017).

Plus spécifiquement, il semble que les interventions dites de la troisième vague TCC (les approches plus intégratives) ne se démarquent pas non plus. Les résultats n'ont montré aucune différence entre les psychothérapies de troisième vague et les autres psychothérapies quant à l'efficacité ou l'acceptabilité pour les clients (Hunot et al., 2013). D'autres auteurs avancent que l'un des intérêts de ces nouvelles approches est l'intégration innovatrice à l'approche TCC d'éléments moins empiriques (ex. : les métaphores, l'acceptation, les valeurs, la spiritualité, la pleine conscience et la défusion). Cela peut être une façon de compléter les psychothérapies TCC qui avaient la réputation d'être plus mécaniques (Dimidjian et al., 2016).

Le CANMAT [Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments] (Parikh et al., 2016) présente pour sa part des recommandations aux cliniciens quant aux interventions à privilégier pour traiter la

Depuis les trente dernières années, de nombreuses autres approches psychothérapeutiques de TCC s'offrent aux psychologues pour traiter la dépression. Ces nouveaux traitements mettent les émotions au premier plan.

dépression. Selon ces recommandations, les types d'interventions TCC (et aussi celles d'autres approches théoriques) se distinguent quelque peu. Contrairement aux articles cités précédemment, les recommandations du CANMAT se basent à la fois sur l'analyse de plusieurs recherches et sur les recommandations d'experts dans le domaine. Dans le cas qui nous importe, le premier choix thérapeutique pour traiter la phase aiguë de la dépression est la combinaison de l'approche TCC et de l'activation comportementale. Pour la prévention des rechutes dépressives, on privilégiera l'approche TCC et l'approche cognitive basée sur la pleine conscience.

Dans le présent article, je traite les principales interventions TCC pour la dépression sur un pied d'égalité, même si le CANMAT relève certaines préférences. Le choix du psychologue quant aux interventions à utiliser pourra s'appuyer sur la complexité, les spécificités pouvant y être associées, les caractéristiques personnelles du client ou l'époque à laquelle l'approche a été développée. Votre jugement clinique pourra vous guider pour choisir vos interventions. Vous pourrez avoir la conscience tranquille, car les recherches ont démontré que ce sont tous des traitements efficaces pour la dépression.

Intervenir sur les comportements

Les différents mécanismes d'action (ex. : conditionnement, extinction de la réponse...) propres à l'approche comportementale se retrouvent aussi dans le traitement pour la dépression. Bien que je présente les différents mécanismes de façon distincte, il faut bien comprendre que tous ces éléments s'influencent entre eux.

Selon mon expérience clinique, les comportements sont particulièrement intéressants comme porte d'accès pour modifier l'état dépressif, étant donné qu'ils sont observables. Lors d'une formation sur l'approche d'activation comportementale à laquelle j'assistais, Christopher Martell avait dit cette phrase que je trouve tout à fait juste : « Plus la personne est dépressive, plus votre intervention devrait être simple. » Je tiens à spécifier que *simple* ne veut pas dire *simpliste*. Il ne faut pas oublier que la perte de concentration et de motivation font partie des symptômes dépressifs. Il peut être difficile pour le client de comprendre des concepts complexes ou même de se projeter dans une promesse de mieux-être à long terme. Les interventions comportementales peuvent être accessibles même pour vos clients les plus déprimés.

L'auto-observation du quotidien

Cet outil est un excellent point de départ à toute intervention comportementale. La grille des activités quotidiennes est simplement un tableau dans lequel le client écrit (soit toutes les heures, soit trois fois par jour, soit selon l'entente conclue avec vous) ce qu'il a fait et comment il se sent (en spécifiant l'émotion). À cela peuvent s'ajouter différentes variantes au gré de vos objectifs cliniques.

Le plus tôt possible, idéalement au début du suivi, il faut faire de **l'éducation psychologique** à propos de *l'hygiène de vie* et de *l'hygiène de sommeil*. Ce sont les bases du bon fonctionnement psychologique et elles sont malheureusement souvent mises de côté par les psychologues. Elles sont pourtant essentielles pour tout rétablissement de la dépression. Le retour sur les auto-observations du quotidien peut être l'occasion de présenter des faits par rapport à l'hygiène de vie et de sommeil. Le client pourrait vérifier ces faits en faisant des expérimentations dans son quotidien. De cette manière, le clinicien ne lui demande pas de le croire sur parole. Il lui suggère plutôt d'essayer de nouveaux comportements et d'observer l'impact qu'ils ont sur lui. Le psychologue ne se place pas dans une position d'un grand savant qui sait tout, mais plutôt dans celle d'une personne curieuse qui lui propose des alternatives en fonction des données scientifiques.

Revenons à l'auto-observation et à ses variantes. Selon le modèle classique, les psychothérapeutes demandent au client de noter le niveau de plaisir et de maîtrise de chacune de ses activités. L'idée est de maximiser les activités plaisantes et celles à fort niveau de maîtrise ou d'accomplissement, ce qui permettrait de contrer la dépression. On peut aussi se servir d'une grille pour planifier des activités plaisantes pour la semaine suivante. Le clinicien demande au client de noter ses prédictions par rapport à son vécu émotionnel pour chaque activité prévue, puis de noter ce qu'il a vraiment ressenti après l'activité. Ce test comportemental peut aussi être considéré comme une forme de restructuration cognitive. En effet, les prédictions (pensées automatiques) sont confrontées à la réalité lors de la réalisation de l'activité, ce qui permet la restructuration cognitive (Beck et Beck, 1995).

Selon un modèle plus récent (Martell et al., 2001), l'auto-observation vise des modifications plus fonctionnelles de la vie du client. Pour ce faire, le client continue de prendre en note ses comportements et ses émotions, puis le psychologue l'amène à faire des liens entre les deux. Le client est invité à dégager des tendances récurrentes (ex. : les matins sont difficiles et je reste au lit; lorsque le téléphone sonne, je me crispe et je ne réponds pas). Le registre émotionnel peut être très varié. Le client note de la tristesse, de la colère, de la joie, de la satisfaction, de la honte ou de l'anxiété. Il peut aussi quantifier l'intensité de l'émotion, par exemple de 1 à 10, 1 étant très faible et 10, très intense. L'idée qu'une même activité puisse provoquer une émotion ou des émotions différentes selon le contexte est aussi source d'intérêt pour le client (ex. : manger votre fruit préféré dehors au soleil, joie : 5; manger ce même fruit dans le métro bondé, irrité : 2).

L'observation en soi peut être thérapeutique pour le client, car elle lui permet d'avoir des prises de conscience essentielles. Le clinicien peut l'aider à s'observer et à modifier les comportements associés au maintien de la dépression en suivant différentes étapes (Addis et Martell, 2009) :

Le psychologue ne se place pas dans une position d'un grand savant qui sait tout, mais plutôt dans celle d'une personne curieuse qui lui propose des alternatives en fonction des données scientifiques.

1. Déceler les comportements et les situations qui dépriment le client;
2. Pour les comportements problématiques, l'aider à trouver des comportements alternatifs pouvant être adoptés dans ce contexte;
3. Le client doit adopter une attitude de chercheur, s'intéresser aux résultats de ses expériences sur son humeur, que ce soit agréable ou non;
4. Il est encouragé à essayer de nouveaux comportements dans un même contexte et à observer leurs effets sur son humeur;
5. Il est encouragé à évaluer les résultats de cette expérience et à continuer de nouvelles expériences pour les autres contextes qui le dépriment.

Les renforcements

Dans les premières versions de la thérapie comportementale, l'accent était davantage mis sur les *renforcements positifs* (ex. : activités plaisantes qui donnent le goût à la personne de reproduire un comportement). Dans les versions plus récentes, l'attention est mise sur les *renforcements négatifs* comme facteur de maintien de la dépression. Les comportements ayant un renforcement négatif sont ceux qui visent à diminuer la souffrance. Par exemple, si le client fait une sieste en après-midi pour éviter de ruminer, ce soulagement va faciliter le comportement de refaire une sieste. Ce nouvel intérêt pour le renforcement négatif mène le psychologue à faire davantage attention aux mécanismes d'évitement et à l'exposition pour contrecarrer le cycle de maintien de la dépression (Martell et al., 2001).

L'évitement

L'approche d'activation comportementale considère l'évitement au cœur du travail psychothérapeutique. L'évitement a souvent été associé au maintien des troubles anxieux; ce n'est que récemment que ce mécanisme de maintien a été transposé au traitement des clients en dépression (Dobson et Dobson, 2018). L'élément clef est de relever les *TRAP* (*trigger [contexte]; response [réaction]; avoidance pattern [comportement d'évitement]*) du client. Voici un exemple : *contexte* : seul à la maison le midi; *réaction* : tristesse, découragement; *comportement d'évitement* : boit un café plutôt que de se faire à manger. Bien que cela puisse paraître simple dans cet exemple, l'évitement peut être subtil (ex. : appeler un ami lointain plutôt qu'un ami d'enfance avec qui

le client a eu un conflit récemment). Le client s'active en appelant un ami lointain, mais évite en même temps d'appeler son ami plus significatif... L'évitement peut aussi être associé à des émotions agréables à court terme, par exemple le soulagement de ne pas faire le ménage ou le plaisir de boire de l'alcool. Ce qui peut être trompeur pour le clinicien tenté de renforcer ces comportements.

L'intervention ne se limite toutefois pas à modifier les pensées automatiques, même si elles sont la structure cognitive la plus directement accessible en clinique. L'organisation cognitive de la personne comprend ses pensées automatiques, ses croyances intermédiaires et ses croyances fondamentales.

L'exposition

L'exposition sert à contrer l'évitement. Elle permet à la personne d'être dans la situation qui génère une réaction désagréable suffisamment longtemps pour que les émotions deviennent moins intenses. Le client est invité à changer ses comportements habituels (TRAP) pour de nouveaux comportements qui visent l'exposition (TRAC : *trigger; response; alternative coping behaviors* [comportement alternatif]) [Martell et al., 2001]. Par exemple, la personne peut être encouragée à appeler son ami avec qui elle a un conflit et à s'exposer aux différentes émotions (honte, anxiété) émergeant durant la conversation téléphonique. L'objectif est de modifier des comportements qui contribuent au maintien de la dépression. Dans cet exemple, il y aura peut-être une souffrance associée au rejet de l'ami : c'est un risque qui doit être considéré dans la mesure où il y a aussi une souffrance associée à l'absence de cet ami. L'élément très intéressant par rapport à l'utilisation des TRAP et des TRAC est que le principe d'évitement émotionnel se retrouve comme moteur de maintien de la plupart des troubles anxieux et de l'humeur. Le clinicien peut donc aisément travailler sur des symptômes se rapportant à la fois à la dépression et à l'anxiété, ce qui n'est pas sans intérêt compte tenu de la très grande comorbidité de ces troubles. Le client peut utiliser l'exposition pour soulager éventuellement plusieurs souffrances (Farchione et al., 2017). De cela découle, dans une version encore plus intégrative, le traitement unifié pour les troubles anxieux et dépressifs que je présenterai plus loin dans l'article.

Intervenir sur les pensées

La restructuration cognitive

L'ajout d'interventions spécifiques pour les pensées fut une révolution pour l'approche comportementale. Depuis le développement de l'approche cognitive, l'approche comportementale et l'approche cognitive sont presque inséparables. Selon cette

dernière, ce n'est pas la situation qui cause la souffrance, mais bien son interprétation (pensée). Le clinicien s'intéresse aux pensées automatiques. Pour ce faire, il utilise différents moyens, comme demander tout simplement au client lorsqu'il vit une émotion intense de déterminer ce qu'il venait de se dire juste avant (Beck et Beck, 1995). Si un client ressent de la colère lorsqu'il reçoit une invitation d'un ami à son mariage, le clinicien pourrait lui demander ce qu'il vient de se dire ou les idées qui lui viennent en tête par rapport à cette invitation qui le met en colère. La personne pourrait relever des pensées telles que : je suis sans avenir, il ne devrait pas m'inviter, ou il veut me montrer à quel point sa vie va bien.

La personne doit faire la distinction entre ses pensées, ses émotions et le contexte dans lequel elles émergent. Pour ce faire, une grille d'auto-observation des pensées peut être utilisée pour noter la situation, les émotions et les pensées automatiques. Tout comme la grille d'auto-observation des comportements, cette simple étape peut être thérapeutique en soi. Par la suite, débute l'évaluation des pensées automatiques. Si elles sont irrationnelles, elles seront modifiées à l'aide de différents outils cliniques. Selon la logique de l'approche cognitive, changer une pensée irrationnelle associée à de la souffrance (ex. : je suis sans avenir) pour une pensée plus adaptée à la réalité (ex. : j'ai plusieurs défis actuellement) devrait modifier l'émotion et diminuer la souffrance. Si le psychologue utilise une grille d'observation des pensées automatiques, il peut ajouter une ou deux colonnes vides pour que le client puisse faire l'exercice de trouver une pensée plus adaptée si sa pensée est irrationnelle et pour noter l'effet de cette nouvelle pensée sur ses émotions (Beck et Beck, 1995). Il existe plusieurs types d'erreurs de pensées et aussi une grande variété de moyens pour les remettre en question. Toutes ces particularités ne seront pas approfondies dans le présent article ; le lecteur peut se référer à un livre classique : *Être bien dans sa peau* (Burns, 1994).

L'intervention ne se limite toutefois pas à modifier les pensées automatiques, même si elles sont la structure cognitive la plus directement accessible en clinique. L'organisation cognitive de la personne comprend ses pensées automatiques, ses croyances intermédiaires et ses croyances fondamentales. Les croyances intermédiaires sont souvent des règles intériorisées qui permettent de diminuer la souffrance associée aux croyances de base et aux pensées automatiques. Par exemple, une personne pourrait avoir dans le contexte d'un examen de mathématiques la croyance de base qu'elle est *inadéquate*, la *pensée automatique* qu'elle *n'y arrivera jamais*. Dans ce cas, la *croyance intermédiaire* pourrait être *si je travaille très fort, je pourrai m'en sortir*. La croyance intermédiaire permet à la personne d'adapter ses croyances aux situations de sa vie. Quoi qu'il en soit, d'après mon expérience, le traitement ne vise pas souvent les croyances intermédiaires : il vise davantage les pensées automatiques et les croyances fondamentales.

Ces dernières se sont développées durant la jeunesse par l'interaction de la personne avec ses figures significatives d'attachement. Les croyances fondamentales sont généralement globales, surgénéralisées et absolues (Beck et Beck, 1995). Le client peut utiliser un autre type de grille d'auto-observation pour ses croyances de base et il peut être amené à les confronter en cherchant des faits qui les appuient et qui les contredisent. Le but est d'ébranler la croyance du client pour la rendre plus flexible. Grâce à la remise en question de ses croyances qui sont associées au maintien de la dépression, le client peut faire de nouvelles expériences, et celles-ci viennent contredire ses croyances d'origine.

Bien que l'approche cognitive soit un traitement efficace pour la dépression, la nature exacte du changement qui mène à l'amélioration des clients fait l'objet de débats (Adler et al., 2015). La relation entre le changement de pensée et le mieux-être n'est peut-être pas causale et unidirectionnelle : des pensées moins dysfonctionnelles/plus adaptées peuvent favoriser une meilleure humeur, qui à son tour aide la personne à avoir moins de distorsions cognitives et plus de pensées fonctionnelles. Il y aurait donc un effet en boucle, et cette boucle serait l'image au miroir de la dynamique dépressive, où des cognitions négatives génèrent une humeur déprimée, et vice-versa. Bien qu'il reste encore plusieurs explications à trouver, il faut faire preuve d'humilité en tant que psychologue. L'explication exacte de l'efficacité de l'approche cognitive demeure plus ou moins claire, mais ce n'est pas une raison pour ne pas l'utiliser. Il en va de même pour plusieurs psychotropes visant la dépression (Moncrieff, 2018) : ils sont couramment utilisés en psychiatrie même si les mécanismes d'action sous-jacents peuvent faire l'objet de controverses.

Les schémas cognitifs

La thérapie des schémas de Young (Young et al., 2017) s'est développée il y a une vingtaine d'années. Jeffrey Young a élaboré son modèle psychothérapeutique en se basant sur la perspective actuelle des neurosciences concernant les relations entre le conditionnement émotionnel et les souvenirs traumatiques. Contrairement au modèle de Beck, il n'a pas voulu se restreindre aux croyances fondamentales (cognition). Les schémas précoces inadaptés sont constitués de souvenirs, d'émotions, de pensées et de sensations corporelles. Les schémas cognitifs portent sur la personne et sur ses relations avec les autres. Tout comme les croyances de Beck, les schémas se sont développés à l'enfance et à l'adolescence et se sont modifiés au cours de la vie de la personne. Les schémas ne sont pas un comportement, mais ce sont des stratégies individuelles pour s'adapter. Ces stratégies vont entraîner un style relationnel particulier. Cette approche ne vise pas directement le traitement de la dépression. Elle vise plutôt à aider le client à prendre conscience des éléments de personnalité qui émergent de ses schémas cognitifs.

Les modes relationnels rigides associés à des enjeux de personnalité sont souvent en comorbidité avec la dépression, ce qui rend particulièrement utile l'intervention sur les schémas. L'intervention peut être de nature comportementale, cognitive ou directement émotionnelle. C'est une des premières interventions TCC qui vise directement le travail des émotions. Le clinicien peut par exemple utiliser l'imagerie. Il peut décider d'intervenir sur les schémas ou sur les modes relationnels. Ces derniers sont un ensemble de schémas adaptés ou inadaptés qui sont actifs à un moment spécifique pour la personne. Il est suggéré d'utiliser les modes lorsque les éléments de personnalité sont importants et complexes.

Les modes relationnels rigides associés à des enjeux de personnalité sont souvent en comorbidité avec la dépression, ce qui rend particulièrement utile l'intervention sur les schémas. L'intervention peut être de nature comportementale, cognitive ou directement émotionnelle.

Intervenir plus directement sur les émotions, et de façon intégrative

La thérapie d'acceptation et d'engagement

Pour expliquer au client les mécanismes d'action de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*acceptance and commitment therapy [ACT]*), le clinicien peut utiliser différents modèles, dont l'Hexaflex et la Matrice (Schoendorff et Bolduc, 2014). L'avantage de la Matrice est qu'elle permet d'illustrer ce qui éloigne le client de ses valeurs en mettant en lumière tous les mécanismes d'évitement qui le maintiennent en dépression. La Matrice peut aussi servir de fiche d'auto-observation et d'instrument facilitant l'intervention clinique.

L'ACT se base principalement sur le conditionnement opérant et sur la théorie des cadres relationnels. Cette dernière se démarque de l'approche cognitive dans le sens où elle ne vise pas directement la modification de la cognition, mais plutôt un changement de perspective par rapport à cette cognition.

La flexibilité cognitive a toute son importance pour le rétablissement des clients dépressifs. En effet, le mode de pensée devient rigide, et la personne se referme sur elle-même. L'approche d'acceptation et d'engagement vise le développement de la flexibilité psychologique, entre autres, par la défusion. La défusion a pour objet de rendre plus flexible l'association entre la pensée et l'ensemble de l'expérience, d'accepter ce qui émerge, tout en choisissant une réponse à la souffrance qui est concordante avec ses valeurs (Neveu et Dionne, 2010). Si la défusion ne vise

L'intervention sous la forme de métaphores et d'exercices expérientiels permettent de contourner les effets néfastes du dialogue intérieur. L'intervention ACT se fait dans le moment présent, et pour cela, elle peut être facilitée par des exercices de pleine conscience.

pas la modification des pensées, l'intervention peut à bien des égards avoir plusieurs similarités avec l'approche cognitive (Hallis et al., 2016). Plutôt que de directement confronter les pensées automatiques avec la restructuration cognitive, le psychologue peut utiliser des métaphores et des exercices expérientiels qui permettront au client de se distancier de ses pensées. Par exemple, le clinicien peut demander à son client d'écrire ses pensées dépressives sur de petits papiers et de s'imaginer que son cerveau est un vendeur d'idées. Le client peut choisir d'acheter ou non les pensées qu'il a écrites, en se basant sur ses valeurs. Il peut être intéressant de combiner l'approche cognitive (elle vise directement les changements des pensées) à la défusion (une approche plus expérientielle) pour favoriser la flexibilité psychologique des clients dépressifs (Hallis et al., 2016). Les recherches démontrent que ces deux méthodes sont efficaces pour modifier les pensées, même si la façon de procéder diffère. L'une n'est pas plus efficace que l'autre pour aider à diminuer la souffrance (Yovel et al., 2014).

L'intervention sous la forme de métaphores et d'exercices expérientiels permettent de contourner les effets néfastes du dialogue intérieur. L'intervention ACT se fait dans le moment présent, et pour cela, elle peut être facilitée par des exercices de pleine conscience. L'activation comportementale, telle qu'elle est présentée plus tôt dans l'article, peut aussi être utilisée pour favoriser les actions que le client a engagées en cohérence avec ses valeurs. Dans le cas de la dépression, le psychologue peut mettre l'accent sur toutes les tentatives que le client a effectuées pour diminuer sa souffrance (comportements d'évitement) et l'aider à faire le constat que celles-ci n'ont pas fonctionné pour le sortir de sa dépression puisqu'il est venu chercher de l'aide. L'acceptation de la souffrance est proposée comme alternative à son évitement.

C'est là que les valeurs prennent tout leur sens, puisqu'elles permettent à la personne de choisir des comportements alternatifs en fonction de celles-ci. Ces comportements permettent l'exposition et donc l'expérience d'un nouveau vécu émotionnel (ex. : intérêt, compétence) par rapport à celui associé à l'évitement (ex. : souvent de la résignation, de l'ennui). Les valeurs du client peuvent être explorées en début de suivi parce qu'elles serviront de guide pour choisir les comportements alternatifs à l'évitement.

L'ACT propose aussi le soi comme contexte ou le soi observateur ; il s'agit là d'une perspective intéressante qui permet au client de prendre un recul sur la situation et d'avoir une vision plus globale de ses difficultés. Ce changement de perspective par rapport à soi et aux autres est très utile chez une personne dépressive (Neveu et Dionne, 2010). Le client est amené à observer son vécu intérieur en relation avec les événements de la vie. Par la suite, il est invité à donner un sens à ce qu'il observe en fonction de ses valeurs. L'activation du soi observateur peut être favorisée par des exercices de pleine conscience et par l'utilisation de différentes métaphores.

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT)

Cette approche a été développée pour la prévention des rechutes dépressives (Teasdale et al., 2000). Elle fait l'arrimage entre la thérapie cognitive et la pleine conscience. Plusieurs cliniciens peuvent être tentés d'omettre l'aspect cognitif, qui fait pourtant partie intégrante de cette psychothérapie. Le volet cognitif vise à dégager les pensées associées aux rechutes et à les modifier de façon conforme à l'approche cognitive de Beck. Toutefois, lors des exercices de pleine conscience, le client est amené à observer ses pensées sans chercher à les modifier : il doit se préserver de fusionner avec elles ou de vouloir s'en débarrasser. Les prises de conscience mènent souvent à des changements de comportements ou de pensées de façon intuitive pour le client, même si la MBCT n'a pas cet objectif spécifique.

L'intérêt de cette approche réside principalement dans le fait que la pleine conscience permet à la personne de s'exposer à sa souffrance sans chercher à l'éviter (Williams et al., 2014). Elle permet au client de vivre avec ses émotions désagréables et de les explorer. C'est de cette cohabitation qu'émergera un nouveau sens et possiblement un changement d'attitude ou de comportement. Selon les recommandations du CANMAT, cette intervention est particulièrement utile pour prévenir les rechutes dépressives. En effet, au lieu d'éviter la souffrance et de se remettre dans des conditions émotionnelles semblables aux rechutes dépressives précédentes, le client peut par la pleine conscience approcher ses émotions et y laisser émerger une nouvelle signification. L'acceptation de la souffrance et la bienveillance mettent la personne dans des prédispositions favorables à l'émergence de nouvelles expériences émotionnelles.

L'intervention MBCT est aussi efficace pour cibler directement la recrudescence des idées suicidaires, un facteur de risque accompagnant les rechutes dépressives. Elle permet de défaire, par les exercices de pleine conscience, l'association entre la dépression et les idées suicidaires (Barnhofer et al., 2015). Il est à noter que cette intervention n'est pas indiquée pour une personne avec des idées suicidaires envahissantes ; une intervention plus encadrée serait de mise afin de prévenir les risques de passage à l'acte.

Dans un tel cas, le clinicien pourrait se référer aux interventions proposées par Suicide Action Montréal.

Le modèle classique de la MBCT (Teasdale et al., 2000), qui prévoit huit rencontres, est souvent utilisé en contexte de groupe. Les premières rencontres ont pour objectif le développement de l'attention dirigée et les suivantes, l'acceptation des expériences (Segal et al., 2002). D'autres approches visant la pleine conscience existent. Entre autres, Linehan (1993) a conçu des exercices pour favoriser la pleine conscience chez les personnes ayant une personnalité limite. À l'hôpital où je travaille, les clients suivis pour une symptomatologie dépressive trouvaient souvent la version classique de la MBCT un peu trop complexe et ils préféraient les interventions plus concrètes de ce second modèle. Ce dernier n'a toutefois pas été validé pour les personnes dépressives. Le modèle de huit rencontres a été préservé, la fonction de chacune des rencontres aussi, mais la forme des exercices a été adaptée à notre clientèle. Par exemple, les concepts associés à la pleine conscience sont définis spécifiquement, et des exercices par étapes sont proposés pour la développer.

Le protocole unifié pour un traitement transdiagnostique

Ce traitement intégré vise plusieurs désordres émotionnels et peut très bien être utilisé dans un contexte de dépression (Barlow et Farchione, 2017). Cette approche intègre la plupart des composantes de l'approche TCC énoncées dans le présent article et permet les changements émotionnels. Les auteurs émettent l'hypothèse que la grande comorbidité entre les troubles anxieux, de l'humeur et de la personnalité provient du fait que les troubles affectifs ont des mécanismes sous-jacents semblables (le tempérament).

Selon le profil spécifique de chaque client, le psychologue met plus ou moins l'accent sur les différents mécanismes du changement :

- définir des objectifs et favoriser la motivation ;
- mieux comprendre ses émotions ;
- observer ses émotions en pleine conscience ;
- développer de la flexibilité cognitive ;
- diminuer les comportements d'évitement émotionnel ;
- mieux comprendre et confronter les sensations physiologiques ;
- faire de l'exposition émotionnelle.

Un des avantages de ce modèle est que le clinicien peut garder le même cadre d'intervention centré sur les émotions, peu importe la problématique anxio-dépressive que le client présente. Le but de ce protocole unifié est de diminuer chez le client la réaction de détresse associée à des émotions fortes, ce qui vient du même fait réduire sa tentation d'utiliser des comportements d'évitement pour gérer sa détresse. Ainsi, le cycle de maintien des émotions associées à la dépression peut se défaire. Ce modèle est cohérent avec l'approche TCC autant en ce qui concerne les interventions comportementales que les interventions cognitives. Par exemple : les mécanismes d'évitement, d'exposition et de flexibilité cognitive (restructuration cognitive) font partie intégrante de ce traitement. La façon d'aborder ces composantes TCC diffère toutefois, mais les fondements demeurent les mêmes (Sauer-Zavala et al., 2017).

Conclusion

Les traitements cognitifs-comportementaux pour la dépression se ressemblent. Ce qui les distingue le plus, c'est l'accent mis sur les comportements, les cognitions ou les émotions. Ils visent tous une diminution de la souffrance dépressive. L'auto-observation est incluse dans toutes les approches TCC, que ce soit par des grilles d'activités quotidiennes, des grilles de restructuration cognitive, la Matrice dans l'ACT ou des exercices de pleine conscience. Le client apprend à s'observer et à prendre une distance par rapport à sa dépression. Cette distance lui donne la possibilité de mieux connaître sa souffrance et d'en avoir moins peur. L'exposition à sa souffrance permet un nouveau vécu émotionnel et facilite des changements par lesquels le client se rapproche d'une vie qui le satisfait. L'important pour le clinicien est de choisir la voie qui est la plus naturelle pour lui et pour le client. De cette manière, le traitement et la prévention des rechutes dépressives se feront avec une saine collaboration.

MEILLEURES PRATIQUES EN INTERVENTION HUMANISTE

D^r Marc-Simon Drouin,
Ph. D., psychologue,
professeur titulaire et directeur
du Département de psychologie
de l'UQAM

La psychothérapie humaniste a démontré son efficacité pour un grand nombre de troubles mentaux (Elliott, 2002; Elliott et al., 2013; Lambert, 2013). Au-delà des techniques spécifiques développées par différentes approches au sein de l'orientation humaniste, l'intervention est caractérisée par les variables suivantes, qui sont communes à l'ensemble des approches qui proposent une intervention spécifique pour le traitement de la dépression (approche centrée sur le client; Gestalt-thérapie; psychothérapie centrée sur les émotions; psychothérapie gestaltiste des relations d'objet [PGRO]; psychologie du soi et intersubjectivité; psychothérapie existentielle).

- 1.** Un ancrage dans la phénoménologie, qui valorise le caractère unique de la personne.
- 2.** La dimension holistique, qui voit la personne tendre à unifier l'ensemble de son expérience.
- 3.** La pensée de la personne comme prise dans un mouvement permanent de croissance et de développement.
- 4.** La confiance dans une expérience de l'organisme humain fondée sur la conscience de soi.
- 5.** La croyance fondamentale dans les capacités d'autodétermination des êtres humains et de liberté de choix en fonction du degré de conscience de soi.
- 6.** La volonté de centration sur la personne pour en voir l'unicité et la dignité.
- 7.** La quête d'authenticité seule, susceptible de permettre l'intégration harmonieuse des expériences internes et externes.
- 8.** La primauté des émotions dans l'organisation psychique (Lecomte et Drouin, 2007).

Le trouble dépressif se caractérise par un ensemble de symptômes bien définis dans la taxonomie du *DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les manifestations les plus courantes de ce trouble sont l'humeur triste, la perte de plaisir, d'appétit, les perturbations du sommeil, une diminution de la capacité de concentration, des sentiments d'indignité, de culpabilité. Toutefois, la seule connaissance de ces symptômes et d'interventions spécifiques à chacun d'eux ne saurait être suffisante pour orienter l'intervention de psychologues et psychothérapeutes se réclamant de cette orientation théorique. L'expérience dépressive est singulière pour chaque client. L'organisation psychologique de chaque individu ayant été construite de façon unique, sa compréhension et son explication ne peuvent reposer que sur l'étude singulière de la personne, ce qui implique une exploration empathique détaillée de l'organisation de l'expérience subjective de cette personne.

Dans le court texte qui suit, nous tenterons de cerner ce qui sous-tend une intervention de type humaniste de façon générale et de comprendre l'expérience dépressive selon quelques modèles qui se réclament de cette approche, et nous présenterons un certain nombre d'interventions spécifiques pour le traitement du trouble dépressif. Nous nous attarderons tout particulièrement au modèle de psychothérapie centrée sur les émotions (Greenberg et Watson, 2006), soit le modèle ayant reçu le plus grand appui empirique à l'heure actuelle.

Organisation psychique et quête de sens

Il n'existe pas d'étiologie unique à la source du développement d'un trouble dépressif. Toutefois, l'ensemble des approches humanistes associent généralement à ce trouble la notion de perte. La perte peut être de plusieurs natures : perte de cohésion du self, perte de lien, de statut, de sécurité, de perspectives d'avenir. L'incapacité pour une personne d'assimiler ces pertes se traduit en manifestations symptomatiques caractéristiques. Il ne saurait être question de prescriptions spécifiques d'interventions selon la nature des pertes auxquelles est confronté un client. Ces pertes sont vécues par un individu unique et sont la manifestation de réalités tout aussi uniques.

L'expérience subjective de soi et de l'environnement est au cœur de toute intervention d'orientation humaniste. Il n'y a pas deux clients qui souffrent d'un trouble dépressif de la même manière. La quête du sens de leur expérience et des besoins de cohésion de l'organisation psychique est une préoccupation primordiale pour les thérapeutes humanistes. Il s'agit de l'une des motivations fondamentales du fonctionnement psychique des individus. Lors de l'expérience dépressive, c'est essentiellement ce besoin de cohésion de l'organisation psychique qui est atteint. Les récentes découvertes en neurosciences apportent un appui empirique manifeste à l'importance du besoin de cohésion (Schore, 2008, 2009).

Le stress imposé par les difficultés relationnelles (ruptures, tensions interpersonnelles récurrentes), les blessures narcissiques ou les traumatismes précipite la perte de la cohésion psychique. Le trouble dépressif est l'une des manifestations de cette perte de cohésion.

Pour Baker (1991), la réalité interne d'un individu est beaucoup plus significative que sa réalité externe. Ce faisant, nous centrer uniquement sur les manifestations symptomatiques du trouble dépressif serait une erreur si nous ne tenons pas d'abord compte des besoins d'organisation de l'expérience subjective de l'individu. La cohésion de l'organisation subjective de soi s'acquiert dans le contact avec notre environnement relationnel précoce.

La façon dont nous vivons et assimilons les événements de notre vie est modulée par notre perception du soutien disponible dans notre environnement. Cette perception est largement influencée par nos expériences relationnelles précoces. Ainsi, l'enfant continuellement privé de soutien relationnel devient, adulte, vulnérable lorsqu'aux prises avec des pertes, car il est incapable de maintenir son estime de soi de façon relativement autonome. C'est toute son organisation psychique qui est menacée, et le risque de trouble dépressif devient très saillant.

Le stress imposé par les difficultés relationnelles (ruptures, tensions interpersonnelles récurrentes), les blessures narcissiques ou les traumatismes précipite la perte de la cohésion psychique. Le trouble dépressif est l'une des manifestations de cette perte de cohésion. Le client ne peut alors faire appel à ses capacités de régulation de son expérience pour retrouver son équilibre narcissique.

Les symptômes dépressifs sont des manifestations directes de la perte de cohésion du soi ainsi qu'une expression affective de cette perte. Ils consistent en des efforts pour tenter de réguler des affects insupportables de cette perte ainsi qu'en une tentative d'expression des besoins fondamentaux du soi.

Les symptômes dépressifs se déploient en général selon la séquence suivante :

1. Une perturbation d'une relation significative, un trauma ou encore une blessure narcissique.
2. Une perte de cohésion du soi en réponse à ces perturbations.
3. L'apparition de symptômes dépressifs.
4. Des efforts pour restaurer le soi.

Le travail thérapeutique ne portera donc pas uniquement sur la réduction de l'intensité des symptômes, mais bien sur la compréhension des efforts du client pour retrouver la cohésion

du soi et visera à l'aider à développer des stratégies alternatives à celles qui ont contribué à l'apparition du trouble dépressif. Pour l'ensemble des approches humanistes, ce travail thérapeutique s'ancrera dans une relation thérapeutique comportant plusieurs caractéristiques essentielles (Lecomte et al., 2004). Le thérapeute proposera un climat empathique, respectueux, dénué de tout jugement. Il verra également à développer et à maintenir une alliance thérapeutique manifeste lui permettant d'accompagner pas à pas son client dans l'exploration et la résolution de ses difficultés.

De son côté, Delisle (2004) avance que la personnalité peut être vue comme le système immunométabolique de la psyché. Elle se construit selon un parcours développemental qui lui permet de métaboliser les enjeux inhérents au développement psychique (attachement, estime de soi, éros/éthos). C'est à la personnalité qu'il appartient de repérer dans l'environnement les nourritures psychiques propres à assurer notre santé et notre développement continu. Des déficiences structurelles dans la personnalité, causées par des expériences d'abus, de négligence prolongée ou continue, peuvent amener les personnes à être particulièrement prédisposées à développer diverses psychopathologies, dont des troubles dépressifs. Delisle mentionne que même les personnes bien portantes peuvent souffrir, de manière situationnelle, de troubles psychologiques nécessitant une intervention psychothérapeutique. Cela se produit si l'intensité des facteurs de stress est telle que les capacités métaboliques et immunitaires de la psyché sont débordées. Les possibles pertes que peut rencontrer une personne dans sa vie peuvent révéler des fragilités immunométaboliques, mais elles peuvent également être le résultat de facteurs de stress multiples et importants. La qualité du fonctionnement de la personnalité guidera grandement la nature des interventions utilisées lors du processus thérapeutique; celles-ci pourront viser principalement la réduction des symptômes et l'ajustement psychologique ou nécessiter un travail à visée transformative afin de modifier ou de bonifier le fonctionnement du système immunométabolique psychique. Ce modèle d'intervention a reçu un certain nombre d'appuis empiriques (Cyr et Mercier, 2012; Drouin, 2012) et respecte dans une large mesure les principes thérapeutiques identifiés par Castonguay et Beutler (2006).

Les changements psychothérapeutiques les plus profonds sont ceux réalisés autour des besoins, buts et émotions du client, donc les éléments centraux de sa personne, et non pas autour des cognitions ou des comportements.

La psychothérapie centrée sur les émotions

Bien que toutes les psychothérapies d'orientation humaniste visent une meilleure régulation émotionnelle et une quête de sens de l'expérience dépressive, le modèle développé par Leslie Greenberg et Jeanne Watson (2006) propose une approche singulière et empiriquement validée du travail du trouble dépressif. Ce modèle de psychothérapie consiste en une intégration des composantes relationnelles de l'approche centrée sur le client de Carl Rogers (1951) et des techniques thérapeutiques issues de la Gestalt-thérapie (Perls et al., 1951).

La psychothérapie centrée sur les émotions (PCE) offre une panoplie de techniques d'intervention spécifiques qui, utilisées à même le modèle développé par Greenberg et Watson (2006) ou associé à une autre modalité d'intervention (psychologie du soi, psychothérapie gestaltiste des relations d'objet), s'avèrent très efficaces.

Pour la dépression, la PCE vise à aider les gens à réguler leur fonctionnement affectif en les aidant à traiter leur expérience émotionnelle afin qu'ils soient en mesure d'accéder à des réponses émotionnelles adaptatives. Ces réponses émotionnelles adaptatives les aident à moduler leurs réactions affectives et à combattre les sentiments dépressifs inadaptés d'impuissance, de désespoir et de mépris de soi, ainsi que ceux de peur, de tristesse et de honte sous-jacentes.

Le modèle de Greenberg et Watson accorde une place centrale à l'émotion dans le processus thérapeutique. Ces auteurs expliquent que les émotions sont les fondements préverbaux de l'existence humaine. Les émotions, ou leurs précurseurs ontogénétiques chez le petit enfant, empreignent les premiers apprentissages de l'être humain, bien avant la formation de la représentation. Une personne se souvient de ses toutes premières années de vie avant tout en termes de sensations, d'odeurs, de goûts, de sons et de sentiments à la fois flous sur le plan des contenus et précis sur le plan des contours expérientiels. Ce ne sont ainsi pas les pensées ni les croyances ou représentations cognitives qui donnent à la personne la direction à sa vie, son goût de vivre, sa vitalité et son expérience immédiate; ce sont les schèmes émotionnels qui intègrent les perceptions, les émotions, les motivations, les cognitions et les actions. De plus, les émotions sont au cœur du processus thérapeutique en tant que dialogue interpersonnel spécifique. Les changements psychothérapeutiques les plus profonds sont ceux réalisés autour des besoins, buts et émotions du client, donc les éléments centraux de sa personne, et non pas autour des cognitions ou des comportements. Le changement émotionnel concerne l'identité même de la personne, les fondements de son système d'attachement et ses capacités de représentation et d'interaction. C'est le cœur du changement même, souhaité tout d'abord par le client lui-même.

Greenberg et Watson identifient plusieurs catégories d'émotions :

1. Les émotions primaires adaptatives, qui favorisent l'orientation vers le monde et la résolution de problèmes.
2. Les émotions primaires non adaptées. Ces émotions étaient autrefois des réponses adaptées développées comme stratégies de survie en réaction aux craintes de perte, de destruction de soi, d'humiliation et de négligence vécues dans l'enfance (par exemple, la peur associée au danger d'approcher une figure d'attachement nuisible). Ces émotions ne fournissent pas d'information adaptative pour guider l'action, elles ne changent pas en fonction des circonstances, et lorsqu'elles sont exprimées, elles ne fournissent pas d'orientations adaptatives pour résoudre les problèmes, et laissent plutôt la personne dans un état de blocage, de perte d'espoir et d'impuissance qui est caractéristique du trouble dépressif.

Le travail thérapeutique consiste donc à accéder aux émotions primaires adaptatives pour aider le client à symboliser leur aspect adaptatif, et à évoquer les émotions non adaptées pour les rendre susceptibles de changer en les exposant à de nouvelles informations et à de nouvelles expériences relationnelles.

Greenberg (2019) met en évidence six processus émotionnels qui peuvent guider le travail du thérapeute utilisant la PCE :

- 1) la prise de conscience de ses émotions par la symbolisation de ses expériences émotionnelles au moyen de la verbalisation ;
- 2) l'expression de ses émotions les plus profondes en mots ou en actions ;
- 3) la régulation émotionnelle ;
- 4) la réflexivité, qui permet à la personne de donner un sens à son expérience ;
- 5) la transformation d'une émotion (non adaptée) par le remplacement par une autre émotion (mieux adaptée) ;
- 6) le vécu d'une nouvelle expérience qui permet de transformer l'émotion associée à une expérience préalable. Le travail sur ces processus émotionnels est facilité par la construction d'une relation thérapeutique empreinte d'empathie et génératrice de sécurité pour la personne qui vient consulter.

En ce qui a trait plus précisément au traitement du trouble dépressif, Greenberg et Watson reconnaissent trois formes de dépression spécifiques :

1. Une dépression autoblâmante, accompagnée de forts sentiments d'indignité, de honte et d'humiliation. Un sentiment d'incapacité à atteindre des normes sociales internalisées.
2. Une dépression due à une ou des situations inachevées avec une ou plusieurs figures significatives.
3. Une dépression vide, sans vraiment de caractéristique particulière en dépit d'un fort sentiment d'impuissance.

Ces trois formes de dépression impliquent une perte de la cohésion du soi. Le sens de cette expérience dépressive échappe à la personne, ce qui contribue à l'apparition et au maintien des symptômes dépressifs.

Le travail thérapeutique consiste donc à accéder aux émotions primaires adaptatives pour aider le client à symboliser leur aspect adaptatif, et à évoquer les émotions non adaptées pour les rendre susceptibles de changer en les exposant à de nouvelles informations et à de nouvelles expériences relationnelles.

Les trois formes de dépression ne sont pas nécessairement spécifiques dans leurs manifestations symptomatiques, mais Greenberg et Watson nous invitent à être particulièrement attentifs à la présence de marqueurs qui nous mettent sur la piste d'une des trois formes spécifiques d'expériences dépressives. Les marqueurs sont des verbalisations ou des comportements du client qui attirent l'attention du thérapeute sur divers aspects de son fonctionnement susceptibles de nécessiter une intervention. Ces marqueurs inviteront le thérapeute à utiliser des techniques spécifiques afin de résoudre l'expérience dépressive.

Marqueurs et interventions

Dépression autoblâmante

Un indicateur de la présence d'une dépression autoblâmante est la présence chez le client d'un discours très autocritique et peu spécifique. Dans cette situation, Greenberg et Watson suggèrent l'utilisation du dialogue à chaise vide.

Ce type d'intervention vise à établir un dialogue entre deux parties du self du client qui semblent clivées. Une partie autocritique, sévère et peu spécifique, et une partie accablée, vulnérable et impuissante. Le discours très critique et peu spécifique a comme conséquence de maintenir la personne dans un état dépressif sclérosé. Toute l'énergie psychique du client réside dans la partie critique, ce qui fait en sorte que la partie vulnérable se sent de plus en plus accablée. Le dialogue entre les deux parties du self devrait permettre au client d'avoir accès à ses réels désirs et besoins et à la partie critique de devenir l'alliée du client dans cette quête de satisfaction des besoins.

Dépression en lien avec des situations inachevées

Lorsque le thérapeute détecte dans le discours du client des éléments en lien avec des situations inachevées avec des personnes significatives de son entourage, que ce soit du ressentiment, de la rancune, de la terreur, etc., les auteurs nous suggèrent aussi d'utiliser la technique du dialogue à chaise vide. Cette technique consiste essentiellement à amener le client à imaginer que la personne significative en question se trouve devant lui et à établir un dialogue avec elle. Le but est principalement de permettre au client une meilleure affirmation de soi, de rendre

l'autre responsable de ses gestes, de développer des représentations de soi et de l'autre plus réalistes et d'avoir des attentes plus ajustées aux réelles limites de l'autre.

Dépression vide

Il arrive que le thérapeute repère chez son client une difficulté à ressentir clairement ce qu'il éprouve dans une ou plusieurs situations. Le client ne semble pas réagir à une situation manifeste, mais plutôt faire face à une expérience floue de vide et d'absence de signification. Les sentiments de confusion à propos de cette expérience, où le client n'arrive pas à définir clairement l'expérience émotionnelle, peuvent être source d'une expérience dépressive importante.

Dans cette situation, Greenberg et Watson suggèrent au thérapeute d'utiliser la technique du focusing, inspirée de Gendlin (1978), afin de permettre au client de libérer en lui un espace intérieur favorisant la prise de conscience d'émotions non symbolisées. En ayant accès aux émotions non symbolisées, le client peut retrouver la dimension adaptative de ses émotions et poser des actions adéquates en fonction de ce qu'il éprouve vraiment et se sortir d'une situation d'impuissance manifeste.

Il est rare que, comme thérapeutes, nous nous retrouvions devant une forme pure et exclusive d'expérience dépressive, et c'est pourquoi Greenberg et Watson recommandent au thérapeute de rester attentif à la présence des différents marqueurs tout au

cours du processus thérapeutique et d'ajuster son intervention à ce qui émerge de façon continue dans l'expérience du client. Il est à noter toutefois que dans les trois types de dépression, l'évolution du travail thérapeutique nous amène à pouvoir transformer des schèmes émotionnels inadaptés en de nouveaux schèmes permettant un meilleur ajustement avec l'environnement.

Conclusion

Nous ne saurions terminer ce texte sans insister sur l'importance de la personne du thérapeute dans le traitement du trouble dépressif. En effet, aucune modalité d'intervention ne saurait remplacer la présence empathique, authentique, fiable, validante du thérapeute dans le lien thérapeutique (Lecomte et al., 2004).

Les modèles d'intervention humaniste dont nous avons fait part ici respectent en très grande partie les principes thérapeutiques reconnus comme étant efficaces dans le traitement du trouble dépressif tels qu'ils sont énoncés par Castonguay et Beutler (2006). Ces principes couvrent les variables associées au client, à la personne du thérapeute, à la relation thérapeutique ainsi qu'aux techniques spécifiques.

Les thérapeutes de toutes les orientations théoriques devraient consulter la liste de ces principes et les ajuster à leur cadre d'intervention particulier afin de pouvoir optimiser l'efficacité de leur intervention.

MEILLEURES PRATIQUES EN INTERVENTION PSYCHODYNAMIQUE

D^r Serge Lecours,
Ph. D., psychologue,
professeur titulaire au
Département de psychologie
de l'Université de Montréal

La psychothérapie psychodynamique (PP) comprend un ensemble de méthodes d'intervention qui ont reçu un large soutien empirique lorsqu'appliquées au traitement des troubles dépressifs. Avant d'en faire une brève recension, il nous faut esquisser une compréhension psychanalytique de la dépression en vue d'éclairer la logique des interventions typiques de cette approche. Cette tâche est semée d'embûches puisque la complexité marque la multitude des conceptions psychanalytiques (il y a aujourd'hui plusieurs psychologies psychanalytiques : voir Pine, 1990 ; Safran, 2012) ainsi que la variété des formes cliniques de la dépression. Ce qui suit est donc une synthèse, une simplification, qui a privilégié la clarté des formulations et la proximité des contributions théoriques aux mises à l'épreuve empiriques.

Modèles psychodynamiques de la dépression clinique

Ce que l'on entend habituellement par « trouble dépressif » est le syndrome clinique désigné dans la cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 : American Psychiatric Association [APA], 2013)* par l'expression « Trouble dépressif caractérisé » (anciennement « Trouble dépressif majeur »). Une seconde forme de dépression reconnue est le « Trouble dépressif persistant » (dont surtout le « Trouble dysthymique »). Ces troubles sont définis à partir d'un ensemble de signes et de symptômes qui, bien qu'ils ne soient pas ignorés par le clinicien inspiré par les théories psychanalytiques, ne lui permettent pas de préciser les cibles de l'intervention à envisager.

De façon générale, ce ne sont pas directement les symptômes que le clinicien d'approche psychodynamique cherche à modifier par la psychothérapie, mais plutôt des mécanismes psychologiques qui sont sous-jacents à ces symptômes et qui en sont responsables. Les mécanismes psychologiques qui ne sont pas efficaces à réguler les émotions, le soi et les relations, peuvent faire émerger des types de souffrance qui sont au centre de l'expérience dépressive telle qu'elle est habituellement conçue. Ces souffrances se manifestent donc par des affects dépressifs. C'est donc par la modification de ces mécanismes que la PP tente de réduire les affects dépressifs. Certains de ces mécanismes psychologiques, surtout inconscients (ou implicites ou non déclaratifs), sont décrits plus loin. La recherche fondamentale a montré que ces mécanismes pouvaient être abordés empiriquement (Weinberger et Stoycheva, 2020 ; Westen, 1998). À noter ici, les affects dépressifs sont à distinguer de la tristesse qui, elle, constitue une souffrance normale ou adaptative (Bonanno et al., 2008 ; Izard, 2000), au cœur de la capacité à s'endeuiller ou à faciliter des changements psychologiques (Briand-Malenfant et al., 2010 ; Lecours, 2016).

Une taxonomie spécifiquement psychanalytique tend à reconnaître trois formes principales à ces manifestations d'affects dépressifs, soit : 1) un style de personnalité dépressive ; 2) une forme de dysthymie ; 3) une forme de dépression majeure (voir le *Psychodynamic Diagnostic Manual*, 2^e édition [PDM-2] : Lingardi et McWilliams, 2017). Les mécanismes psychologiques sous-jacents à ces trois entités cliniques sont largement similaires et agissent à des degrés divers de sévérité. Cette taxonomie n'est pas mutuellement exclusive avec celle du *DSM-5*, surtout pour ce qui est

De façon générale, ce ne sont pas directement les symptômes que le clinicien d'approche psychodynamique cherche à modifier par la psychothérapie, mais plutôt des mécanismes psychologiques qui sont sous-jacents à ces symptômes et qui en sont responsables.

de l'axe descriptif des symptômes (axe S) du *PDM-2*, qui rejoint les catégories du *DSM-5* en élargissant la description (ici, les « dysthymie » et « dépression majeure »). Des auteurs inspirés par les théories psychanalytiques ont mis en évidence de nombreuses formes cachées ou détournées de souffrances qui trahissent des mécanismes dépressifs opérant « sous le radar », mais qui ne se manifestent pas par des affects dépressifs avérés (dépression essentielle, larvée, masquée, renversée par l'usage de défenses maniaques, agie dans l'agression physique contre soi, etc.). Puisque la recherche sur les psychothérapies découpe les clientèles étudiées sur la base des critères du *DSM-5*, plus particulièrement du « Trouble dépressif caractérisé » (dépression majeure), les entités diagnostiques qui lui sont compatibles serviront de point d'ancrage pour la présentation des mécanismes psychologiques inconscients à considérer pour la psychothérapie psychanalytique.

Selon les travaux psychanalytiques, de nombreux mécanismes psychologiques peuvent faire émerger des affects dépressifs : hostilité (retournée contre soi, par exemple), culpabilité, honte, estime de soi défaillante (fragilités narcissiques), anxiétés de persécution, déficits du moi/soi, masochisme, identification à des parents dépressifs, impuissance associée à l'expérience de traumas, etc. (voir Bleichmar, 1996). Plusieurs typologies psychanalytiques des problèmes dépressifs ont distingué les modèles de la dépression selon deux configurations de mécanismes psychologiques et d'expériences subjectives : autour de l'**autocritique** d'une part et de la **dépendance** d'autre part (Arieti et Bemporad, 1980 ; Blatt, 2004 ; Bleichmar, 1996). Ce modèle à deux configurations permet d'organiser les multiples mécanismes psychologiques dégagés par les travaux psychanalytiques sur la dépression et de leur donner sens.

Les mécanismes autocritiques ont dominé les formulations psychanalytiques de la dépression depuis Freud. L'affect dépressif est conçu comme émanant de l'expérience du moi « attaqué » par un surmoi trop sévère (Freud, 1917/2005), par un idéal du moi trop exigeant (Bergeret, 1975), par des objets internes hostiles (Klein, 1935/1976) ou à la suite d'un retournement de l'hostilité de l'individu sur lui-même (Jacobson, 1971/1985). Cette vision de la dépression laisse entrevoir un monde interne en conflit, le lieu d'un combat interne. Ce type de souffrance ne permet pas le deuil puisque la tristesse est « compliquée » par des émotions et des mécanismes de défense qui viennent entraver son potentiel de travail en faveur du changement (la tristesse ne peut demeurer au centre de l'expérience à cause de la honte, de la culpabilité, de la colère, etc., qui lui est associée et à cause des moyens employés pour réguler ces états dysphoriques). L'expérience subjective dépressive autocritique est teintée de culpabilité, de honte, d'une perte de l'estime de soi, entre autres.

Les modèles orientés autour des enjeux de dépendance mettent en évidence l'impact de pertes précoces, où l'autre perdu assurait une fonction vitale pour le moi qui perd ainsi une partie de

lui-même (perte d'un objet narcissique « non perdable ») [Bergeret, 1975; Winnicott, 1974/2000]. Ces modèles abordent également les manques de « provision émotionnelle » qui laissent l'individu dans l'expérience du manque d'un « bon objet interne » qui assurerait les bases de l'intériorisation d'une fonction auto-soignante de soi (autovalorisation, autocompassion, autoprotection) [Kohut, 1971/1974]. Dans ce modèle, le monde interne est miné par un déficit. La souffrance dont il est question ici est souvent « non formulée » (Stern, 1997), ou mal mentalisée (Allen et al., 2008; Luyten et al., 2019; Luyten et al., sous presse), car l'impact traumatique de la perte précoce n'a pas pu être élaboré par l'enfant, débordé par un état de détresse primaire ou d'agonie, qui est réactivé chez l'adulte confronté à une perte (Chabert et al., 2005; Lecours, 2016). L'expérience subjective dépressive dépendante orbite autour de sentiments de vide, de manque, d'impuissance, d'anhédonie, entre autres.

Les travaux de Sidney Blatt (Blatt, 2004; Blatt et Luyten, 2009; Luyten et Blatt, 2012, 2013) font une synthèse contemporaine de cette typologie, dont plusieurs aspects ont été soumis à l'examen empirique. Selon Blatt, le développement de la personnalité fait interagir deux processus fondamentaux dans une dialectique complexe : les besoins de définition de soi (*self-definition*) et les besoins relationnels ou d'affiliation (*relatedness*). La psychopathologie de l'adulte en général, et l'expérience dépressive en particulier, émane de ruptures dans ces enjeux de développement, en fonction de la prédominance des processus mis à l'épreuve. Deux styles dépressifs associés aux enjeux de définition de soi et d'affiliation ont donc été établis : le style autocritique/introjectif et le style dépendant/anaclitique, respectivement. La dépression autocritique est caractérisée par des sentiments d'infériorité, d'échec, de culpabilité. Les personnes dépressives selon un mode autocritique sont impitoyables dans leur jugement de soi et elles craignent la critique ou la perte de l'approbation des autres. Elles sont souvent perfectionnistes et s'imposent des standards de réussite exagérés qui mènent rarement au sentiment de réussite. L'affect dépressif est souvent stimulé par une perte d'estime de soi ou l'impression de ne pas avoir été à la hauteur. La dépression anaclitique est quant à elle caractérisée par des sentiments de solitude, d'impuissance ainsi qu'une peur chronique de l'abandon. L'individu dépendant présente un profond besoin d'être aimé et protégé. Les autres sont valorisés principalement pour les soins qu'ils peuvent procurer, et ce, à cause de l'intériorisation incomplète d'expériences de gratification de ces besoins. L'épisode dépressif est souvent précipité par une expérience de perte ou d'abandon. En plus d'être à la source des affects dépressifs, ces facteurs de la personnalité (d'autocritique et de dépendance) forment les bases d'une vulnérabilité à de futurs épisodes dépressifs (Luyten et Blatt, 2007). Ces deux ordres d'enjeux ne sont évidemment pas mutuellement exclusifs. Par conséquent, chaque expérience dépressive combine ces deux types d'enjeux développementaux et de souffrance, bien que l'une d'elles puisse souvent en venir à prédominer.

Pour la majorité des psychologues inspirés par les théories psychanalytiques, ces deux formes de dépression se déclinent également selon les trois registres d'organisation de la personnalité, à savoir névrotique, borderline (ou limite ou narcissique-identitaire) et psychotique (Bergeret, 1975, 2012; Jacobson, 1971/1985; Lingardi et McWilliams, 2017; McWilliams, 2011; Roussillon et al., 2014). Il serait trop long d'expliquer ici comment se manifestent l'autocritique et la dépendance en fonction des trois registres d'organisation de la personnalité, mais la qualité de l'expérience de ces formes de fonctionnement et de souffrance est modulée par le niveau de développement de l'identité, des défenses, de la qualité des relations d'objet intériorisées, de la nature de l'agression, du niveau d'intégration des valeurs morales, de la qualité du narcissisme et de la robustesse de l'épreuve de la réalité du client dépressif (Kernberg, 1984/1989; Stern et al., 2010).

Cette discussion des modèles de la dépression vise à dégager les implications d'une évaluation des mécanismes à l'œuvre chez la personne dépressive en vue de la planification de l'intervention psychologique. Avant que nous entrions dans l'articulation de stratégies d'intervention différenciées, une révision rapide des caractéristiques des interventions de la PP est de mise.

[...] la PP a pour but de modifier les mécanismes psychologiques sous-jacents aux symptômes à l'aide d'interventions (l'interprétation, par exemple) visant à jeter plus de lumière sur l'action de ces mécanismes dans le contexte des relations interpersonnelles [...].

Psychothérapies psychodynamiques de la dépression : mécanismes d'action

Essentiellement, la PP a pour but de modifier les mécanismes psychologiques sous-jacents aux symptômes à l'aide d'interventions (l'interprétation, par exemple) visant à jeter plus de lumière sur l'action de ces mécanismes dans le contexte des relations interpersonnelles, avec un intérêt particulier pour la relation thérapeute-client (transfert). Typiquement, ces mécanismes peuvent s'exprimer dans des représentations internes inconscientes (implicites) qui organisent les relations que l'individu entretient avec les autres et avec lui-même. Cela est vrai quel que soit le type de symptôme, l'affect dépressif en étant un. C'est pourquoi les modèles mis à l'épreuve empirique ont une portée trans-diagnostique et peuvent être ajustés au traitement de plusieurs problématiques grâce à des aménagements mineurs (pour une introduction à des modalités « généralistes » de la PP, voir entre autres : Maroda, 2010; McWilliams, 2004; Summers et Barber, 2010).

La PP est souvent décrite sur un continuum reposant sur le niveau de « concentration » des interventions qui favorisent l'insight

(ou l'exploration ou l'expression) d'une part et le soutien d'autre part (Gabbard, 2014). Ainsi, la psychanalyse classique, ou cure type (divan, association libre, fréquence des rencontres – trois fois par semaine ou plus, neutralité de l'analyste), se trouve à un extrême de ce continuum et est configurée de façon à produire une plus haute teneur en expérience d'exploration de soi et en émergence de contenus mentaux inconscients. L'outil technique privilégié à cet effet est l'interprétation (Gabbard, 2017). À l'autre extrême du continuum exploration-soutien, la psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique (Rockland, 1989) vise à renforcer le fonctionnement de la personnalité par des interventions plus actives avec un impact relationnel plus direct et immédiat sur l'expérience du client (renforcement de l'alliance, validation, éducation, etc.). Entre ces deux extrêmes existe une gamme de PP qui mêlent l'exploration et le soutien en plaçant sur ces deux objectifs et types d'intervention un accent variable en fonction des besoins du client. Si l'on généralise grossièrement, le type de PP va être associé au niveau d'organisation de la personnalité (et de ses formes de dépression) : l'organisation névrotique va typiquement bénéficier des approches exploratoires/expressives, l'organisation borderline va profiter d'un mélange dosé et structuré d'exploration et de soutien, et l'organisation psychotique va plutôt pouvoir utiliser une approche qui privilégie le soutien (Lingiardi et McWilliams, 2017).

La psychothérapie de la dépression se distingue par la conceptualisation des thèmes intra- et interpersonnels qui seront soulignés dans les séances et soumis aux facteurs curatifs psychothérapeutiques.

Les PP se distinguent également par la durée du traitement : psychothérapie à long terme (la plupart du temps sans nombre de rencontres prédéfini) ou à court terme (la plupart du temps avec un nombre de séances prédéfini). Parfois, la cure type se distingue de la PP à long terme, entre autres par l'utilisation du divan et la fréquence hebdomadaire des rencontres. La recherche en psychothérapie définit habituellement une thérapie comme étant de courte durée lorsqu'elle comporte entre 7 et 24 rencontres, ou lorsqu'elle dure moins de six mois. Une psychothérapie dite de longue durée est plus difficile à définir : selon certains auteurs, elle contient plus de 25 rencontres ou dure plus de six mois (Gabbard, 2017), alors que d'autres placent la durée minimale à 50 rencontres ou un an (Leichsenring et Rabung, 2011). La recherche privilégie nettement les formats à court terme, qui se présentent souvent sous une formule fixe d'environ 16 rencontres. Malgré la durée, et en tenant évidemment compte d'une partition plus serrée, d'une focalisation plus précise du travail d'exploration et

d'un déploiement de « phases » préétablies en court terme, le travail thérapeutique psychanalytique dans les différentes PP compte essentiellement sur les mêmes mécanismes de changement, que le traitement soit de courte ou de longue durée.

Les mécanismes de changement sont conceptualisés avec de multiples variantes en fonction des écoles théoriques psychanalytiques, dont les principales approches sont : freudienne contemporaine ; post-kleinienne ou bionienne contemporaine ; école anglaise indépendante ; psychanalyse relationnelle/interpersonnelle ; psychologie du soi intersubjective ; approche psychanalytique française (Charles, 2017 ; Kernberg, 2001 ; Mitchell et Black, 1995). Chacune de ces écoles a son mot à dire sur les mécanismes curatifs principaux en PP et sur la manière de traiter la personne dépressive. Cependant, deux grands ordres de mécanismes produisant le changement peuvent être dégagés de ces différentes contributions : 1) les *facteurs de « connaissance de soi »* (insight), qui impliquent des mécanismes explicites/déclaratifs qui, par le biais d'interventions verbales telles la clarification, la confrontation et l'interprétation, favorisent une mise en représentation et une symbolisation des expériences émotionnelles, des représentations de soi et des autres ainsi que des mécanismes qui en régulent la souffrance (défenses). Par ce travail d'exploration, le client en vient à se former une idée plus « branchée sur soi » et complexe (mentalised) de ses besoins et désirs, de ses patterns relationnels, de ses conflits internes, de son histoire personnelle, de ses croyances, des états mentaux des autres, etc. ; 2) les *facteurs « relationnels »*, qui font intervenir des mécanismes implicites/non déclaratifs qui, par le biais des échanges relationnels entre le client et le thérapeute, permettent l'intériorisation de représentations de relations d'objet plus permissives et bienveillantes. Plus précisément, c'est par la construction d'éléments de mémoire émotionnelle et procédurale à partir des échanges relationnels qui répondent davantage à ses besoins, d'une part, et qui contredisent les relations intériorisées aliénantes, d'autre part (des expériences relationnelles correctrices, en quelque sorte), que le client automatise des façons plus vitalisées de ressentir et d'agir avec soi-même et les autres.

Les PP axées sur le traitement de la dépression ne sont pas essentiellement différentes de celles qui tentent de réduire d'autres types de symptômes. La psychothérapie de la dépression se distingue par la conceptualisation des thèmes intra- et interpersonnels qui seront soulignés dans les séances et soumis aux facteurs curatifs psychothérapeutiques. C'est à cause des contraintes pragmatiques de la mise à l'épreuve empirique que les PP, qui doivent être manualisées, sont formatées pour le traitement : à court terme d'une part, d'une « maladie » précise d'autre part (qui mime un modèle médical de soins où une maladie spécifique doit être rencontrée par son traitement spécifique) [Luyten et Blatt, 2007 ; Luyten et al., 2006]. Cela dit, les PP qui ont reçu un soutien empirique sont à l'image des aménagements qu'un clinicien épousant une approche psychanalytique adopterait

logiquement pour le traitement de son client dépressif, mais dans un format intensif (focalisé), par étapes systématiques, en 16 séances, par exemple.

Les deux grands types de configuration dépressive décrits plus haut semblent présenter une réactivité différenciée aux facteurs curatifs de la PP. Les enjeux autocritiques, caractérisés par une attitude perfectionniste ainsi qu'un conflit entre les besoins/désirs du client et un jugement excessivement sévère ou exigeant à leur endroit, sont soulagés principalement par la suspension de l'autocritique occasionnée par la prise de conscience de son aspect exagéré ou irrationnel. Une réévaluation plus réaliste et positive des représentations internes de soi et des autres favorise également une meilleure estime de soi. Les clients surtout autocritiques voient donc leur fonctionnement amélioré grâce à la composante exploratoire de la PP (voir Busch et al., 2016, pour un modèle de thérapie centré sur l'insight appliqué à la dépression).

Les enjeux anaclitiques, caractérisés par des déficits relationnels, répondent particulièrement favorablement aux enjeux relationnels de la rencontre thérapeutique psychanalytique. Les clients surtout anaclitiques obtiennent souvent un soulagement rapide d'une difficulté à réguler les émotions et du sentiment de manque grâce à la composante de soutien de la relation thérapeutique. Ils profitent également de l'intériorisation de l'ouverture bienveillante et de la compassion du thérapeute pour renforcer leur capacité à se réguler et à se consoler, ainsi que pour engranger des représentations émotionnelles de relations interpersonnelles chargées positivement (Zimmermann, 2019). Ils bénéficient aussi de l'accueil empathique de la part du thérapeute, qui favorise l'émergence et l'articulation d'expériences non formulées ou mal mentalisées (Stolorow, 2007). Au-delà de la réponse initiale rapide associée au sentiment d'être pris en charge, le changement en profondeur des représentations internes déficitaires des clients surtout anaclitiques nécessite néanmoins un travail de longue durée.

Cette réactivité différenciée a reçu un soutien empirique par les travaux de Blatt (1992), bien que dans le cadre du traitement de problématiques diverses (pas seulement dépressives). Sidney Blatt a réévalué les résultats de l'étude intensive de 42 personnes traitées par la psychanalyse classique, par une forme de psychothérapie psychanalytique et par une psychothérapie de soutien (le *Menninger Psychotherapy Research Project*) en regroupant les clients selon la prédominance des enjeux introjectifs ou anaclitiques. Les clients introjectifs ont mieux fait en psychanalyse classique, surtout exploratoire, alors que les clients plutôt anaclitiques ont mieux progressé en psychothérapie, mêlant exploration et soutien.

Une approche basée sur la mentalisation est également utile pour l'évolution des configurations dépressives introjective et anaclitique. Des interventions visant à renforcer la fonction réflexive, la capacité à observer les états mentaux, contribuent à

La capacité du client à donner progressivement une signification « psychologique » à son épisode dépressif, souvent vécu douloureusement dans le corps, permet de désomatiser son expérience et d'en prendre une certaine distance symbolisante pour y donner un sens (Lecours, 2016).

rendre les émotions mal mentalisées plus tolérables (en réduisant l'équivalence psychique, par exemple) et à dégager le client d'interprétations biaisées et inflexibles des interactions interpersonnelles (Allen et al., 2008; Luyten et al., 2019). Ce travail de mentalisation est rendu possible par l'action conjointe de mécanismes explicites (nouvelle perspective sur les états mentaux) et implicites (relation « accueillante » des états mentaux du client par le thérapeute) à la source de l'impact thérapeutique d'une approche basée sur la mentalisation. La capacité du client à donner progressivement une signification « psychologique » à son épisode dépressif, souvent vécu douloureusement dans le corps, permet de désomatiser son expérience et d'en prendre une certaine distance symbolisante pour y donner un sens (Lecours, 2016).

Le type d'enjeux sous-jacents aux affects dépressifs semble donc répondre de façon différenciée aux types de mécanismes d'action en psychothérapie psychanalytique. Cette distinction est évidemment pertinente pour une application potentiellement plus efficace des méthodes d'intervention psychodynamiques en vue de soulager les souffrances dépressives. Cette distinction s'applique également à la réduction des mécanismes de vulnérabilité à la dépression. Cependant, il faut garder en tête que cet impact différencié est relatif puisque : 1) la réponse observée est préférentielle, mais pas exclusive, car la tendance à l'autocritique répond également aux aspects relationnels de la PP et la dépendance s'élabore aussi par la connaissance de soi ; 2) les deux types d'enjeux et de formes de souffrance sont actifs dans tous les types de dépression présentés par les clients, ce qui implique que les facteurs curatifs réflexifs et relationnels agissent pour tous, même si à degrés divers.

Psychothérapies psychodynamiques de la dépression : résultats empiriques

La recherche sur l'efficacité des PP a pris du retard par rapport à la recherche sur l'efficacité des psychothérapies inspirées des autres écoles théoriques. Cette réticence chez les cliniciens de l'approche psychanalytique à s'engager à fournir des confirmations empiriques aux PP a malheureusement donné l'impression, erronée, que la recherche invalidait les PP (comme si l'absence de confirmation était équivalente à une infirmation). Cependant, les PP reçoivent un soutien empirique grandissant qui les place parmi les meilleures pratiques en intervention en santé mentale.

Les PP à court terme sont significativement efficaces pour réduire les affects et symptômes dépressifs, tout autant que les modalités de psychothérapie à court terme inspirées des autres écoles en psychologie.

La perception, tenace de toute évidence, que les PP ne sont pas appuyées par la recherche empirique est clairement non fondée et tient sans doute en partie à une dissémination sélective (diffusion des données défavorables et occultation des données favorables) des résultats de recherche sur les PP par leurs opposants (Abbass et al., 2017 ; Shedler, 2018).

En ce qui concerne les PP en général, de récentes méta-analyses ont en effet montré que (voir Abbass et al., 2014 ; de Maat et al., 2013 ; Leichsenring, Leweke et al., 2015 ; Leichsenring, Luyten et al., 2015 ; Shedler, 2010 ; Steinert et al., 2017) :

- l'efficacité des PP à court terme est démontrée pour un large spectre de problématiques cliniques lorsque les chercheurs utilisent des méthodes strictes (études randomisées avec groupe comparatif ou contrôle, entre autres) ;
- la taille des changements observés est aussi importante que celle démontrée par les psychothérapies inspirées par les autres grandes approches théoriques (cognitive-comportementale, par exemple) ;
- les gains thérapeutiques présentés par les clients traités à l'aide de psychothérapies psychodynamiques sont conservés, et semblent se poursuivre, après la fin de la thérapie ;
- les interventions typiquement attribuées aux PP sont associées en partie aux succès obtenus par toutes les psychothérapies, toutes écoles confondues (Shedler, 2010).

Parmi les études recensées dans les méta-analyses citées plus haut, certaines ont porté spécifiquement sur le traitement de la dépression (en particulier sur le « Trouble dépressif caractérisé (majeur) » du *DSM-5*). De façon générale, les mêmes conclusions peuvent être tirées quant à l'efficacité des PP, en comparaison aux modèles de psychothérapie inspirés par les autres écoles en psychologie ou aux pharmacothérapies. Ainsi, on peut notamment conclure que (voir Cuijpers, 2017 ; Driessen et al., 2010 ; Driessen et al., 2015 ; Leichsenring et Rabung, 2011) :

- les PP à court terme sont significativement efficaces pour réduire les affects et symptômes dépressifs, tout autant que les modalités de psychothérapie à court terme inspirées des autres écoles en psychologie. Elles devraient donc être incluses dans les guides de pratique sur le traitement des clients présentant un trouble dépressif ;

- les PP à long terme, et peut-être la cure type, devraient être considérées pour le traitement de clients souffrant de problèmes complexes (épisode dépressif avec cooccurrence de troubles de l'humeur chroniques, de troubles de la personnalité) ;
- les PP sont aussi efficaces que les traitements pharmacologiques pour les personnes présentant une dépression légère ou modérée.

Il faut noter ici que ces résultats généraux, issus d'un ensemble de méta-analyses, peuvent donner l'impression qu'ils valident une forme unique de PP. La réalité est que ces résultats englobent une variété de modalités de la PP (ce qui est vrai également pour les données obtenues par les thérapies cognitives-comportementales). En guise d'illustration de cette diversité, les variantes suivantes de la PP ont été mises à l'épreuve : quelques PP à long terme (Fonagy et al., 2015) ; des PP exploratoires à court terme que l'on pourrait qualifier de « génériques », ou ayant une portée transdiagnostique (par exemple : Luborsky et al., 1995) ; des PP exploratoires à court terme élaborées pour le traitement des clients vivant des affects dépressifs problématiques (Fonagy et al., 2019 ; Leichsenring et Schauenburg, 2014 ; Leichsenring et Steinert, 2018 ; Lemma et al., 2011b) ; des PP de soutien à court terme (de Jonghe et al., 2013) ; des programmes de soutien en ligne en format individuel (Johansson et al., 2012) ou en format de groupe (Lemma et Fonagy, 2013). Malgré leurs inévitables différences, ces formes de PP partagent néanmoins un noyau de techniques caractéristiques d'une approche psychodynamique de l'intervention. En analysant la recherche sur les processus en psychothérapie et en comparant les PP manualisées à court terme aux psychothérapies cognitives-comportementales manualisées à court terme, des chercheurs ont montré que la PP se distinguait par les techniques et processus suivants : 1) accent sur l'affect et l'expression des émotions ; 2) exploration des tentatives d'éviter des aspects de l'expérience (défenses) ; 3) identification des thèmes et patterns récurrents ; 4) discussion des expériences passées ; 5) accent sur les relations interpersonnelles ; 6) accent sur la relation thérapeutique ; 7) exploration des désirs, des rêves et des fantaisies (Blagys et Hilsenroth, 2000). Ces interventions et sphères d'intérêt typiques de la PP telles qu'elles sont observées empiriquement sont compatibles avec les processus curatifs qui sont conceptualisés dans les écrits psychanalytiques et sont au cœur des effets thérapeutiques recensés par les méta-analyses citées plus haut.

Afin de donner une idée plus précise d'une PP qui a reçu un soutien empirique pour le traitement à court terme de la dépression, décrivons plus amplement un modèle récemment mis à l'épreuve : la thérapie dynamique interpersonnelle (DIT) brève (*brief dynamic interpersonal therapy* : Lemma et al., 2011a). La DIT est une psychothérapie individuelle manualisée de durée limitée qui cherche à modifier les patterns interpersonnels et affectifs à la source de troubles dépressifs et anxieux (Lemma et al., 2011a). La DIT a été élaborée sur la base d'une synthèse d'éléments

d'intervention éprouvés qui se sont montrés efficaces dans le traitement de la dépression. Conceptuellement, la DIT met l'accent sur les processus d'attachement et la capacité à les mentaliser. L'efficacité de la DIT a récemment été démontrée dans une étude randomisée multisite effectuée au Royaume-Uni (Fonagy et al., 2019) ainsi que dans une étude menée auprès de vétérans aux États-Unis (Chen et al., 2020). Cette PP s'étale sur 16 rencontres qui sont divisées en trois phases. Dans la phase initiale (4 rencontres), le thérapeute et le client collaborent en vue de l'identification d'un pattern relationnel qui sous-tend les symptômes dépressifs. La phase centrale (8 rencontres) vise à aider le client à reconnaître les patterns interpersonnels lorsqu'ils sont évoqués, la fonction que peuvent avoir ces patterns dans la vie du client et les problèmes soulevés par leur activation répétitive. Le thérapeute encourage l'adoption de façons alternatives d'interagir dans le but de modifier les patterns. Il incorpore également des techniques de la thérapie basée sur la mentalisation afin de faciliter la réflexion du client sur ses pensées et sentiments ainsi que sur les pensées et sentiments des autres. La phase finale (4 rencontres) vise la consolidation et la future perlaboration des gains par la préparation d'une « lettre d'adieu » qui décrit les progrès du traitement, réitère la description des patterns qui contribuent aux symptômes et indique les sphères qui nécessitent un travail à poursuivre (Lemma et al., 2011a).

La DIT est une PP en ce qu'elle aborde l'affect dépressif comme émanant du fonctionnement interpersonnel du client et de sa capacité à comprendre comment ses changements d'humeur sont activés par ses représentations internes de relations passées qui s'actualisent dans le présent. L'accent du traitement est principalement porté sur l'esprit du client plutôt que sur ses comportements. L'affect dépressif est reformulé comme une réponse à des difficultés interpersonnelles ou à des menaces perçues face aux figures d'attachement (perte/séparation). Le but principal de la DIT est d'aider le client à mieux saisir ce qui unit ses affects/symptômes dépressifs et ses relations par l'identification d'un pattern interpersonnel-affectif qui sera placé au cœur

de l'exploration en thérapie. Ce pattern tend à se répéter inconsciemment dans la vie relationnelle du client et potentiellement dans le transfert, où il est observé et analysé. Typiquement, ce pattern fait intervenir les deux grands types d'enjeux dépressifs : introjectif et anaclitique. En accord avec les travaux de Blatt (Blatt et Luyten, 2009), ces enjeux sont rapprochés des styles d'attachement évitant et anxieux/préoccupé, respectivement. Le travail d'exploration est effectué par l'application de techniques que l'on retrouve habituellement dans les PP : interventions expressives-exploratoires, de soutien et axées sur la mentalisation. Des interventions plus directives peuvent être employées (comme encourager le client à tenter une nouvelle façon de se comporter dans une relation) en lien avec la nature focalisée et à court terme du travail thérapeutique.

Conclusion

Les théories psychanalytiques offrent un large ensemble de modèles permettant au psychologue clinicien de comprendre les clients présentant des affects dépressifs problématiques conçus comme émanant de mécanismes psychologiques sous-jacents. La présentation de ces modèles a été réduite ici aux grandes configurations introjective (autocritique) et anaclitique (dépendance) afin de faciliter la discussion des résultats de la recherche empirique. Cependant, les écrits théoriques psychanalytiques, effleurés seulement ici, constituent une base de connaissances précieuses qui a inspiré des pratiques thérapeutiques visant les mécanismes psychologiques mis en évidence. Parmi les modèles d'intervention proposés par les auteurs psychanalytiques au cours des années, plusieurs ont été mis à l'épreuve par la recherche empirique. Le survol des résultats de la recherche empirique sur les PP proposé ici s'est délibérément limité à la synthèse produite par les principales méta-analyses qui ont porté sur la PP des troubles dépressifs. Celles-ci sont toutefois éloquentes dans leur conclusion que les PP, sous plusieurs formats, constituent une avenue d'intervention éprouvée pour le traitement psychologique des troubles dépressifs.

LA THÉRAPIE BRÈVE ORIENTÉE VERS LES SOLUTIONS

MEILLEURES PRATIQUES AUPRÈS DES PERSONNES DÉPRESSIVES

Brigitte Lavoie,
M. Ps., psychologue

Je sais qu'ils vont changer.
Ce qui m'inquiète, c'est
qu'ils ne le voient pas.

Peter Szabo

La thérapie brève orientée vers les solutions (TBOS) est basée sur des données probantes, et son efficacité a été démontrée auprès de personnes appartenant à différentes cultures ou provenant de contextes socio-économiques variés aux prises avec des problématiques multiples, y compris la dépression (Franklin et al., 2012). Le manuel de traitement de Bavelas et al. (2013) précise que la démarche thérapeutique met davantage l'accent sur l'avenir souhaité par le client plutôt que sur les problèmes passés ou les conflits actuels. À la différence des interventions visant le développement des compétences, la TBOS suppose que les comportements de solutions existent déjà dans le répertoire des clients et qu'ils ne sont pas toujours associés au problème discuté. Les recherches en micro-analyse (Bavelas et al., 2013; de Jong et al., 2013; Korman et al., 2013; Smock Jordan et al., 2013) fondées sur l'étude détaillée des échanges entre les clients et les psychothérapeutes ont permis de recenser les meilleures pratiques.

Tout au long du texte, vous pourrez observer l'importance accordée aux mots utilisés. La TBOS s'appuie sur la théorie constructiviste (de Jong et Berg, 2009), qui décrit à quel point la façon de parler de la réalité influence l'expérience subjective de celle-ci. Comme les personnes dépressives ont tendance à s'attribuer leurs échecs et à confondre les symptômes de dépression avec des caractéristiques personnelles, il peut être utile de parler de la dépression comme d'un état que l'on peut quitter. Vous verrez souvent l'expression « épisode dépressif », qui témoigne de l'existence d'un début et qui permet d'anticiper une fin. À certains moments, vous remarquerez que la dépression est présentée comme une voix dénigrante se trouvant à l'extérieur du client, ce qui permet de faire équipe contre cet ennemi commun.

Vous noterez aussi l'utilisation de certains adverbes de temps, par lesquels on évite de confirmer la permanence de l'état du client, comme le suggèrent Dweck (2007) et O'Hanlon (2003). Par exemple : *Vous n'avez pas encore trouvé, remarqué ____.* **Jusqu'ici, ça n'a pas été facile. Dans ces moments-là, vous avez eu de la difficulté. En ce moment/dernièrement/pour l'instant/depuis cet événement, vous ressentez ____.** Le choix des mots n'est pas laissé au hasard. Il ne s'agit pas ici de confronter les perceptions du client, mais de reconnaître le niveau de difficulté qu'il rencontre sans confirmer la permanence de son état.

Les pratiques proposées ci-après se concentreront sur des thèmes et des moments clés dans le contexte du suivi de personnes dépressives : l'espoir, le futur sans dépression, l'importance d'augmenter le sentiment de compétence et la permission de ressentir des émotions positives avant même d'être sorti du territoire de la dépression.

Aider les clients à retrouver l'espoir et à le maintenir

Dans une méta-analyse incluant différents modèles théoriques, Duncan (2014) a constaté que les clients avaient besoin de voir des changements rapidement pour retrouver l'espoir et pour ne pas abandonner le traitement. Les questions suivantes permettront au client de commencer à remarquer ce qui commence à changer, sans attendre. Il est aussi important de savoir comment accueillir l'expression explicite du désespoir pour éviter la détérioration.

À chaque début de rencontre, poser des questions spécifiques sur ce qui est en train de changer en mieux (de Jong et Berg, 2009)

Dès le premier appel pour prendre un rendez-vous, vous pouvez dire au client : *Quand les gens décident de consulter, il y a souvent des choses qui commencent à changer. J'aimerais que vous portiez attention à ce qui est différent (même un peu) pour que vous puissiez me le raconter.* Chaque rencontre peut commencer avec une variante de cette question.

Comme les personnes dépressives ont tendance à s'attribuer leurs échecs et à confondre les symptômes de dépression avec des caractéristiques personnelles, il peut être utile de parler de la dépression comme d'un état que l'on peut quitter.

Qu'est-ce qui est mieux depuis votre appel/ depuis la dernière rencontre ?

Qu'est-ce qui avance dans la bonne direction ?

De quoi êtes-vous le plus fier dans les circonstances ?

Pour que ces interventions fonctionnent, la formulation est importante. **Il ne faut pas demander** « est-ce que vous avez vu des changements ? » ou « qu'est-ce que vous avez changé ? ». L'objectif n'est pas de mettre de la pression sur le client, mais d'orienter doucement son regard vers les indices de mouvement. Vous aurez saisi que ces questions remplacent « comment ça va ? » ou « comment a été votre semaine ? ». Par définition, le client dépressif a un biais pour ce qui va mal. Ce phénomène le maintient dans cet état. Si vous ne l'invitez pas à remarquer ce qui est en train de s'améliorer, il ne le verra pas. Autre avantage, si le client sait que vous commencerez chaque rencontre avec ce genre de questions, il sera plus susceptible de diriger son attention sur ces moments. Cela représentera un changement, en soi.

Quand les clients ont l'impression qu'ils stagnent, les aider à reconnaître les efforts qu'ils font pour rester stables (Fiske, 2008)

Si votre client perd espoir, il pourrait laisser tomber le suivi. Pour cette raison, votre façon d'accueillir son découragement déterminera la suite. Est-ce que l'état de votre client stagne ou est-ce qu'il a réussi à rester stable ? En attendant des changements observables, il peut être essentiel de reconnaître les efforts déployés par le client simplement pour rester pareil.

Ce n'est pas facile de rester pareil jour après jour. Comment avez-vous fait pour éviter que la situation se détériore ?

J'aimerais que vous me parliez d'un moment où ça aurait pu être pire. Qu'est-ce que vous avez fait pour l'éviter ?

Quand les clients se sentent découragés, les aider à garder espoir en manifestant du non-jugement et de la compassion (Fiske, 2008 ; Hendon, 2008 ; O'Hanlon, 2014)

Si vous choisissez d'adopter la posture de la TBOS (et non seulement les techniques), vous ne demanderez jamais au client pourquoi il n'a pas fait ce qu'il souhaitait accomplir entre les rencontres et vous ne contesterez jamais son engagement ou sa motivation. Dans ce contexte, le discours intérieur du psychologue sera le suivant : *Le client fait de son mieux. S'il n'a pas fait*

ce qu'il voulait, c'est que c'était trop difficile. Dans le cas particulier du traitement de la dépression, l'hypothèse la plus simple pour son inaction serait de rejeter la faute sur la dépression, pas sur le client. Vous pourriez dire : *Bien sûr que c'est difficile de se mettre en action : la dépression passe son temps à vous dire que vous n'y arriverez pas.* Ou simplement : *Si c'était facile, vous l'auriez déjà fait. C'est parce que c'est difficile que vous n'y êtes pas encore arrivé. J'ai sous-estimé le niveau de difficulté. C'est ma responsabilité de porter attention à cela. Nous devons rapetisser la prochaine étape.* À la fin de la rencontre, il sera important de se rappeler cet engagement pour s'assurer que le client ne repart pas avec une action trop difficile à réaliser.

Nous pouvons aussi continuer de reconnaître les efforts plutôt que la réussite, les changements d'attitude qui commencent à émerger malgré le poids de la dépression.

Comment avez-vous fait pour vous lever, manger, malgré ce manque d'énergie ?

Comment avez-vous réussi à traverser votre semaine malgré la dépression qui vous répète que vous n'y arriverez pas ?

Ce n'est pas facile de commencer sa journée quand la dépression est déjà là, prête à vous critiquer. Parlez-moi d'un moment où vous avez réussi à lui donner moins d'attention.

Qu'est-ce qui vous aide à garder espoir malgré le fait que les résultats ne sont pas encore visibles ?

En écoutant attentivement les réponses du client, vous pourrez vous-même reconnaître des changements. Par exemple, il est possible de refléter à une cliente que malgré sa semaine plus difficile, son discours intérieur semble contenir plus de compassion que par le passé.

À chaque début d'entrevue, poser des questions précises sur l'espoir – ce qui doit se passer pour qu'ils en retrouvent (Ratner et al., 2012)

Les travaux de Ratner et al. (2012) ont fait ressortir des différences significatives entre le fait de commencer les rencontres par des questions spécifiques sur l'espoir et celui de les amorcer par un autre type de question.

Qu'est-ce que vous espérez aujourd'hui ?

Dans quel contexte espérez-vous voir des changements en premier/dans les prochains jours ?

Lorsque les clients expriment ce qu'ils ne veulent plus, il s'agit d'un non-objectif. Il y a une valeur ajoutée à préciser ce qu'ils souhaitent.

J'entends que vous ne voulez plus vous sentir (triste, incompetent, perdu, dépassé). Vous espérez vous sentir comment à la place ?

Ces questions remplacent « *quels sont vos besoins, vos attentes, vos objectifs ?* », « *quel problème vous amène ici ?* » et « *de quoi est-ce que vous voudriez parler aujourd'hui ?* ». Le client confond

parfois ce dont il voudrait parler et les changements qu'il espère observer dans sa vie. Par exemple, une personne pourrait dire qu'elle a besoin de nous parler de son conjoint. En lui offrant un espace pour se plaindre, nous pourrions croire que ce moment sera utile, qu'il répondra à ses attentes. Mais si cette personne espérait se sentir plus proche de son conjoint, cet échange pourrait avoir l'effet contraire. En commençant la rencontre avec la fin en tête, il sera plus facile de déterminer le chemin à prendre pour y parvenir. Dans ce cas précis, il serait probablement plus utile d'aller chercher comment la personne a déjà réussi à mieux communiquer avec son conjoint pour retrouver l'espoir que c'est possible de recommencer. Vous avez déjà fait un casse-tête et vous savez qu'il est plus facile de le réaliser avec l'aide de l'image sur la boîte. À chaque début de rencontre, ces questions permettent de préciser la section de l'image que le client souhaite compléter.

Lorsqu'une personne vit un épisode dépressif, c'est un peu comme si elle avançait en forêt. Si nous ne prenons pas le temps de trouver des signes concrets qui indiquent qu'elle avance, elle ne verra que des arbres qui se ressemblent tous, comme ses journées.

Pour maintenir l'espoir, trouver des indices observables (et idiosyncrasiques) qui permettront aux clients de reconnaître qu'ils avancent (Bannink, 2015 ; Duncan, 2005)

Si vous avez déjà fait de la randonnée en montagne, vous savez qu'il y a habituellement des rubans, des signes laissés sur les arbres ou de petits monticules de roches pour s'assurer que vous êtes toujours sur le bon sentier. Lorsqu'une personne vit un épisode dépressif, c'est un peu comme si elle avançait en forêt. Si nous ne prenons pas le temps de trouver des signes concrets qui indiquent qu'elle avance, elle ne verra que des arbres qui se ressemblent tous, comme ses journées. Si elle ne voit pas le chemin parcouru, elle sera plus susceptible d'arrêter ses efforts.

Pour cette raison, il sera utile de déterminer ces signes de progrès assez tôt dans le suivi. Le client pourra ainsi constater qu'il avance même s'il n'est pas encore arrivé au sommet de la montagne et qu'il est encore entouré de symptômes. Vous pouvez lui proposer de trouver ces indices entre deux rencontres ou vous pouvez y consacrer du temps pendant une entrevue. Voici quelques exemples :

10 signes que vous avancez dans la bonne direction

10 indices que le pire sera derrière vous

10 signes que vous vous êtes retrouvé (si la personne a exprimé qu'elle ne se reconnaît plus depuis qu'elle vit avec des symptômes de dépression)

10 signes qui pourraient vous aider à reconnaître quand c'est la dépression qui parle

10 indices qui vous confirment que vous faites ce qu'il faut même si vous n'en ressentez pas encore les bienfaits

Plusieurs psychologues sont surpris à l'idée de recenser autant de signes de progrès. L'avantage, c'est d'augmenter les probabilités que l'un d'entre eux se produise. Une cliente avait nommé qu'elle se leverait le matin pour faire le déjeuner de sa fille. C'était son premier indice et le plus important. Mais, elle avait aussi mentionné que son réfrigérateur serait rempli (comme neuvième indice). À la rencontre suivante, elle était fière de raconter qu'il y avait des fruits coupés dans son réfrigérateur (signe évident qu'elle commençait à sortir de la dépression). Même si elle n'avait pas encore réussi à se lever, elle sentait qu'elle avançait. Ce succès lui a permis d'anticiper qu'il y en aurait d'autres.

Aider les clients à imaginer un futur sans dépression, un futur pour lequel il vaut la peine de vivre et de faire des efforts

Assez tôt dans le suivi, aider les clients à imaginer le futur sans dépression, avec le plus de détails possible (de Shazer et al., 2007)

Il est possible que les questions sur l'espoir (1.4) et les indices (1.5) soient suffisantes pour préciser le futur souhaité par le client. Mais pour certains, un exercice plus élaboré sera nécessaire. À cette fin, un outil puissant de la TBOS demeure la question miracle (QM) [de Shazer et al., 2007]. Malheureusement, plusieurs cliniciens attendent trop longtemps pour la poser, alors qu'il y a des bénéfices à le faire en début de suivi (de Shazer et al., 2007). Ce travail de collaboration aide le client à imaginer que cet épisode ne durera pas toujours et permet de préciser des actions et des pensées qui sont réalistes. Le miracle est un véhicule pour se projeter, une façon d'aider le client à s'imaginer qu'il est possible d'aller mieux. Pour arriver à ce résultat, il est nécessaire de guider le client et d'adapter la QM en fonction de ce qu'il a déjà exprimé. Par exemple :

Me permettez-vous de vous poser une question un peu différente ? (Si le client accepte, vous poursuivez, sinon, vous arrêtez. Cette permission vous assure qu'il n'est pas trop tôt pour essayer.) Cette question exige un peu d'imagination. Après avoir quitté le bureau, vous retournez à la maison, vous faites le

Ce travail de collaboration aide le client à imaginer que cet épisode ne durera pas toujours et permet de préciser des actions et des pensées qui sont réalistes. Le miracle est un véhicule pour se projeter, une façon d'aider le client à s'imaginer qu'il est possible d'aller mieux.

souper, les devoirs et vous allez au lit. (Il est possible d'adapter cette question au contexte pour la personnaliser. Vous pouvez apporter des précisions en décrivant ce que la personne fait le soir, ex. : « jouer à des jeux vidéo » s'il s'agit d'un adolescent ou « donner le bain aux enfants » s'il s'agit d'un jeune père. Cette façon de faire permet au client d'entrer plus facilement dans l'imagerie.)

Pendant que vous dormez, un miracle se produit ! (Claquement de doigts.) Le miracle élimine le problème qui vous a amené ici. Vous vous réveillez sans savoir qu'il y a eu un miracle puisque vous dormiez. Lorsque vous vous réveillez le matin, quel est le premier indice qu'un miracle s'est produit ?

Je vous donne ici des exemples de QM sur mesure. Vous pourriez remplacer l'expression « élimine le problème » par les mots utilisés par le client. Par exemple : *Le miracle fait en sorte que :*

vous êtes complètement sorti de cet épisode dépressif ;

vous avez retrouvé le goût de vivre ;

votre vie a retrouvé du sens ;

vous avez tourné la page sur ces événements ;

votre deuil est complété ;

vous vous sentez de nouveau enligné (si c'est une expression qu'il utilise) ;

vous vous sentez d'attaque pour retourner au travail.

Après que vous avez posé la QM, c'est là que le vrai travail commence. Pour obtenir une description détaillée, il faut prendre son temps, s'intéresser aux détails, aux actions, aux pensées, à son attitude, etc. Sinon, cet exercice n'est pas très utile.

Qu'est-ce que vous remarquez de différent ?

En vous réveillant ?

Le matin ?

Quoi d'autre est différent ?

Qui remarque les changements ? Décrivez-moi ce que cette personne remarque. Quelle différence ça fait pour elle ?

Qu'est-ce que vous faites ensuite ?

Quand vous faites ____, qu'est-ce que vous vous dites ?

Qu'est-ce qui est différent quand vous allez au travail ?

Quand vous commencez la journée comme ça, qu'est-ce qui est différent après ?

Plus la journée avance, plus les changements sont attribuables à ce que la personne fait différemment plutôt qu'au miracle. C'est de cette façon qu'un jeune homme dépressif peut décrire qu'il se réveille avec le cadran. Qu'il prend sa douche. Qu'au lieu de s'habiller en mou, il met un jeans. Qu'à la place de prendre un chandail dans la pile de linge sale, il va mettre un chandail propre, le vert qui va bien avec ses yeux. Qu'il sera présent à son premier

cours, etc. Nous pourrions suggérer ce genre d'actions sans cet exercice. Mais ce n'est pas le même impact si le client les a trouvées lui-même, et si on lui a permis de *marcher* dans cette journée et de reconnaître que certains de ces gestes étaient accessibles, sans miracle.

Aider les clients à se projeter dans un futur qu'ils contrôlent, en utilisant des questions leviers comme : *Supposons que ___; Quelle différence ça fait ? Qu'est-ce que ça permet ?* (Ratner et al., 2012)

Il arrive que les clients considèrent qu'ils seront plus heureux lorsqu'une autre personne aura changé. Cette attente peut augmenter leur sentiment d'impuissance. Mais il y a certains contextes où il peut être utile de **supposer** que quelqu'un d'autre change pour découvrir les actions qui seraient sous son contrôle. En voici un exemple.

Une dame a déjà répondu spontanément qu'elle espérait que sa patronne disparaisse. Il n'y avait aucune inquiétude face à un homicide. Sa patronne était toxique, et son souhait était tout à fait légitime dans le contexte. Elle avait l'impression qu'elle ne pourrait pas aller mieux tant que celle-ci demeurerait à son poste ou qu'elle-même ne change d'emploi. Elle se sentait dans une impasse, comme beaucoup de personnes qui combattent la dépression. Au lieu de la laisser parler de sa patronne et d'augmenter son sentiment d'impuissance, il est possible d'explorer ce qui serait différent : **Supposons que ta patronne disparaît, qu'est-ce que ça te permet de faire le matin en te réveillant ?** Après une pause, elle a répondu : *Je collerais probablement mon chum plus longtemps. Quoi d'autre ? Je remettrais la radio, peut-être de la musique. Je prendrais le temps de me faire un café au lait.* Plusieurs autres choses étaient différentes, toute la journée. Elle donnait littéralement moins de place à sa patronne dans sa description, son attention était ailleurs. C'était extrêmement touchant de la voir prendre conscience qu'elle avait plus de pouvoir sur sa vie. C'est en lui permettant d'imaginer ce qu'elle ferait différemment si sa patronne disparaissait qu'elle a pu voir où était la sortie.

Aider les clients à préciser ce qu'ils voudraient ressentir à la place de leurs symptômes, tout au long du suivi (Ratner et al., 2012)

Vous voudriez réagir comment à la place ? Vous souhaiteriez vous dire quoi/agir comment à la place ? Quand vous faites un casse-tête, vous commencez par tourner tous les morceaux sur le côté de l'image. C'est un peu la même chose ici. Le client sait souvent ce qu'il ne veut plus. Lorsque vous lui demandez ce qu'il veut à la place, il doit réfléchir et le préciser. Ce temps perdu à tourner les morceaux permettra d'avancer plus vite par la suite. Voici un exemple qui illustre ce phénomène. Une cliente explique qu'elle espérait ne plus avoir cette boule au niveau du plexus. Lorsque

Le client sait souvent ce qu'il ne veut plus. Lorsque vous lui demandez ce qu'il veut à la place, il doit réfléchir et le préciser. Ce temps perdu à tourner les morceaux permettra d'avancer plus vite par la suite.

sa psychothérapeute lui a demandé d'imaginer que quelque chose de mieux avait remplacé cette boule, elle s'est écriée : *Si la boule n'est plus là, il y a un trou !* Elle vivait depuis si longtemps avec cette boule que c'était tout ce qu'elle pouvait imaginer : un trou. Ce qui n'était pas beaucoup mieux que la pression. Quand elle s'est fait offrir de prendre un moment pour penser à ce qu'elle préférerait à la place de ce trou, elle a pris de longues respirations. Elle a pu poursuivre : *une colonne d'air... oui, c'est ça... une colonne d'air.* Elle respirait déjà mieux en la décrivant. Il ne faut pas confondre cette stratégie avec la question « *qu'est-ce que tu vas faire pour y arriver ?* ». Il s'agissait simplement de préciser l'image, l'état souhaité, sans obligation de sa part. Mais en recevant de l'aide pour nommer ce qu'elle voulait, en le décrivant, elle a pu ressentir des effets immédiats. Quand on précise le futur, il se rapproche, il devient parfois le présent.

Aider les clients à retrouver l'accès à des émotions positives (Fredrickson, 2009)

Le concept des émotions positives a été étudié rigoureusement par Fredrickson (2009). Sa théorie de l'élargissement et de la construction des émotions positives met en évidence leur importance pour favoriser la résilience. Ce concept n'est pas spécifique à la TBOS, mais je vous propose ici d'utiliser ce modèle pour reconnaître les émotions agréables qui sont encore présentes malgré la dépression et les émotions auxquelles vos clients pourraient accéder le plus facilement.

Il va sans dire qu'il est plus difficile de ressentir de la joie pendant un épisode de dépression que lorsque tout va pour le mieux. Mais il n'est pas nécessaire d'attendre la fin de cet épisode pour ressentir l'amour, la fierté, la gratitude, l'espoir, l'intérêt, l'inspiration, l'amusement, l'émerveillement et la sérénité, qui sont d'autres émotions qui peuvent produire des effets similaires chez vos clients. Vous pouvez inviter vos clients à remarquer les moments où ces émotions sont déjà présentes, sans effort. Vous pouvez refléter des émotions positives, souligner leur habileté à ressentir de la gratitude ou à s'émerveiller, par exemple. Vous pouvez vous intéresser à ce qu'ils ont fait pour développer cette capacité d'aimer. Essentiellement, vous pouvez faire l'inventaire de toutes les activités, de tous les moments qui leur ont permis de ressentir chacune de ces émotions dans le passé. Cela pourrait les motiver à réintroduire certaines de ces activités.

*Laquelle de ces émotions est plus facile d'accès pour vous ?
(faire la liste)*

Qu'est-ce qui vous a déjà aidé à ressentir ___ ? (en nommer une)

Quelles activités vous ont permis de vivre plus de ___ ?

Dans quel contexte arrivez-vous à être plus ___ ?

À quel moment arriviez-vous à ressentir plus de ___ ?

Certains clients croient qu'ils doivent avoir terminé leur *travail thérapeutique* avant de s'accorder de bons moments. La TBOS favorise une posture humble, mais pour certains clients, une permission est nécessaire pour qu'ils se donnent le droit de faire des activités susceptibles de leur faire vivre des émotions agréables. C'est comme si seulement un psychologue pouvait leur donner la permission de prendre congé de leur dépression.

Aider les clients à se sentir compétents et favoriser l'autogestion

Augmenter le sentiment de compétence en faisant l'inventaire de ce qui les a déjà aidés dans le passé (Bannink, 2015 ; Pichot et Dolan, 2003)

La pratique a démontré que pour que la personne réussisse à retrouver ses compétences, il faut que le thérapeute s'y intéresse, soit curieux. Plus ce dernier posera de questions, plus les souvenirs lointains des succès de la personne pourront se rapprocher. Si vous vous déplacez avec la personne sur le territoire de ses compétences, vous y trouverez des ressources, des forces, des croyances utiles, des convictions, des valeurs, des actions et des pensées qui l'aident, tout autant de morceaux de solutions qu'elle pourra recycler. Mais même si vous ne trouvez rien qui puisse être réutilisé dans les prochains jours, ne sous-estimez pas l'effet immédiat sur l'état émotif. Se déplacer dans ce souvenir peut aider le client à se sentir mieux maintenant. De la même façon que le client peut être retraumatisé quand il reparle d'un trauma, il peut être galvanisé ou apaisé par le rappel d'un moment de succès. Si le client dit qu'il lui manque de confiance/d'énergie/d'affirmation de soi, vous pouvez chercher où il en a eu un peu plus. Par exemple :

Dans quel contexte avez-vous eu plus de confiance/d'énergie/d'affirmation de soi ?

Je vois que vous avez réussi deux fois à laisser derrière vous les symptômes de dépression. Comment avez-vous réussi ça ?

Il y a eu 10 ans entre vos deux épisodes de dépression.

J'aimerais que nous relevions ensemble les meilleurs moments, les meilleurs exemples de ces 10 ans.

La dernière fois que vous êtes sorti d'un épisode de dépression, comment avez-vous su que c'était terminé ?

Racontez-moi un exemple d'un moment où vous êtes arrivé un peu plus à reconnaître que c'était la dépression qui parlait.

Si vous vous déplacez avec la personne sur le territoire de ses compétences, vous y trouverez des ressources, des forces, des croyances utiles, des convictions, des valeurs, des actions et des pensées qui l'aident, tout autant de morceaux de solutions qu'elle pourra recycler.

Voici quelques exemples de questions visant à obtenir des détails. Il ne suffit pas de savoir que ces moments se sont produits. Il est nécessaire de trouver ce que le client a fait précisément pour qu'ils se produisent.

Comment avez-vous réussi à ___ ?

Comment avez-vous fait pour vous parler autrement ?

Qu'est-ce que vous vous êtes dit précisément à ce moment-là ?

Comment avez-vous fait pour éviter de (vous taper sur la tête, etc.) ?

Quelles convictions, croyances, citations prennent l'avant-plan quand vous êtes bien ?

Quelles convictions, croyances, citations prennent l'avant-plan quand vous réussissez à traverser un moment plus difficile ?

Qui a remarqué que vous étiez bien ?

Qu'est-ce qu'il a remarqué précisément ?

Comment avez-vous su que c'était une bonne idée à ce moment-là ?

Quelle valeur prenait l'avant-plan ?

Qu'est-ce qui a eu le plus d'impact ?

Bien sûr que la médication (ou le fait d'être en relation de couple ou d'avoir un emploi) a pu aider. Vous diriez que la médication/la relation/l'emploi est responsable de quel pourcentage ? Si le client dit 80 %, il peut être utile de vérifier ce qu'il a fait pour aller chercher le 20 %.

Terminer l'entrevue avec un pas hors de tout doute (O'Hanlon, 1999, 2012)

Si vous n'êtes pas certain que le client vive une réussite, il serait probablement préférable de proposer une tâche d'observation qui lui permettra de remarquer des changements ou des moments moins difficiles. Les meilleures idées devraient être inspirées du répertoire du client. Il faut souvent se méfier des idées qui commencent par « *il faudrait* » ou « *je devrais* ». C'est souvent un signe que la tâche est trop grande, et c'est peut-être la dépression qui parle avec la voix du client. Vous voulez entendre qu'il se sent capable de répéter ce qu'il a déjà fait dans le passé, ou une partie de ce qu'il a déjà fait. S'il y a des questions sur le futur auxquelles il n'a pas pu répondre, vous pourriez l'inviter à rêver aux premières

choses qu'il souhaite réaliser quand il commencera à se sentir mieux, au projet qui a de la valeur à ses yeux et pour lequel il vaut la peine de continuer de faire des efforts. Vous pourriez l'inviter à se rappeler les détails (y compris ce qu'il faisait et se disait) d'un moment sans dépression. Vous pourriez lui donner la permission de faire certaines activités susceptibles de lui faire vivre des émotions positives ou de lui enlever une obligation.

Voici une liste de suggestions qui pourraient l'aider à provoquer de petits changements susceptibles d'en amener de plus grands :

Faites la liste de ce que vous ne voudriez pas changer dans votre vie.

Prévoyez un temps (15 minutes) pour tester une action qui pourrait changer votre humeur.

Trouvez une chose toxique facile à enlever (nouvelles, téléphone au lit, se demander pourquoi je suis comme ça, etc.).

Choisissez un moment (le planifier) pour ne pas écouter la dépression et remarquez ce qui se passe.

Pendant 1 heure, donnez-vous la permission d'imaginer que vous avez de la valeur (tel quel) et remarquez ce que ça change.

Terminer l'entrevue avec une rétroaction sur leurs réussites, leurs valeurs, leurs qualités, leurs efforts (Thomas, 2016)

Tout au long de l'entrevue, il est important de valider la personne (Bavelas et al., 2013). En lui reflétant ses compétences à différents moments de l'entrevue, vous ferez en sorte qu'elle pourra doucement commencer à croire ce que vous voyez. Il ne s'agit pas ici de la féliciter ou de l'encourager ou d'essayer de la convaincre, mais bien de refléter (de façon authentique) ce qui est grand, touchant chez elle. Ce que l'écran de la dépression ne vous a pas empêché de remarquer. Quand la rencontre se termine de cette façon, la personne peut repartir avec ces mots. Elle ne sera pas nécessairement d'accord, puisque la dépression l'a convaincue qu'elle n'avait pas de valeur. Mais la répétition, la fréquence et la variété de ces rétroactions pourront éventuellement avoir un effet. Je vous donne ici quelques exemples de fins possibles :

Je ne peux pas terminer la rencontre sans vous dire que je suis touchée par votre engagement envers vos proches.

À différents moments pendant l'entrevue, je me suis demandé : est-ce qu'il sait qu'il est un bon père ? Je ne voulais pas terminer la rencontre sans vous le dire.

Je sais que vous vivez des moments difficiles en ce moment et je suis d'autant plus impressionnée par votre capacité à faire preuve de ____.

J'ai l'impression qu'en ce moment, vous avancez avec un vent de face. Ça ne vous empêche pas de continuer de faire des efforts. Je me demande comment vous avez développé cette persévérance.

Dans tout ce que vous me racontez, j'entends des valeurs de justice sociale. Notre monde en a bien besoin en ce moment.

Favoriser l'autogestion

Il serait utile de terminer le suivi en soulignant ce que la personne sait maintenant des conditions qui la rendent plus heureuse – ses actions, ses pensées, les croyances utiles, ce qui lui permet de vivre des émotions positives (Houle et al., 2015; Pulvirenti et al., 2011). Il peut être intéressant de préparer un inventaire pour la dernière rencontre et de lui offrir une copie ou de lui proposer de le prendre en photo avec son téléphone. Certains clients pourraient choisir un aide-mémoire qui les aidera à se souvenir de ce qui est le plus important. S'ils reviennent pour un autre suivi, nous pourrions les aider à retrouver leur chemin plus rapidement puisque nous aurons clairement consigné leurs idées originales et uniques.

En conclusion

Il est possible d'imaginer que les changements seront plus durables si des clients autrefois dépressifs dirigent leur attention sur ce qu'ils réussissent plutôt que sur leurs échecs. S'ils se demandent plus souvent comment ils font pour être bien et qu'ils se parlent avec compassion dans les moments particulièrement difficiles. Au-delà des techniques, j'espère qu'ils se souviendront d'un regard bienveillant, des reflets de leurs forces et de l'insistance avec laquelle j'ai cherché dans leur répertoire parce que je croyais qu'ils avaient de bonnes idées. Une cliente m'a déjà dit que les psychologues connaissaient des mots qui avaient le pouvoir de les enfermer dans une boîte, ou de les libérer. J'espère avoir offert des mots qui vous aideront à les dégager de cette boîte, construite par la dépression.

LA NEUROPSYCHOLOGIE DE LA DÉPRESSION

**D^{re} Isabelle Rouleau et
D^{re} Marie-Julie Potvin,**
neuropsychologues

Les troubles cognitifs constituent l'un des principaux symptômes de la dépression (trouble dépressif majeur [*major depressive disorder* ou *MDD*]) et font partie des critères diagnostiques du *DSM-5*. Ils affectent surtout l'attention, la vitesse de traitement de l'information, la mémoire, les fonctions exécutives et la régulation du comportement et des émotions. Selon l'étude prospective sur trois ans réalisée par Conradi et al. (2011), les troubles cognitifs sont présents durant la vaste majorité de la durée de l'épisode dépressif (de 85 à 94 % du temps) et persistent chez un grand nombre de patients durant la période de rémission, ce qui a un impact majeur sur le fonctionnement familial, social, professionnel et scolaire.

La présence de problèmes cognitifs pendant et après un épisode dépressif serait influencée par de nombreux facteurs, dont le statut de l'épisode (actif ou en rémission complète ou partielle), la fréquence et la durée des épisodes, le sous-type de dépression, la sévérité des symptômes, les hospitalisations antérieures, la réponse à la médication, les comorbidités médicales et psychiatriques, la réponse immuno-inflammatoire, la régulation hormonale (par exemple, les glucocorticoïdes), la présence de facteurs de risque vasculaire, la scolarité, l'adversité vécue durant l'enfance et l'âge, plus particulièrement l'âge au moment du premier épisode (Austin et al., 2001; McIntyre et al., 2013; Zuckerman et al., 2018). En effet, les problèmes cognitifs seraient plus légers chez les personnes ayant souffert d'un premier épisode avant l'âge de 50 ans (Bora et al., 2013).

Afin de bien comprendre les fondements des troubles cognitifs dans la dépression, nous débiterons par un survol des bases cérébrales de la dépression, c'est-à-dire par l'identification des régions cérébrales généralement impliquées dans la dépression selon les études d'imagerie cérébrale. Dans un deuxième temps, nous ferons une description détaillée des perturbations cognitives généralement associées à la dépression, en portant une attention particulière sur la persistance de ces dernières après la résolution de l'épisode. Nous aborderons ensuite l'apparition d'un épisode dépressif comme signal d'alarme annonçant le début d'une maladie dégénérative chez la personne âgée. Notre exposé se terminera par la présentation de deux vignettes cliniques.

Bases cérébrales de la dépression

En dépit de décennies de recherche, les bases cérébrales de la dépression demeurent imprécises (Pandya et al., 2012). Cependant, la majorité des chercheurs s'entendent sur le fait que la dépression est associée à une dysfonction des régions sous-corticofrontales (pour une revue, voir Castanheira et al., 2019, et Murrough et al., 2011). Ces régions sont impliquées dans l'activation (cortex préfrontal médian et gyrus cingulaire), la régulation des émotions (cortex préfrontal ventral), ainsi que l'attention et les fonctions exécutives (cortex préfrontal dorsolatéral).

Les études d'imagerie cérébrale (IRM, TEP) montrent qu'en situation de repos, l'activité cérébrale des patients déprimés est anormalement élevée dans l'amygdale et le cortex préfrontal ventromédian. Ce dernier envoie des projections à l'hypothalamus, à la substance grise périaqueducule et au gyrus cingulaire antérieur, des régions impliquées dans l'activité viscérale associée aux émotions. Il envoie aussi des projections au striatum ventral, qui signale l'arrivée d'une récompense et la valeur motivationnelle d'un stimulus. De plus, le cortex préfrontal ventromédian possède un riche réseau de connexions réciproques avec l'amygdale, qui est impliquée dans la détection de la menace et le conditionnement de la peur (Koenigs et Grafman, 2009). En résumé, le cortex préfrontal ventromédian est donc très impliqué dans le traitement des informations affectives ou émotionnelles.

En revanche, en situation de repos, l'activité des patients déprimés est anormalement faible dans le cortex dorsolatéral. Ce dernier reçoit des projections des cortex sensoriels et possède des connexions réciproques avec les cortex prémoteurs, l'aire 8 (qui contrôle les mouvements des yeux) et le cortex pariétal latéral. La variété de ses connexions reflète son rôle essentiel dans un grand nombre de fonctions cognitives, dont les fonctions exécutives (Koenigs et Grafman, 2009).

Par ailleurs, il existe une atrophie hippocampique importante chez plusieurs patients atteints de dépression, mais on ignore encore si cette anomalie précède ou suit l'apparition des symptômes. Il existe également une diminution du BDNF (*brain derived neuro-*

En dépit de décennies de recherche, les bases cérébrales de la dépression demeurent imprécises (Pandya et al., 2012). Cependant, la majorité des chercheurs s'entendent sur le fait que la dépression est associée à une dysfonction des régions sous-corticofrontales [...].

trophic factor), lié à la neurogenèse et à la résilience. La prise d'une médication antidépressive ou l'électroconvulsivothérapie (ECT) entraîne toutefois une augmentation de ce dernier (Kishi et al., 2018).

Profil neuropsychologique de la dépression

Cliniquement, l'atteinte sous-corticale frontale caractéristique de la dépression se manifeste par une perturbation de l'activation, de la régulation des émotions et du comportement, ainsi que des fonctions exécutives, alors que les fonctions instrumentales comme le langage ou les habiletés visuospatiales sont préservées. Étant donné les structures cérébrales impliquées dans la dépression, soit les régions préfrontales ventromédianes et dorsolatérales, il n'est pas surprenant de trouver deux catégories de problèmes cognitifs associés à la cognition « froide » ou « chaude » (Roiser et Sahakian, 2013). Cette distinction est liée au dysfonctionnement de chacune de ces régions et de leurs liens avec d'autres régions cérébrales. Par cognition « froide », on entend des fonctions cognitives indépendantes des émotions telles que l'attention, la mémoire et les fonctions exécutives, qui sont sous-tendues par les régions dorsolatérales du cortex préfrontal. Ce sont ces fonctions qui font généralement l'objet de l'évaluation neuropsychologique formelle. En revanche, la cognition « chaude » fait référence aux fonctions affectives et émotionnelles impliquées dans la régulation du comportement et des émotions, lesquelles sont sous-tendues par les régions ventromédianes du lobe préfrontal. Généralement, ces fonctions sont examinées lors de l'entrevue clinique ou grâce à des questionnaires et à des tâches nécessitant le traitement de stimuli émotionnels. Évidemment, les cognitions chaude et froide sont interreliées, et les tâches visant à évaluer certains aspects de la cognition froide peuvent être influencées par la cognition chaude si elles impliquent une rétroaction (récompense/punition) ou un niveau élevé de motivation (Gonda et al., 2015).

Cognition « froide »

Les troubles d'attention

L'attention est une fonction complexe qui est sollicitée par un grand nombre d'activités cognitives et comportementales. Elle peut être subdivisée en trois types : l'attention soutenue, l'attention sélective et l'attention divisée. Dans la vie quotidienne, les problèmes d'attention peuvent se manifester par des difficultés à

rester concentré pendant la lecture d'un texte ou l'écoute d'un film (attention soutenue), à porter son attention à une conversation alors que d'autres conversations se déroulent en même temps (attention sélective) et à porter son attention sur deux tâches simultanément, comme lorsqu'on discute en conduisant la voiture (attention divisée). Plusieurs études ont mis en évidence des troubles d'attention dans la dépression. Par exemple, dans une tâche classique évaluant l'attention soutenue et l'inhibition (le *Continuous Performance Test*, où l'on doit presser une touche le plus rapidement possible chaque fois qu'une lettre apparaît, sauf lorsque c'est un X, où l'on doit inhiber sa réponse), les patients déprimés présentent une augmentation des temps de réaction et commettent davantage d'erreurs d'omission et de commission que les participants témoins (Koetsier et al., 2002).

De façon générale, les problèmes d'attention notés dans la dépression sont plus marqués dans les tâches qui sollicitent les processus contrôlés que dans celles qui sollicitent les processus automatiques. En d'autres termes, les problèmes des patients se manifestent principalement dans les tâches nécessitant « un effort mental » important, où ils doivent se mobiliser et générer des stratégies. En revanche, leurs performances sont souvent normales dans les tâches sollicitant les processus attentionnels automatiques (Hammar et Årdal, 2009; Hammar et al., 2003).

De façon générale, les problèmes d'attention notés dans la dépression sont plus marqués dans les tâches qui sollicitent les processus contrôlés que dans celles qui sollicitent les processus automatiques.

Les troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent un ensemble de fonctions, dont les capacités de planification, d'anticipation, d'inhibition motrice et cognitive, de résolution de problèmes, de résistance à l'interférence, de flexibilité mentale et motrice, d'alternance, d'abstraction, de formation de concepts, d'initiation, etc. Dans la vie quotidienne, les difficultés exécutives se manifestent surtout par des problèmes d'organisation dans les situations nouvelles et peu encadrées. Par exemple, les personnes souffrant de dépression peuvent être plus facilement distraites que celles qui n'en souffrent pas par des éléments peu pertinents. Elles peuvent aussi éprouver de la difficulté à anticiper et à planifier un événement, à résoudre des problèmes en faisant preuve de flexibilité et à prendre des décisions et à entreprendre des tâches pour éviter de procrastiner.

De nombreuses études ont mis en évidence des problèmes touchant les fonctions exécutives dans la dépression, comme dans une tâche classique évaluant les capacités de raisonnement et

la flexibilité cognitive (*Wisconsin Card Sorting Test*). Cette tâche consiste à découvrir à partir d'indices indirects les critères de classification de cartes et à modifier ces critères en fonction de nouveaux indices. Les patients souffrant de dépression découvrent généralement moins de critères que ceux qui n'en souffrent pas, tout en ayant plus de difficultés à maintenir une réponse (en étant plus sensibles à l'interférence) et à abandonner un critère au profit d'un nouveau plus adapté (Grant et al., 2001). Ils présentent également des problèmes d'inhibition dans des tâches comme le *Stroop* (nommer la couleur de l'encre sans lire le mot) ou le *Hayling* (compléter une phrase avec un autre mot que celui qui vient automatiquement en tête) et commettent davantage d'erreurs dans des tâches sollicitant les capacités de planification (Gohier et al., 2009).

Les troubles de la mémoire

De façon générale, les problèmes mnésiques observés dans la dépression affectent surtout l'encodage initial de l'information et, à un moindre degré, la récupération de l'information. Bien que les problèmes attentionnels contribuent à expliquer ces derniers, on ne peut exclure l'influence de l'atrophie hippocampique dans la genèse des troubles mnésiques dont se plaignent les patients déprimés. Les problèmes sont plus marqués au rappel libre que lors du rappel indicé et de la reconnaissance, puisque ces deux conditions nécessitent moins de recherche active, c'est-à-dire moins d'effort mental. En général, les difficultés affectent davantage la rétention du matériel visuel que celle du matériel verbal (Burt et al., 1995), possiblement parce que des ressources cognitives additionnelles sont nécessaires pour traiter le matériel visuel, qui est souvent nouveau comparativement aux stimuli verbaux (mots et histoires).

Le ralentissement de la vitesse de traitement de l'information

Toutes les études ne mettent pas en évidence un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information dans la dépression, ce qui peut être expliqué par l'hétérogénéité des participants, des mesures et des sous-types de dépression. Sur le plan clinique, les individus déprimés se plaignent de ne pas avoir les idées claires (« esprit embrumé »), ainsi que d'être ralentis et fatigués. D'ailleurs, leur débit verbal est souvent ralenti et caractérisé par de longues pauses. Il faut souligner que ce ralentissement est associé à la vitesse psychomotrice et aux capacités d'activation mentale, qui peuvent être réduites dans la dépression, surtout dans sa forme anhédonique ou mélancolique. À ce moment, c'est l'ensemble des réponses psychomotrices qui est ralenti et non seulement le traitement de l'information. Bien que plus facilement objectivable dans les tâches chronométrées, le ralentissement psychomoteur peut affecter l'ensemble des tâches administrées lors de l'évaluation neuropsychologique. Les délais nécessaires pour fournir une réponse peuvent être allongés, surtout dans les tâches cognitivement complexes, c'est-à-dire celles

qui demandent de considérer plusieurs éléments simultanément, de générer des solutions pour atteindre un but ou d'effectuer une recherche active en mémoire épisodique (rappel libre d'histoires ou de mots, récits d'événements passés, etc.) ou sémantique (génération de mots appartenant à une catégorie sémantique). Mentionnons qu'en général, le stock sémantique (connaissances didactiques, signification des mots, caractéristiques et usages des objets, connaissance des personnes célèbres et des événements médiatiques, etc.) n'est pas touché dans la dépression, même s'il peut parfois y avoir un problème d'accès, vraisemblablement lié au problème d'activation.

Cognition « chaude »

La régulation du comportement et le biais émotionnel négatif

Dans la dépression, la présence de ruminations est une manifestation des difficultés à réguler les émotions et le comportement. Les problèmes à inhiber les idées récurrentes témoignent d'une perturbation des circuits sous-corticofrontaux sous-tendus par les régions ventromédianes. Sur le plan clinique, les problèmes de régulation comportementale se caractérisent par de l'irritabilité, une faible tolérance à la frustration, un manque de motivation et une hypersensibilité au *feedback* négatif. À titre d'exemple, après avoir commis une erreur, les patients souffrant de dépression ont plus tendance que les témoins à faire des erreurs aux essais suivants (Roiser et al., 2012). De plus, ils ont davantage de difficulté à profiter des renforcements positifs lors de prises de décisions et font plus de choix au hasard (Polosan et al., 2016). Des études ont montré que, contrairement aux individus euthymiques, qui montrent un biais pour le traitement des stimuli positifs, les patients déprimés ont tendance à percevoir, à interpréter et à mémoriser davantage des stimuli ayant une valence émotionnelle négative (Roiser et Sahakian, 2013). Selon Polosan et al. (2016), les patients déprimés perdent le biais optimiste nécessaire pour se projeter positivement dans l'avenir et avoir une impression de contrôle suffisante pour faire face aux situations difficiles et stressantes.

La persistance des troubles cognitifs après la rémission des troubles de l'humeur

En général, la médication antidépressive améliore l'humeur et le fonctionnement cognitif des personnes souffrant d'un trouble dépressif majeur. Cette amélioration serait sous-tendue par une diminution de l'activation du cortex préfrontal antérieur médian, qui serait associée à un meilleur contrôle des distorsions cognitives durant la rémission (Meyer et al., 2019). Cependant, environ 30 à 50 % des personnes en rémission complète ou partielle se plaignent de difficultés cognitives persistantes qui interfèrent avec la reprise de leurs activités antérieures et diminuent leur qualité de vie (Lam et al., 2014).

Dans certains cas, les problèmes cognitifs précèdent même l'apparition des symptômes psychologiques. De plus, la présence de difficultés cognitives avant et durant un trouble dépressif majeur est associée à une moins bonne réponse aux traitements pharmacologiques et à un pronostic de récupération fonctionnelle moins favorable.

L'attention, la mémoire épisodique et, surtout, les fonctions exécutives seraient plus particulièrement touchées. Spécifiquement, les patients rapportent avoir de la difficulté à effectuer un effort mental, à garder le fil de leurs idées, à demeurer concentrés, à accomplir plusieurs tâches simultanément, à se souvenir de certaines informations, à prendre des décisions et à entreprendre des tâches. L'humeur seule ne permettrait pas d'expliquer ces difficultés cognitives résiduelles, qui seraient sous-tendues par les dysfonctions sérotoninergiques, mais aussi noradrénergiques, associées à la dépression. Il est toutefois difficile de départager l'influence des symptômes dépressifs résiduels de celle des effets secondaires de la médication sur la persistance des troubles cognitifs après un épisode dépressif (Gonda et al., 2015).

Dans certains cas, les problèmes cognitifs précèdent même l'apparition des symptômes psychologiques. De plus, la présence de difficultés cognitives avant et durant un trouble dépressif majeur est associée à une moins bonne réponse aux traitements pharmacologiques et à un pronostic de récupération fonctionnelle moins favorable.

Lors de l'évaluation du fonctionnement cognitif des patients souffrant ou ayant souffert d'un épisode dépressif, il est primordial d'inclure à la fois des mesures objectives et des mesures subjectives du fonctionnement cognitif. En effet, les résultats aux mesures subjectives, comme les questionnaires, peuvent être influencés par les distorsions dans le traitement cognitif des informations qui sont associées aux troubles dépressifs (par exemple, la dramatisation, les biais attentionnels et mnésiques à l'égard des erreurs commises). De plus, il est important d'inclure des tâches cognitives qui nécessitent aussi un traitement émotionnel, afin de cibler les « cognitions chaudes ».

La vortioxétine (Trintellix®), qui agit à la fois sur la recapture de la sérotonine et l'activité des récepteurs sérotoninergiques, mais aussi adrénérergiques, dopaminergiques, cholinergiques et histaminergiques, est le seul médicament officiellement reconnu pour atténuer de façon globale les problèmes cognitifs dans le trouble dépressif majeur. Ce médicament améliorerait plus spécifiquement la mémoire épisodique, la mémoire à court terme et la vitesse de traitement de l'information. La duloxétine (Cymbalta®), un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, aurait aussi une influence favorable sur le fonctionnement cognitif, surtout sur le plan de la mémoire épisodique. Son action

sur plusieurs cibles neurochimiques semble donner des résultats positifs non seulement sur l'humeur, mais aussi sur le fonctionnement cognitif. L'inclusion d'exercices cognitifs dans la prise en charge des patients souffrant d'un trouble dépressif pourrait d'ailleurs bonifier l'efficacité des traitements pharmacologiques et psychologiques et favoriser la reprise des activités antérieures, dont le travail. Ces interventions permettraient un meilleur contrôle des cognitions chaudes, grâce entre autres à une amélioration des capacités de la mémoire de travail, d'inhibition et de résolution de problèmes (McIntyre et al., 2013; Pan et al., 2019; Roiser et Sahakian, 2013).

La dépression comme signal d'alarme annonçant une maladie dégénérative

Comme le mentionne la D^{re} Marcoux dans son texte portant sur la dépression chez les personnes âgées, certaines dépressions se manifestent par des symptômes cognitifs, ce qui peut sembler indiquer le début d'une maladie neurodégénérative, sans que ce soit le cas. En revanche, chez certaines personnes âgées, il arrive que des symptômes dépressifs signalent un début de maladie dégénérative (Wolf et Schönfeldt-Lecuona, 2006). Cliniquement, il est important de réaliser une évaluation psychologique et neuropsychologique exhaustive afin d'établir un diagnostic différentiel (Gasser et al., 2018). En effet, un diagnostic erroné peut avoir des conséquences dramatiques sur le devenir de la personne (prise en charge inappropriée, anxiété générée par un diagnostic de maladie neurodégénérative, etc.). Dans une méta-analyse, Bora et al. (2013) rapportent que chez les patients ayant présenté un premier épisode dépressif tardivement, soit après 60 ans, l'atteinte de la cognition globale, de la mémoire verbale et de la vitesse de traitement de l'information est plus importante que chez ceux qui en ont présenté un avant cet âge. Il est possible qu'une proportion de ces patients développent un jour une maladie

dégénérative, surtout ceux qui se plaignent précocement d'un trouble de la mémoire verbale, lequel est caractéristique de la maladie d'Alzheimer, la maladie neurodégénérative la plus fréquente. Par ailleurs, certains changements de personnalité tels que l'apathie, la perte d'intérêt, l'irritabilité et le ralentissement psychomoteur peuvent aussi indiquer le début d'une maladie dégénérative. Dans ce cas, ces changements résultent plus souvent d'autres types de maladies dégénératives que de la maladie d'Alzheimer, dont la démence vasculaire (chez des patients qui ont aussi des facteurs de risque vasculaires comme l'hypertension, le diabète ou l'hypercholestérolémie) ou la démence frontotemporale, qui se manifeste souvent par des changements comportementaux de types apathique ou désinhibé. Il est important que les psychologues soient sensibilisés à l'existence de ces maladies neurodégénératives afin d'assurer à leurs clients une prise en charge adaptée à leurs difficultés (voir vignette 2).

Conclusion

En résumé, les problèmes cognitifs font partie intégrante des symptômes de la dépression et ont un impact majeur sur le fonctionnement personnel et professionnel. Ils peuvent persister malgré l'amélioration de l'humeur et continuer d'interférer de façon significative avec le fonctionnement quotidien. Dans ce cas, il est essentiel de suggérer une consultation médicale pour vérifier si des antidépresseurs agissant aussi sur les symptômes cognitifs pourraient être prescrits. Par ailleurs, il est important que les psychologues soient attentifs aux symptômes dépressifs d'apparition tardive, qui peuvent constituer un signal d'alarme pour un début de maladie neurodégénérative. Dans ce cas, il faut réaliser un bilan exhaustif afin d'établir un diagnostic et de bien orienter le suivi.

Vignette clinique 1 : Madame S.

Il s'agit d'une femme de 55 ans, bilingue et droitère. Elle demeure avec son conjoint, et le couple a deux enfants. Elle occupe un emploi de spécialiste d'exploitation de la circulation aérienne depuis bientôt 30 ans. Ses tâches consistent à « examiner, vérifier, modifier, corriger et diffuser les données de vol requises par les contrôleurs de la circulation aérienne ». Madame S. détient un baccalauréat en enseignement, et ses résultats auraient été supérieurs à la moyenne durant son parcours scolaire. Elle a ensuite obtenu une attestation de spécialiste en régulation de vols.

Madame S. a été victime d'un accident de voiture le 22 mars 2014, sans perte de conscience ni amnésie post-traumatique associée. Elle est ensuite sortie seule de son véhicule et n'a pas été amenée à l'hôpital. Elle a consulté un médecin environ 5 jours plus tard pour des céphalées, des étourdissements, ainsi que des douleurs

au cou, au dos et au bras gauche et des engourdissements au pouce et à l'index de la main gauche. Une arnoldite et une entorse cervicale ont été diagnostiquées. Madame S. a bénéficié de traitements de physiothérapie et de blocs facettaires. Elle a ensuite repris ses activités professionnelles à temps partiel (3 jours non consécutifs) après un arrêt d'environ 2 mois et demi.

En décembre 2016, Madame S. a aidé plusieurs personnes de son entourage en perte d'autonomie qui sont ensuite décédées. Elle a secondairement manifesté une anhédonie, une fatigue avec hypersomnie, une perte d'appétit avec perte de poids, une perte d'énergie et une irritabilité. Elle aurait alors éprouvé encore plus de difficultés à accomplir ses activités professionnelles. Un trouble dépressif majeur a été diagnostiqué par son médecin de famille, et des antidépresseurs lui ont été prescrits. Madame S.

a aussi consulté un psychologue à quelques reprises d'avril à mai 2017. Elle a repris ses activités professionnelles après un arrêt d'environ 8 mois. En raison de la persistance de difficultés physiques et cognitives, un nouvel arrêt de travail a été prescrit en juillet 2018.

Depuis son accident de voiture, Madame S. rapporte des difficultés à gérer les interférences, le stress et les imprévus, surtout au travail. Ainsi, lorsqu'elle doit interrompre une tâche pour en accomplir une autre (ex. : répondre au téléphone), elle perd le fil et doit recommencer du début. Elle décrit aussi des problèmes à effectuer plusieurs tâches simultanément, comme lorsqu'elle doit traiter différentes informations afin de trouver des solutions appropriées (ex. : plans de vol alternatifs). Madame S. aurait également des problèmes à suivre les conversations en groupe et serait facilement distraite par les bruits et les autres conversations. Elle devrait donc souvent demander qu'on lui répète les informations. D'autre part, il lui arriverait plus fréquemment d'oublier d'effectuer certaines tâches. Elle décrit aussi un ralentissement de la pensée, ainsi que des problèmes à entreprendre et à planifier efficacement les différentes tâches à accomplir, qui lui apparaissent souvent insurmontables. En raison de ses difficultés, Madame S. affirme commettre des erreurs et devoir systématiquement revérifier son travail, ce qui ralentirait significativement son rythme et lui causerait de l'anxiété. Elle craint toutefois de ne pas remarquer certaines erreurs qui pourraient avoir des conséquences graves. À la fin d'une journée de travail, elle serait donc généralement épuisée et devrait se reposer une fois rendue chez elle. Elle ressentirait aussi des céphalées et encore plus de douleurs physiques, surtout au cou, au dos et au bras gauche (jusqu'à 8-9/10). Par ailleurs, ses difficultés cognitives et physiques affecteraient son humeur. Madame S. se dit moins joyeuse et plus renfermée, ce qui aurait été remarqué par les gens de son entourage. Son conjoint ajoute d'ailleurs qu'elle est plus irritable à la fin d'une journée de travail. De plus, la qualité du sommeil de Madame S. serait affectée par ses douleurs physiques. Celle-ci aurait des problèmes d'induction et des réveils fréquents et ressentirait encore de la fatigue au lever.

Médication actuelle

- Abilify (5 mg) et Effexor (150 mg)
- Zopiclone et Tramacet (occasionnels)

Antécédents médicaux et psychiatriques

- Accident de voiture en décembre 2005 ayant causé une cervicalgie chronique (arrêt de travail d'environ 5 mois avec retour progressif sur plusieurs mois).
- Violences verbales et parfois physiques perpétrées par le père jusqu'à l'âge de 4-5 ans. Ce dernier présentait un trouble lié à la consommation d'alcool. Les parents de la cliente ont ensuite divorcé, et celle-ci est demeurée avec sa mère. Elle n'a plus de contact avec son père depuis l'âge de 12 ans.

Les résultats de l'évaluation mettent en évidence de légères difficultés cognitives qui se caractérisent par :

- Un ralentissement léger à modéré de la vitesse de traitement de l'information verbale et visuelle qui domine le tableau clinique;
- Une légère diminution des capacités d'activation mentale qui est accompagnée d'une fatigabilité mentale;
- Une légère diminution des capacités d'attention sélective et d'attention divisée;
- De légères difficultés à traiter simultanément plusieurs informations;
- Une faiblesse de la capacité à récupérer l'information en mémoire épisodique avec le passage du temps et une légère sensibilité à l'interférence (surcharge des capacités mnésiques lorsque différentes informations doivent être apprises une à la suite de l'autre).

Les légères difficultés cognitives décelées apparaissent liées à l'épisode dépressif majeur qui est actuellement en rémission. En effet, plusieurs patients continuent d'éprouver des difficultés cognitives après un épisode dépressif majeur. Les douleurs chroniques secondaires à l'accident de voiture subi en 2014 semblent avoir augmenté la vulnérabilité de la cliente aux stressors environnementaux tels que les exigences professionnelles élevées, la prise en charge de personnes en perte d'autonomie et les deuils.

Les légères difficultés cognitives objectivées apparaissent à la fois chroniques et suffisamment importantes pour interférer avec la réalisation des tâches professionnelles. En effet, ces dernières expliquent plusieurs plaintes exprimées par Madame S. lors de l'entrevue. Afin de demeurer efficace et d'éviter de commettre des erreurs dans ses tâches professionnelles, elle doit fournir un effort mental supplémentaire pour compenser le ralentissement de sa vitesse de traitement de l'information et la diminution de ses capacités d'attention sélective et d'attention divisée. De plus, elle doit vérifier systématiquement son travail, puisqu'elle éprouve des problèmes à traiter rapidement les informations sans commettre d'erreur. Cet effort mental supplémentaire génère davantage de stress, exacerbe ses douleurs physiques et entraîne une fatigue importante à la fin de sa journée de travail.

Il serait recommandé que la cliente occupe un emploi à temps partiel (3 jours non consécutifs) qui est à la fois moins stressant et moins exigeant sur le plan cognitif. Par ailleurs, une médication antidépressive qui diminue les troubles cognitifs associés à la dépression pourrait être tentée. Enfin, la patiente pourrait être dirigée vers des cliniques du sommeil et de la douleur afin d'assurer une prise en charge appropriée.

Vignette clinique 2 : Madame G.

Madame G. est une patiente âgée de 72 ans qui est dirigée en neuropsychologie par sa psychologue, qui la traite depuis un an pour des symptômes anxiodépressifs. Elle prend aussi de l'Effexor, qui a été prescrit par son médecin de famille. Elle consulte en psychologie en raison de changements survenus dans ses responsabilités familiales depuis la retraite de son mari et le départ de son fils souffrant de schizophrénie. Selon sa psychologue, les troubles cognitifs de Madame G. apparaissent inhabituels considérant le contexte clinique.

En entrevue, Madame G. rapporte avoir de la difficulté à effectuer des actions simples, comme ordonner les étapes nécessaires pour nourrir ses chats ou s'habiller (elle ne sait plus par où commencer). Elle dit avoir des troubles d'écriture avec difficultés à former les lettres et à les tracer en ligne droite. Elle éprouve aussi des problèmes à repérer des choses dans l'environnement, comme le sucre sur la table ou un oiseau dans le ciel. Ses proches ne semblent pas remarquer ses difficultés, ce qui l'inquiète. En revanche, elle juge ne pas éprouver de trouble d'attention ou de mémoire. Elle décrit un effet positif de sa psychothérapie sur ses relations interpersonnelles, mais non sur son fonctionnement cognitif. De plus, elle n'a remarqué aucun effet associé à la prise d'antidépresseurs. Globalement, elle se dit inquiète plutôt que déprimée ou triste.

Il n'y a aucun antécédent pertinent lié à l'état actuel. Madame G. est mariée et mère de trois fils et a une scolarité de niveau collégial. Avant qu'il prenne sa retraite, son mari occupait un emploi qui nécessitait des déménagements fréquents sur différents continents. Madame G. s'occupait alors des tâches générées par ces nombreux déménagements (trouver de nouvelles écoles pour les enfants, acheter une nouvelle maison et des meubles, établir de nouvelles relations sociales, etc.).

La cliente se présente seule à son rendez-vous, et sa tenue est soignée. Elle offre une excellente collaboration et utilise efficacement l'humour. Son discours est cohérent et son vocabulaire, riche. Elle décrit de façon détaillée la nature de ses difficultés et comprend très bien les questions posées tout en y répondant avec précision. L'évaluation neuropsychologique révèle les points suivants :

- Un très bon potentiel intellectuel tant pour les connaissances générales que pour les capacités d'abstraction.
- Aucun indice de dysfonction frontale n'est observé aux diverses épreuves administrées : le jugement est préservé, les capacités d'inhibition sont intactes et la fluence verbale est abondante, sans bris de consigne ou tendances persévératives.

- Absence d'atteinte de la mémoire épisodique, tant pour l'apprentissage de nouvelles informations que pour la récupération après délai.
- Présence d'un syndrome de Gerstmann avec agnosie digitale (perte du schéma corporel de la main), indistinction entre la droite et la gauche (qui pourrait expliquer ses difficultés à s'habiller), acalculie (trouble du calcul affectant même les opérations simples) et agraphie (trouble d'écriture affectant la formation des lettres et l'organisation du texte sur la ligne). Ce syndrome est le résultat d'une atteinte du lobe pariétal gauche.
- Présence de troubles visuospatiaux sévères avec difficultés à repérer des cibles, à copier des figures géométriques, à s'orienter dans des environnements nouveaux (trouble de l'orientation topographique) et à détecter les stimuli situés dans la partie gauche de l'environnement. Ces troubles sont généralement observés lors d'une atteinte du lobe pariétal droit.

Ce profil neuropsychologique est compatible avec un diagnostic d'atrophie corticale postérieure (atteinte des lobes pariétaux droit et gauche), une maladie neurodégénérative rare. Bien que la mémoire soit préservée, il s'agit d'une forme atypique de la maladie d'Alzheimer : avec le temps, d'autres symptômes apparaissent (troubles de la mémoire et du langage, sémologie frontale, etc.), et plus de 80 % des cas présentent à l'autopsie les modifications neuropathologiques caractéristiques de la maladie d'Alzheimer.

Une réévaluation neuropsychologique réalisée deux ans plus tard indique une aggravation des symptômes cognitifs. De plus, Madame G. est devenue très anxieuse et ne sort plus seule, par crainte de se perdre, car ses troubles d'orientation topographique se sont nettement accentués. Cependant, elle bénéficie de l'aide de son mari, qui a bien compris la nature et l'étiologie de ses difficultés, lesquelles ont été expliquées de façon détaillée lors de la rencontre bilan. Des stratégies susceptibles d'atténuer les conséquences des difficultés de la cliente dans sa vie quotidienne ont aussi été longuement discutées lors de cette rencontre. Madame G. a été dirigée en neuropsychiatrie afin que son anxiété soit prise en charge.

LE TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ CHEZ LES ADULTES DANS UNE APPROCHE POPULATIONNELLE

QUELLES SONT LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DES GUIDES DE PRATIQUE CLINIQUE ?

D^{re} Pasquale Roberge,

Ph. D., psychologue,
professeure agrégée au
Département de médecine de
famille et de médecine d'urgence
de l'Université de Sherbrooke

D^r Martin D. Provencher,

Ph. D., psychologue,
professeur titulaire à
l'École de psychologie
de l'Université Laval

Introduction

Dans une perspective sociétale, la dépression devrait être considérée parmi les grandes priorités en santé à l'échelle internationale. Des conséquences sociales et économiques majeures sont liées à la prévalence élevée de la dépression, à son cours chronique caractérisé par des épisodes multiples, à la comorbidité psychiatrique et physique, à l'utilisation de services de santé, aux hospitalisations, à la mortalité et aux incapacités fonctionnelles dans plusieurs domaines d'activité (Hasin et al., 2018; König et al., 2020; Lamers et al., 2011; Patten et al., 2015; Penninx et al., 2011; Scott et al., 2007). Il est essentiel de mener une action concertée interdisciplinaire face à la dépression pour améliorer la santé de la population. Bien qu'une telle approche globale en santé mentale des populations doive aussi agir en amont tant sur le plan de la promotion de la santé mentale que sur celui de la prévention des troubles mentaux, la perspective abordée dans le présent article sera circonscrite au traitement de la dépression chez les adultes. En outre, bien que l'article s'inscrive dans une vision de pratique fondée sur des données probantes en psychothérapie, sa contribution particulière porte sur les guides de pratique clinique.

Utilisation de services de santé

Dans une approche populationnelle, les personnes souffrant de dépression devraient en majorité accéder aux traitements dont l'efficacité est la mieux établie. Une analyse comparative des données des éditions 2002 et 2012 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* montre qu'environ 5 % de la population présente un épisode dépressif au cours d'une année, une donnée stable d'une enquête à l'autre (Patten et al., 2016). Les professionnels les plus consultés pour des raisons de santé mentale chez les personnes ayant vécu un épisode de dépression majeure dans les 12 derniers mois sont les médecins omnipraticiens (2002/2012 ; 40,6 %/45,1 %), les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes (16,7 %/24,0 %), les psychologues (13,9 %/18,1 %), les psychiatres (19,7 %/21,3 %) et les infirmières (4,8 %/7,6 %). Sur une période de 10 ans, les auteurs de l'étude rapportent une progression de 41,3 % à 52,2 % quant à l'accès à un traitement potentiellement adéquat, laquelle s'explique principalement par la fréquence des consultations en santé mentale (39,5 %; au moins six visites à un professionnel de la santé), alors que la prise d'antidépresseurs demeure stable (33,9 %). Notons que ces données s'appliquent à l'ensemble du Canada et que les données provinciales publiées par l'Institut de la statistique du Québec indiquent quant à elles que les professionnels les plus consultés pour des raisons de santé mentale sont les médecins de famille et les psychologues (Baraldi et al., 2015). Au Québec, les résultats d'une enquête réalisée dans 65 cliniques de première ligne indiquent également qu'environ une personne sur deux a accès à un traitement minimalement adéquat pour la dépression (Duhoux et al., 2012). Pour les patients répondant aux critères diagnostiques d'un épisode de dépression au cours des 12 derniers mois (n = 915), les indicateurs de traitement minimalement adéquat sont atteints pour la pharmacothérapie (28,5 %; médicament antidépresseur et trois consultations médicales), la psychothérapie (6,7 %; 12 consultations pour des raisons de santé mentale et approche autodéclarée de psychothérapie cognitive-comportementale ou interpersonnelle) ou les deux (17 %). Des résultats semblables sont notamment obtenus à partir d'analyses de données administratives en Colombie-Britannique, où les taux d'adéquation sont de 13 % pour la psychothérapie/le counseling et de 48 % pour le traitement par antidépresseurs (Puyat et al., 2016).

Parmi les points à souligner des écrits scientifiques sur l'adéquation des soins, notons d'abord que les grandes enquêtes épidémiologiques réalisées à travers le monde arrivent à des résultats comparables (Fernandez et al., 2007; Prins et al., 2010; Wang et al., 2007). Ensuite, l'intégration croissante des approches non pharmacologiques dans le traitement de la dépression est en cohérence avec une préférence des patients pour la psychothérapie (McHugh et al., 2013). Il n'en demeure pas moins que les indicateurs d'adéquation sont peu spécifiques quant à la psychothérapie, ce qui entraîne probablement une surestimation de l'accès à une

Les guides de pratique clinique (GPC) constituent un outil incontournable de la pratique fondée sur des données probantes, qui intègre les données scientifiques, l'expertise clinique et la préférence du patient.

psychothérapie éprouvée. Le développement de mesures valides qui prennent en considération les traitements psychologiques fondés sur des données probantes (p. ex., expertise clinique, approche de psychothérapie) est nécessaire pour bien documenter l'adéquation des soins selon les guides de pratique clinique. À titre d'exemple, Stein et al. (2004) ont développé une brève échelle de six items sur les composantes de thérapie cognitive-comportementale qui pourrait être intégrée à de futures enquêtes épidémiologiques. Un enjeu connexe à considérer est l'analyse des déterminants de l'adéquation qui en découle. Il est bien établi que des caractéristiques individuelles telles que le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, les assurances privées et la comorbidité sont liées à l'adéquation des soins (Duhoux et al., 2012; Prins et al., 2010; Wang et al., 2007). Cependant, en l'absence d'indicateurs rigoureux d'adéquation des soins non pharmacologiques, il est difficile de mettre en lumière les déterminants différentiels de l'accès à la psychothérapie éprouvée.

Les guides de pratique clinique

Les guides de pratique clinique (GPC) constituent un outil incontournable de la pratique fondée sur des données probantes, qui intègre les données scientifiques, l'expertise clinique et la préférence du patient. Les GPC sont des « énoncés développés de manière systématique pour aider à la prise de décision des professionnels et des patients quant aux soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques précises » [traduction libre] (Field et Lohr, 1992). Ils permettent d'accéder rapidement à une synthèse des données probantes, et peuvent faciliter la prise de décision partagée pour le traitement des troubles dépressifs. Les GPC figurent parmi les sources de synthèses de connaissances, tout comme les revues systématiques (p. ex., Cochrane Library), et doivent faire l'objet d'une analyse critique avant que l'on puisse conclure à la pertinence de leurs résultats pour une question clinique.

Comment s'y retrouver parmi les GPC qui proviennent de sources diverses (p. ex., associations médicales et professionnelles, agences gouvernementales, organisations de santé, sociétés privées)? L'outil le plus utilisé pour évaluer la validité interne et externe et l'applicabilité des recommandations d'un GPC est la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique* (grille AGREE II; <http://www.agreertrust.org>) [Brouwers et al., 2010]. La grille AGREE II évalue six grands

domaines (23 éléments) liés à la qualité des GPC : champ et objectifs, participation des groupes concernés, rigueur d'élaboration, clarté et présentation des recommandations, applicabilité des recommandations et indépendance éditoriale.

Dans le domaine de la santé mentale, des chercheurs se sont intéressés à l'évaluation systématique des GPC selon la grille AGREE II. Dans une étude de la portée ciblant les GPC pour la dépression chez les adultes, seulement trois des onze GPC (27 %) recensés atteignent un score global de 70 % pour la rigueur d'élaboration, et seulement deux prennent en considération la perspective des patients (Zafra-Tanaka et al., 2019). Des résultats semblables sont obtenus lors de l'analyse critique de 25 GPC recensés pour les troubles anxieux et dépressifs chez les enfants et les adolescents, où seulement 20 % des GPC atteignent des critères minimaux de qualité et environ le tiers sont considérés comme étant à jour (Bennett et al., 2018). Un constat qui se dégage de ces écrits est que les GPC de qualité élevée sont généralement élaborés par des organismes gouvernementaux et des groupes d'experts indépendants plutôt que par des organisations professionnelles (Bennett et al., 2018; Middleton et al., 2019; Roberge et al., 2013; Stamoulos et al., 2014; Zafra-Tanaka et al., 2019). Il est donc essentiel de porter un regard critique sur le choix d'un GPC afin de s'assurer de la qualité des recommandations cliniques qui en découlent.

Un point essentiel à retenir est que le traitement devrait être modulé selon la gravité des symptômes, les caractéristiques du patient et ses préférences, ce qui implique que ce ne sont pas tous les patients qui obtiennent initialement une intervention de faible intensité.

Soulignons également que la dissémination des GPC ne suffit pas à améliorer les pratiques cliniques en santé mentale et que des stratégies d'implantation efficaces s'avèrent essentielles pour améliorer la qualité des soins. De nombreux cadres d'application des connaissances en santé permettent de guider ce processus, tel le cycle Des connaissances à la pratique (Graham et al., 2006). À la suite d'une évaluation rigoureuse des barrières et des facilitateurs liés au contexte (p. ex., attitudes, connaissances, ressources), on peut recourir à des stratégies éducatives, professionnelles, organisationnelles, législatives et financières pour favoriser l'intégration des recommandations cliniques dans la pratique (Burgers et al., 2005). Implanté en Angleterre en 2008, le programme Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) est l'initiative la plus ambitieuse à ce jour quant à l'ensemble des stratégies déployées à l'échelle nationale pour améliorer l'accès à la psychothérapie pour les troubles anxieux et dépressifs selon les recommandations des GPC. Le programme IAPT

(National Collaborating Centre for Mental Health, 2020) s'appuie sur les recommandations cliniques pour la psychothérapie des GPC du National Institute for Health and Care Excellence (NICE; <https://www.nice.org.uk/guidance>), qui se démarquent systématiquement par leur qualité et leur mise à jour périodique.

Ce programme repose sur trois grands principes, soit la prestation de psychothérapie fondée sur des données probantes selon une intensité adéquate, la présence de professionnels de la santé formés et supervisés de manière adéquate et l'évaluation systématique des symptômes. Parmi les autres initiatives liées à l'implantation, mentionnons Qualité des services de santé Ontario, qui publie des outils destinés à soutenir l'adoption des normes de qualité pour la dépression (Qualité des services de santé Ontario, 2016), et le système de santé de Kaiser Permanente, aux États-Unis, qui a récemment implanté une approche de formation et de traitement d'approche cognitive-comportementale pour la dépression afin d'améliorer l'accès et l'intégrité thérapeutique pour la thérapie cognitive-comportementale (TCC) en contexte réel (Karlin et al., 2019). Bien que trop nombreuses pour que nous puissions les décrire de manière exhaustive, de multiples initiatives de dissémination et d'implantation des recommandations cliniques des GPC pour la dépression peuvent soutenir la réflexion quant aux stratégies à déployer pour améliorer l'accès à la psychothérapie.

Principe organisationnel – Le modèle de soins en étapes

Le modèle de soins en étapes est imbriqué dans de nombreuses initiatives conçues pour améliorer la qualité des soins de santé mentale. Mis de l'avant dans plusieurs GPC du NICE, ce modèle propose une hiérarchisation des soins et services où les interventions les moins complexes, donc qui requièrent le moins de ressources spécialisées, sont d'abord offertes aux patients (Bower et Gilbody, 2005; Haugh et al., 2019; Katon et Seelig, 2008; van Straten et al., 2010; Von Korff et Tiemens, 2000). Un point essentiel à retenir est que le traitement devrait être modulé selon la gravité des symptômes, les caractéristiques du patient et ses préférences, ce qui implique que ce ne sont pas tous les patients qui obtiennent initialement une intervention de faible intensité. Il est essentiel de réaliser une évaluation continue et systématique de la réponse au traitement afin d'assurer si nécessaire une progression vers des degrés de soins plus complexes.

Les interventions de faible intensité sont envisagées dans les soins en étapes comme une approche visant à améliorer l'accès à la psychothérapie éprouvée, et s'appuient fréquemment sur les principes de TCC (Bennett-Levy et al., 2010). Celles-ci misent le plus souvent sur la réduction du temps d'intervention par les psychologues et psychothérapeutes et sur l'offre à des intervenants non spécialisés en santé mentale d'une formation sur des stratégies d'intervention spécifiques. Parmi les interventions de faible intensité pour la dépression, notons les interventions

d'autosoins, les interventions assistées par ordinateur et les interventions de groupe. Il existe des données probantes qui confirment l'efficacité de ces interventions de faible intensité pour la dépression, et celles-ci ne devraient pas être remplacées par des approches non spécifiques lorsque l'on s'appuie sur les GPC.

Recommandations cliniques des GPC en lien avec la psychothérapie pour la dépression

Les principaux GPC d'influence au Canada sont le *Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder* (Kennedy et al., 2009; Lam et al., 2016) du Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) et le *Depression in adults: Recognition and management clinical guideline [CG90]* du National Institute for Health and Care Excellence (2009a). La mise à jour du GPC de 2016 du CANMAT comprend six sections; la section 2 est consacrée aux traitements psychologiques (Parikh et al., 2016). Quant au GPC du NICE, on y retrouve notamment des interventions psychosociales et psychologiques, d'intensités faible et élevée, organisées selon un modèle de soins en étapes. Tous les documents sur la dépression rédigés par le NICE sont accessibles sur son site Web, dont des mises à jour, un GPC pour la dépression chez les personnes souffrant de maladies chroniques physiques (National Institute for Health and Care Excellence, 2009b) et, plus récemment, un GPC sur la dépression chez les enfants et les adolescents (National Institute for Health and Care Excellence, 2019). Une mise à jour du GPC sur la dépression chez l'adulte du NICE est en cours d'élaboration.

D'autres organismes ont publié récemment des GPC pour le traitement de la dépression. Par exemple, Qualité des services de santé Ontario (2016) a publié un guide intitulé *La dépression clinique : soins aux adultes et aux adolescents*. Comme ce guide s'appuie entre autres sur les GPC du NICE (2009a, 2009b) et du CANMAT (2009), les recommandations sont semblables à celles présentées ci-dessous. De plus, l'American Psychological Association (APA) a publié un GPC intitulé *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts* (American Psychological Association, 2019). Bien que ce guide présente des recommandations similaires (mis à part quelques exceptions), différents choix méthodologiques et conceptuels limitent la comparaison de ces résultats avec ceux des autres GPC¹. Pour ces raisons, ces recommandations ne sont pas reprises ci-dessous.

Récemment, dans le cadre de l'implantation du Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a publié le GPC *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services* (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2019; <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-914-20W.pdf>). Ce GPC est une traduction du GPC intitulé *Common mental health problems: Identification and pathways to care* (National Institute for Health and Care Excellence, 2011), initialement publié en 2011 par le NICE, et est

Pour présenter un survol des principales recommandations cliniques d'approche psychosociale et psychologique pour la dépression chez les adultes, nous nous appuyons sur le protocole de soins du projet Jalons, Faire face à la dépression au Québec (Fournier et al., 2012),

contextualisé en fonction de l'organisation des services du Québec. Il vise à améliorer l'accès aux soins et aux services de proximité pour le repérage, l'évaluation et la mise en place de trajectoires de soins pour les troubles mentaux courants chez les adultes, et devrait être utilisé de manière complémentaire aux GPC pour les troubles mentaux spécifiques. À noter que les recommandations en lien avec la dépression formulées dans le guide québécois s'appuient sur le GPC du NICE publié en 2009 (National Institute for Health and Care Excellence, 2009a, 2009b). Ainsi, lors de la parution de la nouvelle version complète du GPC pour la dépression du NICE, il serait souhaitable qu'une mise à jour soit réalisée et aussi que le GPC spécifique à la dépression soit rendu disponible en français par le PQPTM.

Pour présenter un survol des principales recommandations cliniques d'approche psychosociale et psychologique pour la dépression chez les adultes, nous nous appuyons sur le protocole de soins du projet Jalons, *Faire face à la dépression au Québec* (Fournier et al., 2012), publié en 2012 par notre équipe afin de faciliter la mise en œuvre de stratégies d'amélioration de la qualité des soins de première ligne fondées sur des données probantes pour la dépression. L'équipe de recherche, soutenue par un comité d'experts et des représentants du réseau de la santé, a utilisé la méthodologie rigoureuse ADAPTE (ADAPTE Collaboration, 2009; Roberge et al., 2015) pour formuler des recommandations cliniques en se basant sur les GPC du NICE et du CANMAT, tous deux publiés en 2009. Nous reprenons les principales recommandations ci-dessous en tenant compte de la mise à jour du GPC du CANMAT (Parikh et al., 2016) et de la traduction du guide du NICE (2011) sur les troubles mentaux fréquents publiée par le MSSS (2019). Les recommandations sont présentées selon les différents paliers du modèle de soins en étapes. Notons que de nombreuses précisions et une panoplie d'outils complémentaires sont présentés dans le protocole Jalons, et nous considérons que ceux-ci peuvent être utilisés avec prudence d'ici la mise à jour du NICE. Pour les recommandations détaillées, voir les GPC originaux.

Étape 1 – Toutes les présentations connues et soupçonnées de la dépression

Le repérage et la gestion initiale de la dépression débutent par la reconnaissance des personnes à risque, soit des groupes à risque (p. ex., antécédents de trouble dépressif, problèmes psychosociaux,

Un point essentiel à noter en lien avec le repérage et l'évaluation est l'importance dans une approche de soins en étapes du monitoring clinique systématique et continu, afin que le traitement soit modulé selon les besoins de la personne.

problèmes de santé physique chroniques) ou des personnes qui présentent des symptômes (p. ex., symptômes physiques inexpliqués, insomnie, anxiété, fatigue). Afin de repérer les personnes présentant un possible trouble dépressif, vous pouvez poser les deux questions suivantes :

« Au cours du dernier mois : Avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? Vous êtes-vous senti(e) triste, déprimé(e) ou désespéré(e) ? Si la personne répond "oui" à l'une ou l'autre des questions de dépistage de la dépression, un clinicien habilité à faire une évaluation devrait examiner l'état mental de la personne, ainsi que ses difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales. » (Fournier et al. [Protocole Jalons], 2012, p. 23)

Après ce repérage initial des symptômes, l'évaluation clinique par un professionnel de la santé habilité à évaluer le trouble mental devrait prendre en considération le degré de symptomatologie, le degré de fonctionnement, la durée de l'épisode, l'histoire clinique (incluant l'examen médical), les facteurs psychosociaux, ainsi que le risque et l'urgence suicidaire. Il est recommandé d'appliquer les critères du *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013) pour poser un diagnostic de trouble dépressif caractérisé.

Un point essentiel à noter en lien avec le repérage et l'évaluation est l'importance dans une approche de soins en étapes du monitoring clinique systématique et continu, afin que le traitement soit modulé selon les besoins de la personne. Il peut être avantageux d'utiliser des outils communs dans le contexte de soins en collaboration pour la dépression (p. ex., médecin de famille et psychologue). Dans le cadre du PQPTM, un ensemble de questionnaires en santé mentale sont proposés pour le monitoring de l'évolution clinique. Le *Questionnaire sur la santé du patient - 9* (QSP-9) est un questionnaire bref, rempli par le clinicien ou le patient, qui permet d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs et le niveau de fonctionnement (Kroenke et al., 2001). D'autres outils peuvent également s'avérer utiles, tels le questionnaire d'appréciation de l'adaptation relative aux activités sociales et au travail (WSAS) [Mundt et al., 2002] et les questionnaires d'appréciation des symptômes d'anxiété, des symptômes de stress post-traumatique et des symptômes obsessionnels et compulsifs. Enfin, un outil de repérage adapté au contexte d'implantation du PQPTM est aussi proposé en annexe du GPC sur les troubles mentaux fréquents (MSSS, 2019).

À la suite de cette démarche évaluative, il devrait être possible de déterminer si un passage vers une autre étape du modèle de soins en étapes est nécessaire, ou bien si une intervention de soutien, de psychoéducation et de surveillance active est suffisante à court terme.

« Pour les personnes qui, selon l'avis du clinicien, pourraient se rétablir sans avoir recours à une intervention professionnelle, pour celles présentant [un trouble dépressif léger] qui ne veulent pas amorcer un traitement, ainsi que pour celles qui présentent des symptômes dépressifs sous le seuil clinique et souhaitent une intervention : discuter avec la personne du ou des problèmes présentés et des préoccupations qu'elle a à ce sujet; renseigner la personne sur la dépression et son évolution (fiches d'information, références à des ressources au sein de la communauté); prévoir une évaluation ultérieure, habituellement au cours des deux semaines suivantes; communiquer avec la personne si elle ne se présente pas à ses rendez-vous. » (Protocole Jalons, p. 30)

Étape 2 – Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique ou trouble dépressif léger ou moyen

Les recommandations cliniques de l'étape 2 du protocole Jalons comprennent des interventions psychosociales et psychologiques de faible intensité, dont la bibliothérapie, le soutien individuel à l'autogestion des soins basée sur les principes de la TCC, et la TCC assistée par ordinateur. D'autres interventions de faible intensité sont également recommandées, soit un programme structuré d'activités physiques, de préférence en groupe et supervisé, ainsi que la lumbinothérapie (Fournier et al., 2012; Ravidran et al., 2016).

Dans le but d'adopter une terminologie commune, nous proposons d'utiliser à l'étape 2 le concept d'autosoins, qui, comparativement à « autogestion des soins », nous paraît être une traduction plus fidèle du concept de « self-care » présenté dans le GPC du NICE, et qui est d'ailleurs retenu dans la traduction du GPC du NICE du PQPTM de 2019. L'autogestion réfère davantage à une approche complémentaire au traitement dans une perspective de rétablissement personnel (Houle et al., 2013). Notons également que nous retenons seulement les autosoins dans leur forme dirigée, et non la bibliothérapie (deuxième intention par le CANMAT, avec soutien d'un clinicien). Une approche d'intervention d'autosoins dirigés devrait :

« être basée sur les principes de la TCC (incluant l'activation comportementale); comporter de la documentation adaptée au degré de compréhension de la personne; être soutenue par un professionnel formé qui facilite l'application du programme [d'autosoins dirigés] et qui en évalue les progrès et les résultats; comprendre jusqu'à six à huit séances (en personne ou par téléphone), réparties sur neuf à douze semaines, incluant le suivi. » (Protocole Jalons, tableau 4, p. 33)

À titre d'information complémentaire, si la personne refuse les interventions de faible intensité à l'étape 2, la TCC de groupe est recommandée par le NICE (2009a, 2009b) en deuxième intention dans la mesure où elle s'appuie sur un modèle structuré, est administrée par deux cliniciens formés et compétents, comprend de 10 à 12 rencontres de groupes formés de 8 à 10 participants et s'échelonne sur une période de trois ou quatre mois.

Finalement, voici les principes généraux liés aux antidépresseurs selon le protocole Jalons :

« Ne pas recourir systématiquement aux antidépresseurs pour traiter les symptômes dépressifs persistants sous le seuil diagnostique ou [le trouble dépressif léger], car le rapport risque-bénéfices est faible. Cependant, envisager d'y recourir : pour les personnes qui ont des antécédents de [trouble dépressif moyen ou grave]; lorsque l'apparition initiale de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique remonte à longtemps (habituellement au moins deux ans); si les symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique ou [le trouble dépressif léger] persistent après d'autres interventions. » (Protocole Jalons, p. 37)

Étape 3 – Persistance de symptômes dépressifs sous le seuil diagnostique, ou trouble dépressif léger ou moyen avec une réponse inadéquate aux interventions initiales. Trouble dépressif moyen ou grave

À l'étape 3, les recommandations tirées du protocole Jalons varient selon le profil clinique.

« Si une intervention psychologique de faible intensité n'a pas été bénéfique pour la personne qui présente des symptômes dépressifs persistants sous le seuil clinique ou qui souffre [d'un trouble dépressif léger ou moyen, plusieurs interventions, seules ou combinées, peuvent être envisagées] : une intervention psychologique de haute intensité; ou un traitement pharmacologique : un antidépresseur (normalement, un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine [ISRS]). Pour la personne qui souffre de [trouble dépressif moyen ou grave], il est recommandé d'offrir une combinaison de traitements antidépresseurs et d'intervention psychologique de haute intensité. » (Protocole Jalons, p. 35)

Parmi les interventions psychologiques de haute intensité, les suivantes sont recommandées en première intention : 1) thérapie cognitive-comportementale (TCC); 2) psychothérapie interpersonnelle (PTI); 3) activation comportementale (AC; données probantes insuffisantes pour que cette approche soit recommandée en traitement combiné avec la médication). Différentes recommandations devraient être suivies lors de l'application de l'une ou l'autre de ces interventions; l'intervention devrait notamment comprendre de 16 à 20 rencontres sur une période de 3 ou 4 mois, débuter par 2 rencontres par semaine (trouble dépressif moyen ou grave), offrir 3 ou 4 rencontres de suivi et ajuster au besoin le nombre de rencontres en cas de rémission ou lorsque des progrès sont réalisés et qu'une prolongation est jugée bénéfique (p. ex., trouble de personnalité, stressors psychosociaux).

« Les interventions pour le trouble dépressif devraient toutes être effectuées par des cliniciens compétents. Les interventions psychologiques et psychosociales devraient être basées sur les manuels de traitement pertinents, qui doivent guider la structure et la durée de l'intervention. Les cliniciens devraient envisager d'utiliser les cadres de compétences développés à partir des manuels de traitement pertinents. Pour chaque intervention psychologique [de haute intensité], le clinicien devrait : recevoir une supervision de haute qualité de façon régulière; utiliser des mesures de monitoring en continu de façon régulière et s'assurer que la personne ayant un trouble dépressif est impliquée dans l'évaluation de l'efficacité du traitement; effectuer l'auto-observation et l'évaluation de l'adhésion au traitement et de la compétence du thérapeute, par exemple en utilisant un enregistrement vidéo ou audio des séances et, s'il y a lieu, en ayant recours à une évaluation par un tiers (audit). » [traduction libre] (NICE, 2009a, 2009b, p. 15)

Parmi les interventions psychologiques visant à prévenir la rechute chez les personnes à risque élevé (qu'un antidépresseur soit pris ou non) ou à traiter les symptômes dépressifs résiduels à la suite du traitement, la TCC en individuel et la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) [pour les personnes ayant connu trois épisodes ou plus] sont également recommandées.

« Les interventions pour le trouble dépressif devraient toutes être effectuées par des cliniciens compétents. Les interventions psychologiques et psychosociales devraient être basées sur les manuels de traitement pertinents, qui doivent guider la structure et la durée de l'intervention. [...] »

Finalement, d'autres interventions peuvent être offertes lors du traitement d'un épisode de trouble dépressif. Par exemple, bien qu'il ne s'agisse pas d'une alternative à une psychothérapie de première intention, une thérapie comportementale de couple est recommandée pour les individus en contexte de relation stable lorsque celle-ci peut jouer un rôle dans l'évolution clinique du trouble dépressif. De plus, chez les personnes qui refusent un traitement de première intention, les interventions psychologiques suivantes sont suggérées en deuxième intention : 1) counseling (pour les symptômes dépressifs sous le seuil clinique persistants ou un trouble dépressif léger ou moyen); 2) thérapie de résolution de problèmes (pour les symptômes dépressifs sous le seuil clinique persistants ou un trouble dépressif léger ou moyen); 3) thérapie psychodynamique brève (pour un trouble dépressif léger ou moyen); 4) thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT); 5) « Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy » (CBASP; pour les personnes atteintes de dépression chronique). Par contre, les guides recommandent d'informer les personnes que le niveau de preuves démontrant l'efficacité de

ces interventions dans le traitement du trouble dépressif est moindre que celui pour les interventions de haute intensité recommandées en première intention (TCC, PTI, AC), à l'exception de la MBCT pour la prévention de la rechute.

Étape 4 – Trouble dépressif grave et complexe ; risque pour la vie ; autonégligence grave

L'étape 4 s'adresse aux personnes qui vivent un épisode de trouble dépressif grave et complexe, et relève des soins et services spécialisés. Cette étape n'est pas discutée de manière détaillée, considérant que le protocole Jalons s'adresse davantage à la première ligne et que le GPC du PQPTM se limite à une perspective de soins de proximité. Nous référons les lecteurs aux GPC spécifiques d'origine pour les principes de soins à appliquer auprès de cette clientèle.

Conclusion

Au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux est en processus d'implantation du PQPTM. La stratégie d'amélioration de l'accès aux soins et aux services préconisée s'appuie sur la contextualisation québécoise du GPC *Common mental health problems: Identification and pathways to care* du NICE (2011), ce qui implique un modèle organisationnel de soins en étapes ainsi que la dissémination de GPC spécifiques adaptés au contexte pour les troubles mentaux courants. Le survol des recommandations cliniques des GPC quant aux interventions psychosociales et psychologiques pour la dépression démontre bien à quel point il est important de valoriser la contribution de la psychologie dans les efforts de dissémination et d'implantation de

changements dans les pratiques cliniques, et ce, tant sur le plan de la pratique de la psychothérapie que sur celui des approches fondées sur des données probantes. Bien que cet enjeu implique également une réflexion en lien avec la conceptualisation intégratrice des traitements fondés sur des données probantes en psychologie (Dozois et al., 2014), le regard porté ici sur les GPC indique clairement que l'expertise clinique des psychologues et psychothérapeutes est essentielle à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une stratégie de développement des capacités, dans tout le continuum des interventions cliniques d'intensité faible à élevée, pour l'actualisation de l'accès à la psychothérapie fondée sur des données probantes au Québec.

Note

1. Le GPC de l'American Psychological Association (2019) présente des recommandations pour le traitement de la dépression chez les enfants et les adolescents, chez les adultes et chez les personnes âgées. D'un point de vue méthodologique, le comité a fait le choix de baser ses recommandations sur les revues systématiques et les méta-analyses publiées dans les cinq années précédant la formulation des recommandations. Au total, dix études ont satisfait les critères de sélection (six pour les adultes), tous publiés entre 2012 et 2016. Les membres du comité mettent en garde le lecteur qu'ils n'ont donc pas révisé l'ensemble de la littérature publiée avant 2012. D'un point de vue conceptuel, le comité a fait le choix de baser ses recommandations en tenant compte des quatre facteurs suivants : 1) les données probantes ; 2) l'équilibre entre les bénéfices et les effets néfastes ; 3) les valeurs et préférences des patients ; 4) l'applicabilité. Contrairement à d'autres GPC, tels ceux du NICE (2009a, 2009b) et du CANMAT (2009, 2016), les recommandations ne reposent pas uniquement sur les meilleures données probantes concernant l'efficacité des interventions psychologiques pour la dépression. En effet, la plupart des recommandations ont été établies par consensus, mais certaines ont nécessité un vote de la part des membres du comité. Cela augmente le niveau de subjectivité des recommandations et limite la comparaison avec les autres GPC.

FACTEURS SAILLANTS DU RETOUR AU TRAVAIL

À LA SUITE D'UN TROUBLE MENTAL COURANT COMME LA DÉPRESSION – RECENSION DES ÉCRITS

Marc Corbière,
Ph. D., c.o., professeur titulaire
en counseling de carrière
au Département d'éducation
et pédagogie de l'UQAM,
chercheur au Centre de
recherche de l'Institut
universitaire en santé mentale
de Montréal, titulaire de la
Chaire de recherche en santé
mentale et travail

Dans les pays industrialisés, les troubles mentaux courants (TMC) tels que la dépression représentent, selon le secteur d'activité, de 30 % à 50 % des absences maladie (Nigatu et al., 2016). Parmi les taux de prévalence des divers TMC, la dépression constitue un des plus élevés (Ervasti et al., 2017). Au Canada, la prévalence annuelle de la dépression varie de 4 % à 6 %, alors que sur une vie, elle oscille entre 10 % et 12 % (Patten, 2006 ; Patten et al., 2015 ; Patten et Juby, 2008). Ces pourcentages correspondent sensiblement à ceux observés à travers le monde, soit 6 % et 15 % selon le type de prévalence (Endo et al., 2015). À l'échelle mondiale, les troubles dépressifs touchent environ 300 millions de personnes (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2020), dont près d'un demi-million de travailleurs canadiens de 25 à 64 ans. En 2005, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) prévoyait que la dépression deviendrait en 2020 l'une des trois principales causes de l'incapacité au travail, un pronostic aujourd'hui confirmé. Par surcroît, on anticipe désormais que la dépression deviendra d'ici 2030 la première cause de maladie dans le monde (Bellón et al., 2019).

Selon le Forum économique mondial (Dewa et al., 2018) et la revue de l'impact économique de la maladie mentale menée par Doran et Kinchin (2019), les coûts directs et indirects relatifs à la maladie mentale grimperont de 3 000 à 6 000 milliards de dollars d'ici les 30 prochaines années. La gestion et le suivi de la dépression chez les travailleurs représentent une problématique importante du domaine de la santé au travail, en ce que la dépression demeure un facteur majeur de réduction des prestations de travail, d'absences maladie, de coûts de remplacement du personnel et de frais d'assurance sociale et médicale liés à l'invalidité à court et à long terme (Endo et al., 2015), et ce, sans compter tous les effets délétères de la maladie sur la personne (p. ex., isolement, addictions). En outre, les salariés en absence maladie en raison d'un TMC ne sont pas toujours remplacés à leur poste de travail, et par conséquent, les collègues doivent assumer leurs tâches et leur charge de travail (Evans-Lacko et Knapp, 2016; James, 2015). Par effet domino, les collègues de travail peuvent ainsi à leur tour développer un TMC.

Les TMC comme la dépression sont si répandus dans les milieux de travail qu'ils constituent un problème de santé publique majeur (Gili et al., 2015; Joyce et al., 2016). Il n'est donc pas surprenant que de nombreux décideurs politiques et employeurs soient préoccupés par cette thématique d'actualité, notamment dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. À titre illustratif, les salariés qui présentent des symptômes dépressifs, voire un premier épisode dépressif, ne fonctionnent pas à leur pleine capacité et sont donc susceptibles de s'absenter de leur milieu de travail. Au-delà d'une atteinte du fonctionnement général de l'individu, la dépression peut se manifester au travail par des symptômes tels que la fatigue, l'irritabilité envers ses collègues et une perte d'intérêt dans les tâches à réaliser et les objectifs à atteindre (de Zwart et al., 2019). Qui plus est, en raison d'une chute significative de l'estime de soi associée à la maladie, les personnes peuvent ressentir de la culpabilité et penser qu'elles ne sont plus utiles dans leur milieu de travail (OMS, 2020). Ces croyances et perceptions peuvent amener chez l'individu d'éventuels biais cognitifs tels que la surgénéralisation, la catastrophisation et les inférences arbitraires (Lecomte et Corbière, 2017). Au bout du compte, on observe une productivité au travail réduite, des absences intermittentes, voire parfois une absence prolongée du marché du travail (Endo et al., 2015; OMS, 2020).

Dewa et al. (2014) mentionnent qu'une grande proportion de personnes qui sont en absence maladie à la suite d'une dépression cheminent en général dans un processus de retour à leur poste de travail, et que la plupart d'entre elles y retourneront. Autrement dit, la maladie débouche rarement sur une incapacité de travail permanente (Ervasti et al., 2017). Le processus de retour au travail (RAT) des salariés en absence maladie due à un TMC demeure toutefois complexe et jalonné d'obstacles de nature interne et externe (Corbière, Negri et al., 2017; Corbière et al., 2018). Clark et al. (2016) soulignent les défis entourant l'évaluation des difficultés ou déficits cognitifs et leur relation avec la productivité au

travail. Les auteurs mentionnent que plusieurs facettes cognitives de l'individu aux prises avec une dépression sont affectées, dont les fonctions exécutives, souvent dépeintes par des difficultés relatives à la planification, à la transition d'une tâche à une autre, à la prise de décision, à la concentration et à l'attention (Clark et al., 2016). Nous verrons plus loin que cette évaluation des limitations fonctionnelles et cognitives demeure complexe pour les médecins de famille et autres professionnels de la santé habilités lorsqu'ils doivent notamment se prononcer sur les aptitudes de leur patient à reprendre leur activité professionnelle.

Ces limitations fonctionnelles et cognitives associées à la dépression, dorénavant bien attestées, peuvent persister après la rémission d'un épisode ou s'aggraver à la suite de plusieurs épisodes. Dans leur méta-analyse compilant 252 études publiées dans les cinq dernières décennies, Semkowska et al. (2019) notent que des difficultés cognitives significatives après la rémission d'un épisode dépressif ont été observées dans trois quarts des cibles cognitives (p. ex., mémoire de travail, fonctions exécutives). En tant qu'intervenants, ces constats nous amènent à devoir assurer un suivi auprès de la personne après sa reprise professionnelle pour ainsi prévenir d'éventuelles rechutes. À ce propos, Gili et al. (2015) précisent qu'après un premier épisode de dépression, la probabilité d'un nouvel épisode est d'environ 50 %; la proportion passe à 70 % après un deuxième épisode et à 90 % après un troisième. Ainsi, le risque de rechute d'une personne en processus de RAT est accru quelle que soit sa situation clinique, qu'elle ait eu une rémission complète de son épisode dépressif ou qu'elle présente des symptômes résiduels. Malgré ces constats, plusieurs intervenants perçoivent le RAT comme un levier intéressant pour permettre à l'individu de se mobiliser et de se rétablir si les conditions de travail sont favorables.

Désormais, on sait que ces rechutes ne sont pas dues exclusivement aux caractéristiques de l'individu ayant une dépression (p. ex., symptômes dépressifs, problèmes cognitifs), mais qu'elles sont également le résultat de l'interaction entre l'individu et son environnement, notamment la sphère professionnelle, dans laquelle certains risques psychosociaux peuvent être présents en l'occurrence (p. ex., charge de travail et exigences du milieu de travail, difficultés interpersonnelles avec le collectif de travail) [Laberon et Corbière, 2014; Lammerts et al., 2016]. Une approche fondée exclusivement sur les aspects cliniques, physiques et cognitifs de l'individu s'est d'ailleurs avérée insuffisante et rapidement obsolète pour prédire le RAT à la suite d'un TMC ou d'un trouble physique (p. ex., cancer, trouble cardiovasculaire, trouble musculosquelettique). C'est pourquoi la prise en compte de facteurs d'ordre psychologique (p. ex., sentiment d'efficacité) et psychosocial (p. ex., relation avec les acteurs de l'organisation) est devenue essentielle pour mieux expliquer le RAT. À partir de ce constat, une manière de penser et d'appréhender l'incapacité au travail a été proposée, notamment grâce au développement du modèle biopsychosocial (Engel, 1977; Waddell, 1992). Dans cette orientation théorique et empirique,

outre les facteurs de nature biologique (p. ex., symptômes cliniques), les chercheurs ont progressivement intégré dans leurs études des variables de nature psychologique et psychosociale en vue d'expliquer de façon holistique les facteurs ayant un impact sur le RAT de personnes en absence maladie (Corbière, Negrini et al., 2017). Le paradigme de l'incapacité au travail (Lederer et al., 2014; Loisel et al., 2001; Loisel et Anema, 2013) s'ancre d'ailleurs dans cette perspective théorique dont les auteurs soutiennent notamment que le RAT résulte, pour les facteurs les plus saillants, de l'interaction entre plusieurs acteurs provenant des systèmes de santé (p. ex., médecins de famille, psychologues) et de l'entreprise (p. ex., gestionnaires de proximité, ressources humaines, représentants syndicaux). En outre, au-delà de la nature de l'absence maladie (psychologique ou physique), les facteurs qui permettent d'expliquer le RAT de l'individu sont communs et d'ordre psychosocial (p. ex., charge de travail, relation avec le gestionnaire de proximité), et ce, malgré certaines spécificités biologiques inhérentes à une maladie en particulier (p. ex., symptômes, effets secondaires des médicaments).

Eu égard au nombre important de personnes en absence maladie due à la dépression, aux durées d'invalidité qui peuvent s'étendre sur plusieurs mois et aux éventuelles rechutes après le RAT, l'objectif principal du présent article est de recenser les facteurs qui sont associés à une réduction de l'absence maladie et au RAT durable de personnes aux prises avec un TMC comme la dépression. Pour ce faire, nous préconisons une recension des écrits publiés dans les cinq dernières années (2015-2020) qui s'inscrivent à la fois dans une méthode quantitative (p. ex., revues systématiques dans le domaine) et dans une méthode qualitative (p. ex., points de vue de plusieurs acteurs du RAT). Cette synthèse sera suivie d'une discussion et de recommandations pratiques afin que les professionnels de la santé, notamment les psychologues, puissent disposer de nouveaux outils et ainsi envisager un RAT durable de leur clientèle, et ce, dans les meilleures conditions possibles.

Facteurs liés au retour au travail durable à la suite d'une absence maladie

La présente section vise à faire le point sur les facteurs liés à la durée de l'absence maladie et au RAT. Pour ce faire, nous proposons une synthèse soutenue par des revues de la littérature, des méta-revues et des études qualitatives. Nous débuterons par l'étude de Gragnano et al. (2018), qui vise à dégager les facteurs communs du RAT à la suite de trois types de maladie : trouble mental courant (TMC), trouble cardiovasculaire et cancer. Nous enchaînerons avec l'étude d'Etuknwa et al. (2019), qui s'intéresse au RAT à la suite d'un TMC et d'un trouble musculosquelettique (TMS). Viendront ensuite l'étude de Nigatu et al. (2017), qui vise à évaluer les facteurs pronostics du RAT de personnes aux prises avec un TMC, et celle d'Ervasti et al. (2017), qui porte spécifiquement sur la dépression. Nous avons jugé opportun de présenter les résultats de ces revues qui traitent de divers problèmes de

[...] les facteurs qui permettent d'expliquer le RAT de l'individu sont communs et d'ordre psychosocial (p. ex., charge de travail, relation avec le gestionnaire de proximité), et ce, malgré certaines spécificités biologiques inhérentes à une maladie en particulier [...].

santé, car elles s'appuient pour la plupart sur le paradigme de l'incapacité au travail cité plus haut. Enfin, ces résultats seront étayés par une vaste étude québécoise (financée par les Instituts de recherche en santé du Canada [IRSC] et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail [IRSST]) qui porte sur le point de vue de quatre groupes d'acteurs des organisations relativement aux facteurs favorables ou défavorables au RAT, à savoir les personnes ayant vécu une dépression (Corbière et al., 2018), les acteurs syndicaux (Corbière et al., 2015), les employeurs ou cadres des ressources humaines (Bastien et Corbière, 2019; Corbière, Lecomte et al., 2017) et les gestionnaires de proximité (Negrini et al., 2018).

Facteurs évalués dans des études quantitatives

L'objectif de l'étude de Gragnano et al. (2018) était de déterminer les facteurs psychosociaux qui influencent le RAT après une absence maladie due à un TMC, à un trouble cardiovasculaire ou à un cancer. Les auteurs se sont concentrés sur les facteurs dits modifiables, sur lesquels il est possible d'intervenir, en écartant du même coup les autres variables (p. ex., âge). Ils ont retenu 14 revues (publiées entre 1994 et 2016) déjà réalisées sur ces trois populations et en lien avec cette thématique, ainsi que 32 études indépendantes qui n'avaient pas été incluses dans ces revues. Bien que l'on note des nuances entre les divers problèmes de santé, les résultats indiquent pour les TMC la présence de facteurs psychosociaux liés à l'environnement de travail et de facteurs de nature motivationnelle susceptibles d'affecter le processus de RAT. Les facteurs psychosociaux concernent le niveau de pression perçue par le travailleur pour qu'il retourne à son poste, les exigences ou demandes psychologiques relatives à l'emploi et enfin le soutien du collectif de travail, notamment du gestionnaire de proximité et des collègues. En ce qui concerne la sphère motivationnelle de l'individu, les auteurs relèvent les attentes en matière de RAT, le sentiment d'efficacité vis-à-vis du RAT, la perception relative à sa capacité de travailler et la motivation ou l'intention de reprendre son activité professionnelle. Pour conclure, Gragnano et al. suggèrent, dans le cadre de futures pistes de recherche, d'utiliser des outils « génériques » validés auprès de différents types de groupes de personnes présentant diverses maladies.

Etuknwa et al. (2019) ont de leur côté mené une revue systématique pour évaluer l'impact des facteurs personnels et sociaux du RAT chez les personnes en absence maladie due à un TMC ou à un TMS. Le retour durable au travail a été défini comme étant une

[...] Pour ce qui est du sentiment d'efficacité – perceptions de l'individu vis-à-vis de sa capacité à réussir certains comportements (faire face à certains défis par l'utilisation de stratégies, faire des choix judicieux ou s'autoréguler) – à l'égard du RAT, plus il est élevé, plus la durée d'absence maladie sera brève.

reprise professionnelle comptant une période de travail d'au moins trois mois sans rechute ni absence. Les auteurs ont fait une analyse fine de 79 études (publiées entre 1989 et 2017). En ce qui concerne les résultats spécifiques aux TMC, ils mentionnent tout d'abord que certains facteurs comme le revenu, la durée de l'absence maladie, le type de contrat (p. ex., travailler à temps partiel) et le niveau de scolarité ne peuvent nous éclairer quant à leur impact sur le RAT, soit en raison du manque de consensus, soit en raison du nombre limité d'études disponibles. En revanche, des preuves modérées à solides (calculées selon le nombre d'études) montrent que les personnes qui sont jeunes (16-45 ans) et qui ont une attitude positive à l'égard du RAT ainsi qu'un sentiment d'efficacité élevé au cours du processus de RAT sont plus susceptibles que leurs pairs de retourner au travail de façon durable. Sur le plan des facteurs liés à l'environnement de travail, les résultats de nombreuses études révèlent que les salariés estiment que le soutien des gestionnaires de proximité et des collègues influence positivement la probabilité qu'ils reprennent le travail de façon pérenne. Les auteurs ajoutent que les effets de ces facteurs personnels et de l'environnement de travail sont susceptibles d'être corrélés. Par exemple, les employés qui présentent une attitude positive à l'égard du travail ainsi qu'un sentiment d'efficacité dans le processus de RAT peuvent être renforcés dans leurs attitudes s'ils reçoivent le soutien du collectif de travail pendant leur absence maladie et leur RAT. Bien que le renforcement des attitudes des divers acteurs puisse se produire simultanément, Etuknwa et al. concluent que la promotion d'une culture de soutien ou l'offre de soutiens naturels dans le milieu de travail restent essentielles. Ils ajoutent qu'une culture organisationnelle qui valorise le salarié lors de son RAT plutôt que de le blâmer pour son absence maladie sera de facto gagnante. Ces résultats viennent donc corroborer ceux obtenus dans l'étude de Gragnano et al. (2018), le soutien du collectif de travail constituant là encore un facteur psychosocial crucial du RAT.

Nigatu et al. (2017) ont quant à eux réalisé une revue systématique de la littérature, appuyée par une méta-analyse. L'objectif était d'évaluer les facteurs pronostics du RAT de personnes aux prises avec un TMC, et ce, à partir de 18 études publiées entre 1995 et 2016. Dans leur revue, les auteurs ont inclus des études qui

prenaient en compte soit le RAT complet, soit un retour partiel (c.-à-d. moins d'heures que celles prévues dans le contrat initial), soit les deux. Comme ils l'indiquent, le RAT est complexe et multifactoriel, ce qui les a amenés à considérer des facteurs liés à la santé (p. ex., sévérité des symptômes), au travail (p. ex., soutien du gestionnaire de proximité) et aux caractéristiques personnelles (p. ex., âge). Les résultats généraux (RAT complet et partiel) montrent que les personnes plus âgées qui consultent un médecin spécialiste (p. ex., psychiatre) sont moins susceptibles que les autres de retourner à leur poste. En revanche, les employés dont le niveau de sentiment d'efficacité relativement au RAT et à leur capacité à travailler est élevé et dont les exigences de travail ont été allégées sont plus susceptibles de retourner au travail. Les auteurs expliquent ces résultats en précisant que, comparativement aux employés qui ne consultent pas ces spécialistes, ceux qui les consultent présentent généralement des symptômes cliniques plus sévères et, du même coup, nécessitent une plus longue période de rétablissement. Pour ce qui est du sentiment d'efficacité – perceptions de l'individu vis-à-vis de sa capacité à réussir certains comportements (faire face à certains défis par l'utilisation de stratégies, faire des choix judicieux ou s'autoréguler) – à l'égard du RAT, plus il est élevé, plus la durée d'absence maladie sera brève. Les auteurs ajoutent que ce facteur joue un rôle clé dans le processus de RAT, étroitement relié aux attentes de l'employé quant à son RAT. Ces conclusions ont d'ailleurs été mises en relief par les revues de Gragnano et al. (2018) et d'Etuknwa et al. (2019), notamment à propos de l'importance de l'évaluation du sentiment d'efficacité dans le RAT. Enfin, Nigatu et al. préconisent d'alléger les exigences de travail (p. ex., charge de travail, responsabilités et nombre d'heures de travail) pour favoriser un maintien au travail pérenne. Ils proposent en ce sens que les acteurs du travail (p. ex., le gestionnaire de proximité) collaborent étroitement avec le collectif de travail (p. ex., membres de l'équipe) pour mettre en place les mesures d'aménagement requises et ainsi soutenir l'individu en potentialisant sa confiance à l'égard de la reprise de ses activités.

Pour finir, Ervasti et al. (2017) ont conduit une étude systématique soutenue par une méta-analyse pour mettre en évidence les facteurs du RAT chez les employés aux prises avec une dépression. Ils ont retenu 22 études (publiées entre 2003 et 2016) ; au total, les auteurs de ces études ont évalué l'influence sur le RAT d'une cinquantaine de facteurs. Ces facteurs ont été classés en six grandes catégories : sociodémographiques (p. ex., âge, sexe), organisation (p. ex., taille, secteur, type de contrat), comportements de santé (p. ex., tabagisme), cliniques (p. ex., comorbidité, sévérité des symptômes), psychosociaux (p. ex., exigences du travail, soutien des acteurs de l'organisation) et traits de personnalité (p. ex., optimisme). Les résultats de la méta-analyse (11 études sur les 22) d'Ervasti et al. montrent que les facteurs comme l'âge, la comorbidité (somatique et psychiatrique) et la sévérité des symptômes dépressifs sont associés à un taux de

RAT significativement inférieur. En revanche, l'individu consciencieux a plus de chances de retourner au travail que celui qui ne possède pas ce trait de personnalité. De rares études incluses dans la revue d'Ervasti et al. font état de facteurs psychosociaux, tels une forte pression au travail et un manque de soutien social. Les auteurs stipulent que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour démontrer le rôle de ces facteurs dans le RAT et bien saisir les mécanismes en jeu dans le processus de RAT à la suite d'une dépression, car elles sont peu nombreuses dans la littérature spécialisée. Comparativement aux revues précédentes (Etuknwa et al., 2019; Gragnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017), celle d'Ervasti et al. (2017) fait ressortir davantage les éléments cliniques liés à la dépression. Comme ces derniers le précisent, seules quelques études éparses s'intéressent aux variables de nature psychosociale. Il semblerait donc que les chercheurs qui entreprennent des études sur la dépression en particulier se concentrent davantage sur les variables cliniques (p. ex., symptômes, comorbidité) que sur des variables de nature psychosociale. C'est d'ailleurs pourquoi Ervasti et al. préconisent de futures pistes de recherche de nature à la fois quantitative et qualitative pour prendre connaissance du rôle des facteurs du milieu de travail dans le processus de RAT à la suite d'une dépression. Ces éléments seront abordés dans la prochaine section.

Facteurs évalués dans des études qualitatives ou mixtes

Dans l'étude qualitative de Corbière et al. (2018) réalisée auprès d'une vingtaine de personnes qui ont effectué un RAT à la suite d'une dépression, trois thèmes principaux sont ressortis : 1) la décision du moment du RAT ; 2) la mise en place d'un retour progressif et d'aménagements de travail ; 3) les attitudes et les comportements du gestionnaire de proximité et des collègues. Selon les résultats de cette étude, lorsqu'un professionnel de la santé et le salarié en absence maladie ne s'entendent pas sur la date de RAT, la durée de maintien est plus courte que lorsqu'il y a consensus. Les auteurs soulignent l'importance de la prise de décision partagée, notamment pour un RAT pérenne. La communication des informations, des préférences et des valeurs entre l'intervenant et son patient facilite l'établissement d'objectifs et de plans d'action communs. Pour le deuxième thème, un retour progressif où l'on n'envisage que la gestion du temps et non la réorganisation des tâches à effectuer n'est pas suffisant pour assurer un RAT dans les meilleures conditions. En effet, lorsque les employés retournent à leur poste, ils sont beaucoup plus sensibles au stress qu'ils ne l'étaient, notamment en raison d'éventuels symptômes résiduels, d'une vulnérabilité à la suite de l'épisode dépressif et de la crainte de ne pas pouvoir répondre aux exigences du travail. La mise en place de mesures d'aménagement du travail peut donc faciliter le RAT. Autrement dit, un RAT progressif où l'on prend en compte les horaires de travail ainsi que le volume et la nature des tâches sera sans conteste thérapeutique pour l'individu. Toujours selon les personnes interrogées dans le cadre de l'étude, les attitudes et les comporte-

ments du collectif de travail (troisième thème) comptent pour beaucoup dans le succès d'un RAT. Ainsi, le gestionnaire de proximité et les collègues qui manifestent soutien et solidarité favorisent un RAT pérenne. À l'opposé, le RAT peut être entravé lorsque les collègues affichent des attitudes dénigrantes à l'égard de l'employé lors de son retour, par exemple lorsqu'ils le considèrent comme faible, incompetent ou incapable de remplir les tâches qui lui incombent. À l'instar des résultats des revues présentées ci-dessus (Etuknwa et al., 2019; Gragnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017), les rôles de soutien du gestionnaire de proximité et des collègues s'avèrent pertinents pour un RAT durable.

En outre, à partir de trois groupes de discussion regroupant des membres de trois grandes centrales syndicales du Québec, il est ressorti plusieurs thèmes qui peuvent faciliter ou gêner le RAT d'employés ayant vécu une dépression : 1) la culture organisationnelle à l'endroit des personnes aux prises avec une dépression ; 2) le soutien et le suivi des personnes concernées par la maladie ; 3) les préjugés et le malaise entourant la dépression en milieu de travail ; 4) le manque de ressources des acteurs du RAT (Corbière et al., 2015). Pour ce premier thème, les représentants syndicaux considèrent qu'une culture organisationnelle d'ouverture vis-à-vis du RAT d'employés à la suite d'une dépression demeure favorable, et que cette culture devrait être soutenue par des procédures organisationnelles claires et transparentes concernant le RAT. Les acteurs syndicaux ajoutent que les dirigeants de ces organisations sont en général formés et sensibilisés à cette problématique, ce qui engendre du même coup une collaboration plus souple avec les autres acteurs du RAT (p. ex., professionnels de la santé). Le deuxième thème a trait aux attitudes et aux actions concrètes de la part des gestionnaires, des collègues, des syndicats et du médecin de famille. Il s'agit, par exemple, de maintenir le contact pendant l'absence maladie et d'assurer l'accueil lors du RAT en réévaluant les attentes de performance ou de productivité tout en éliminant ou en réduisant les risques psychosociaux du milieu de travail. Le troisième thème reste un défi, car les préjugés et le malaise face à la dépression sont présents chez la plupart des acteurs du RAT. Les représentants syndicaux s'appuient sur leurs constats pour dénoncer l'aspect tabou de ce type d'absence maladie, un tabou qui ne fait que nourrir les préjugés et accentuer le malaise ressenti par les collègues. En effet, la transmission d'informations lacunaires à propos de la raison de l'absence maladie engendre des interprétations, des rumeurs et des préjugés. Cela dit, la divulgation à outrance par une personne qui revient au travail est également ressortie comme un élément qui nuit au processus de RAT. La décision et la manière de divulguer ou non son état de santé en milieu de travail sont donc déterminantes lors du RAT. En ce sens, avant de prendre la décision de divulguer son état de santé, il demeure important de s'interroger : tout d'abord, pourquoi divulguer (p. ex., besoin d'aménagement de travail) ? Ensuite, quoi (p. ex., le diagnostic psychiatrique ou les limitations fonctionnelles),

comment (p. ex., stratégie de communication sélective des informations personnelles), quand (p. ex., avant l'absence maladie ou lors du retour au travail), à qui (p. ex., au gestionnaire qui pourra mettre en place des aménagements) et où (p. ex., dans un lieu qui permet de préserver les informations confidentielles) divulguer? On comprend alors que les éléments de réponse à toutes ces questions ne renvoient pas uniquement à des facteurs de nature personnelle (p. ex., besoin d'authenticité) ou interpersonnelle (p. ex., relation de confiance avec le collectif de travail) et à des facteurs de l'environnement de travail (p. ex., milieu sensibilisé à la problématique de la santé mentale). (Pour une revue en français sur ce thème, voir Corbière, Villotti, Toth et al., 2014.)

À ce sujet, Bastien et Corbière (2019) soulignent que les mesures d'aménagement les plus populaires sont l'aménagement de l'horaire de travail (96 %), l'aménagement des tâches (48 %) et les aménagements liés au changement de poste et de l'environnement de travail (37 %).

Enfin, le quatrième thème renvoie au fait que les syndicats n'ont pas les effectifs et la formation nécessaires pour soutenir l'ensemble de leurs membres ayant une dépression, surtout dans un contexte de travail où les TMC ne cessent d'augmenter. Pour les collègues de travail, l'absence de remplacement du membre de l'équipe et la surcharge de travail que cela entraîne créent des tensions, voire un épuisement des membres de l'équipe qui restent en poste. Toujours selon le point de vue des syndicats, les employés n'ont pas toujours accès, dans des délais raisonnables, à un psychiatre ou à un professionnel de la santé spécialisé. Cette situation peut avoir pour effet de prolonger la durée de l'absence maladie ou encore faire en sorte que le suivi médical ne soit pas adéquat¹.

Traisons maintenant de l'étude qualitative de Corbière, Lecomte et al. (2017), qui a été réalisée par sondage téléphonique auprès de 219 employeurs/cadres des ressources humaines du Québec. L'objectif de l'étude était de recenser les stratégies que ces personnes perçoivent comme efficaces pour faciliter le RAT d'employés en absence maladie due à une dépression. Une trentaine de stratégies réparties selon six grands principes sont ressorties. Le premier principe, intitulé « Contact avec l'employé en absence maladie », porte sur le respect de la confidentialité et des valeurs humaines (p. ex., faire preuve d'empathie, rassurer, ne pas faire sentir coupable), ainsi que sur les éléments de rétablissement tels que le respect du processus de guérison et la remise d'informations concernant les traitements disponibles. Selon les participants à l'étude, il est essentiel d'entrer en contact avec l'employé pendant son congé maladie, en veillant toutefois à prendre plusieurs précautions (p. ex., assurer la confidentialité,

ne pas induire une pression pour le RAT). Le deuxième principe, « Évaluation et planification du RAT sans précipitation », s'articule étroitement aux premières stratégies évoquées par les participants. En l'occurrence, il est question de mettre en relief la préoccupation de l'employeur à propos des caractéristiques de l'employé (p. ex., limitations fonctionnelles) et des exigences du milieu de travail, auxquelles l'employé devra répondre lors de son RAT. Le troisième principe, « Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique de la santé mentale au travail [notamment à la dépression] », fait référence à la formation du gestionnaire de proximité à propos du RAT d'employés ayant vécu une dépression (p. ex., attitudes et comportements à adopter), à la normalisation des TMC en milieu de travail et au fait qu'il faut éviter tout comportement stigmatisant. Le quatrième principe, « Concertation des acteurs clés du RAT », consiste à mettre en évidence le besoin de clarifier le rôle et les responsabilités des acteurs (p. ex., gestionnaire de proximité et collègues de travail) dans le processus de RAT, ainsi qu'à se soucier de bien accueillir et bien accompagner l'employé concerné. Le cinquième principe, « RAT progressif avec aménagements », est l'implantation de stratégies concrètes faisant écho au besoin de respecter les recommandations du médecin de famille. À ce sujet, Bastien et Corbière (2019) soulignent que les mesures d'aménagement les plus populaires sont l'aménagement de l'horaire de travail (96 %), l'aménagement des tâches (48 %) et les aménagements liés au changement de poste et de l'environnement de travail (37 %). Comme le précisent les auteurs, ces pratiques sont louables, mais elles ignorent l'aspect relationnel, notamment la relation avec le gestionnaire de proximité et les collègues; or, ces composantes sont mises en exergue dans plusieurs écrits (Corbière et al., 2018; Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018). Le sixième et dernier principe, intitulé « Suivi de la santé de l'employé et de son travail », est composé de stratégies qui ciblent un suivi systématique de l'employé sur sa productivité au travail et sa santé, pour ainsi prévenir de possibles rechutes.

Enfin, les résultats de l'étude mixte de Negrini et al. (2018) montrent qu'une fois considérées plusieurs catégories de facteurs permettant de prédire le RAT, soit ceux liés à l'employé (p. ex., âge, sexe), au gestionnaire de proximité (p. ex., ancienneté dans l'organisation), à l'organisation (p. ex., taille, secteur d'activité) et au processus d'absence et de RAT (p. ex., contacts entre le gestionnaire et l'employé durant l'absence, divulgation du diagnostic), il n'y a en fait qu'un seul facteur réellement significatif : le gestionnaire de proximité qui a une intention élevée de prendre des mesures en vue de faciliter le RAT du membre de son équipe augmente les chances de RAT de 47 %. À l'inverse, le gestionnaire de proximité qui met de la pression pour un RAT augmente les risques que l'absence maladie se prolonge (cette variable ressort seulement en analyse univariée, sans considération simultanée des autres variables). Les mesures d'aménagement les plus fréquemment implantées en milieu de travail étaient des actions impliquant directement le gestionnaire de proximité, comme

prendre le temps d'accueillir et d'orienter l'employé lors de son RAT et lui offrir une rétroaction et de la reconnaissance quant au travail effectué. La quasi-totalité des gestionnaires de proximité ont estimé que les contacts pendant l'absence maladie contribuaient à faciliter le RAT du membre de leur équipe. On comprend alors la pertinence de former les gestionnaires sur les modes de communication, les capacités d'écoute et la mise en place d'aménagements de travail.

En somme, il ressort de cette consultation des écrits scientifiques dans le domaine plusieurs facteurs pertinents que les psychologues, quelle que soit leur école de pensée – cognitive-comportementale,

humaniste, psychodynamique ou systémique –, pourraient considérer lors de la préparation au RAT de leurs clients à la suite d'un TMC comme la dépression. Ces facteurs sont colligés dans le tableau 1. Ils sont regroupés en grandes dimensions qui renvoient au milieu de travail (notamment le poste et le collectif de travail), aux caractéristiques individuelles de l'employé en absence maladie, aux composantes du processus de RAT et aux acteurs qui gravitent autour de cette problématique. Il s'avère judicieux d'avoir cette vue d'ensemble des facteurs du RAT lorsqu'on intervient auprès de personnes en absence maladie due à TMC comme la dépression.

Tableau 1

Facteurs du retour au travail à la suite d'un TMC comme la dépression

1. Milieu et poste de travail

1.1 Culture organisationnelle à l'endroit des personnes aux prises avec une dépression (Corbière et al., 2015)

1.2 Exigences ou demandes psychologiques relatives à l'emploi (Gagnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017)

2. Milieu de travail et collectif de travail

2.1 Soutien du collectif de travail, notamment du gestionnaire de proximité et des collègues (Corbière et al., 2015, 2018; Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018)

2.2 Préjugés et malaise entourant la dépression en milieu de travail (Corbière et al., 2015)

2.3 Formation des gestionnaires et du collectif de travail à la problématique de la santé mentale au travail (Corbière, Lecomte et al., 2017)

3. Caractéristiques individuelles

3.1 Âge (Ervasti et al., 2017; Etuknwa et al., 2019; Nigatu et al., 2017)

3.2 Comorbidité somatique et psychiatrique (Ervasti et al., 2017)

3.3 Sévérité des symptômes dépressifs (Ervasti et al., 2017)

3.4 Trait de personnalité consciencieux (Ervasti et al., 2017)

3.5 Attitudes et attentes positives à l'égard du RAT (Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018)

3.6 Perception relative à sa capacité de travailler (Gagnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017)

3.7 Motivation ou intention de reprendre son activité professionnelle (Gagnano et al., 2018)

3.8 Niveau de pression perçue par le travailleur pour qu'il retourne à son poste (Gagnano et al., 2018)

3.9 Sentiment d'efficacité vis-à-vis du RAT (Etuknwa et al., 2019; Gagnano et al., 2018; Nigatu et al., 2017)

4. Composantes du processus de retour au travail

4.1 Contact avec l'employé en absence maladie (Corbière, Lecomte et al., 2017)

4.2 Prise de décision partagée entre l'intervenant et son patient pour le RAT (Corbière et al., 2018)

4.3 Évaluation et planification du RAT sans précipitation (Corbière, Lecomte et al., 2017)

4.4 Intention du gestionnaire de prendre des mesures en vue de faciliter le RAT du membre en absence maladie (Negrini et al., 2018)

4.5 RAT progressif avec aménagements (Corbière, Lecomte et al., 2017; Corbière et al., 2018)

4.6 Accueil et orientation de l'employé lors de son RAT (Corbière, Lecomte et al., 2017)

4.7 Rétroaction et reconnaissance offertes par le gestionnaire à l'employé en RAT (Negrini et al., 2018)

4.8 Suivi de la santé de l'employé et de son travail (Corbière, Lecomte et al., 2017)

5. Acteurs du retour au travail

5.1 Concertation des acteurs clés du RAT (Corbière, Lecomte et al., 2017)

5.2 Manque de ressources des acteurs du RAT (Corbière et al., 2015)

Discussion et recommandations pratiques

Dans le cadre de la présente discussion, nous proposons d'offrir aux psychologues quelques outils et leviers pour soutenir leurs interventions, en abordant les facteurs du RAT qui ont été le plus souvent nommés par les auteurs. En l'occurrence, il s'agit des facteurs tels que le sentiment d'efficacité de l'individu face au retour au travail, avec prise en considération de ses appréhensions dans cette transition, les aménagements de travail en lien avec les exigences du poste et les symptômes résiduels de l'employé en reprise professionnelle. Par la suite, nous mettrons en exergue l'importance d'une concertation des acteurs du RAT quant aux actions qu'ils devraient poser et aux attitudes qu'ils devraient adopter. Nous concluons en précisant comment, pour être efficace, l'intervention clinique devrait être combinée au milieu de travail.

Comme nous avons pu l'observer dans la revue sur les facteurs du RAT à la suite d'un TMC comme la dépression, de nombreux acteurs ont un rôle à jouer, mais peu sont au fait des attitudes et des comportements qu'ils devraient adopter.

En premier lieu, comme nous avons pu le constater dans les études de nature qualitative et quantitative, le sentiment d'efficacité face au RAT représente un facteur clé dans le processus de RAT. Une évaluation systématique et rigoureuse de ce facteur est donc de mise. Dans cette veine, un outil intitulé ORTESES (Obstacles au retour au travail et sentiment d'efficacité pour les surmonter) [Corbière, Negrini et al., 2017] a été développé et validé auprès de personnes ayant un TMC. Il s'agit d'un questionnaire comportant 46 énoncés répartis en 10 dimensions : appréhensions d'une rechute (1), difficultés cognitives (2), difficultés liées aux médicaments (3), exigences du poste de travail (4), sentiment d'injustice organisationnelle (5), relations difficiles avec le gestionnaire de proximité (6), avec les collègues (7) et avec la compagnie d'assurance (8), perte de motivation à retourner au travail (9) et conciliation famille-travail (10). La force de cet outil est qu'il permet de cibler dans un premier temps les obstacles ou appréhensions perçus par le client, pour ensuite évaluer son sentiment d'efficacité pour les surmonter. À titre indicatif, les auteurs préconisent de s'attarder tout particulièrement aux difficultés cognitives et aux exigences du poste de travail perçues par le client ; ce sont ces deux dimensions qui représentent la plus grande probabilité de gêner le RAT, notamment si la personne perçoit qu'elle a un faible sentiment d'efficacité pour les surmonter. Loin d'être un outil expert, l'ORTESES offre au psychologue la possibilité de discuter avec son client de ses perceptions ; ensemble, ils peuvent décider quelles stratégies adopter. Dans la mesure où les difficultés

cognitives ressortent comme d'importants obstacles, le psychologue peut éventuellement faire, s'il a la formation requise, une évaluation plus fine des cibles cognitives atteintes ou encore aiguiller son client vers un professionnel de la santé d'une clinique de réadaptation au travail ayant cette expertise.

En fonction de l'évaluation des limitations cognitives ou fonctionnelles et des autres éléments liés au milieu de travail (p. ex., exigences du milieu de travail, conciliation famille-travail), des mesures d'aménagement du travail pourraient être envisagées. À cet effet, le WANSS (Work Accommodation and Natural Support Scale) [Corbière, Villotti, Lecomte et al., 2014] a été développé et validé pour évaluer les aménagements de travail et les soutiens naturels requis pour assurer un RAT durable chez les personnes ayant un TMC. Cet outil est composé d'une cinquantaine d'aménagements répartis en six dimensions : soutien des professionnels de la santé en milieu de travail (p. ex., PAE), présence du coordonnateur de retour au travail en milieu de travail, soutien du gestionnaire de proximité et des collègues, besoin de formation, ergonomie et flexibilité des horaires de travail. Les deux grandes dimensions qui s'avèrent essentielles pour le maintien en emploi et la prévention des rechutes sont celles relatives au soutien du collectif de travail et à la flexibilité des horaires de travail (Corbière, Villotti, Lecomte et al., 2014 ; Negrini et al., 2018), des résultats qui font d'ailleurs écho aux revues présentées plus haut, notamment celles de Gragnano et al. (2018) et d'Etuknwa et al. (2019). Les mesures d'aménagement peuvent être la conséquence de l'obligation légale de l'employeur de fournir des accommodements ou encore relever d'ajustements mineurs ou de soutiens naturels qui ne renvoient pas nécessairement à l'aspect strictement légal. Sur le plan personnel, les aménagements de travail permettent à la personne de reprendre progressivement le travail, d'offrir un meilleur rendement et d'avoir un meilleur sentiment d'efficacité pour atteindre les cibles professionnelles. Sur le plan organisationnel, l'employeur peut retenir un employé qualifié, augmenter sa productivité au fur et à mesure et éliminer les coûts de formation. On comprend alors que l'implantation des aménagements en milieu de travail est la résultante d'une étroite collaboration entre plusieurs acteurs du RAT (pour une revue en français sur ce thème, voir Laflamme, 2017).

Comme nous avons pu l'observer dans la revue sur les facteurs du RAT à la suite d'un TMC comme la dépression, de nombreux acteurs ont un rôle à jouer, mais peu sont au fait des attitudes et des comportements qu'ils devraient adopter. Dans un examen de la portée (*scoping review*)², Corbière et al. (2020) ont fait ressortir que 11 acteurs clés provenant des systèmes de l'entreprise (p. ex., gestionnaire de proximité), de la santé (p. ex., médecin de famille) et des assurances (p. ex., agent d'assurance) sont sollicités pour intervenir, et ce, à différentes phases du RAT, soit au début de l'absence maladie (phase 1), lors de la période de rétablissement et de préparation au retour (phase 2) et enfin, lors de la reprise en tant que telle (phase 3) [voir aussi les composantes

Mettre l'accent sur des composantes relatives au travail pourrait également offrir aux psychologues un contexte approprié dans lequel certaines techniques et compétences fines de la TCC ou d'autres approches en psychologie pourraient être appliquées.

colligées dans le tableau 1]. À titre d'illustration, lors de la phase 1, le psychologue pourrait, en s'appuyant sur des outils validés concernant les symptômes dépressifs et les déficits cognitifs, entreprendre une évaluation des symptômes et des limitations cognitives décrits verbalement par le patient. Pour la phase 2, le psychologue pourrait évaluer systématiquement les stressors présents dans le milieu de travail de son client (p. ex., charge de travail, conflits avec un membre de l'équipe) pour tenter de faire mettre en place les aménagements requis ou déployer les stratégies qui s'imposent. Enfin, lors de la phase 3, le psychologue pourrait collaborer avec le médecin de famille, le gestionnaire et le syndicat, s'il y a lieu, pour s'assurer de la mise en place d'aménagements de travail qui ont été priorisés selon les besoins de l'individu et selon la faisabilité d'implantation dans le milieu de travail.

Lors du RAT et, préférablement, avant le retour en tant que tel, il est préconisé par de nombreux auteurs de combiner des composantes du milieu de travail aux interventions cliniques (Arends et al., 2014; Brenninkmeijer et al., 2019; Lerner et al., 2012; Nieuwenhuisen et al., 2008; van Oostrom et al., 2010; Wan Mohd Yunus et al., 2018). Mettre l'accent sur des composantes relatives au travail pourrait également offrir aux psychologues un contexte approprié dans lequel certaines techniques et compétences fines de la TCC ou d'autres approches en psychologie pourraient être appliquées. En guise d'exemple, mentionnons une intervention basée sur la TCC de groupe qui vise la prévention de rechutes d'employés en processus de RAT à la suite d'une dépression (Lecomte et Corbière, 2017). Cette intervention de groupe, composée de huit séances, intègre les notions vues précédemment : surmonter les obstacles liés à mon retour au travail, négocier des aménagements de travail et faire face à la stigmatisation, composer avec les remarques qui me sont faites au travail, mettre en place mes meilleures stratégies pour faciliter mon retour au travail durable et en santé, etc. Cette approche groupale prometteuse et économique permet de normaliser les TMC, en l'occurrence la dépression, sans compter l'application en milieu de travail d'outils et de stratégies vus en intervention.

Pour conclure, la thématique des salariés en absence maladie due à une dépression ou à un autre TMC qui cheminent vers un RAT préoccupe les employeurs et la société en général (Corbière et al., 2020; Evans-Lacko et Knapp, 2016). Force est de constater que le fardeau qui en découle sur les plans économique, social et humain ne cesse d'augmenter depuis les 15 dernières années (Bellón et al., 2019). Le processus de RAT est complexe et ne dépend pas seulement de l'efficacité des interventions, mais aussi de l'évaluation des nombreux facteurs qui interagissent entre eux et qui vont au-delà de l'état de santé de l'individu (Cancelliere et al., 2016; Etuknwa et al., 2019). En ce sens, plusieurs acteurs (employeurs, gestionnaires de proximité, collègues, syndicats, professionnels de la santé, agents d'assurance, etc.) agissent dans le processus de RAT, et leurs actions devraient être orchestrées pour permettre un RAT dans les meilleures conditions possibles; un RAT que l'on souhaite durable et favorable au rétablissement (Corbière et al., 2020).

L'objectif de notre article était de faire le point sur les facteurs clés du RAT à la suite d'un TMC comme la dépression; dans cette transition en particulier, il apparaît que plusieurs facteurs sont semblables à ceux observés lors de l'apparition des TMC en milieu de travail (p. ex., soutien du collectif de travail, exigences du milieu de travail, sentiment d'efficacité; pour une revue sur ce thème, voir Harvey et al., 2017). Il semble à présent opportun de créer un modèle intégrateur des facteurs inhérents aux différents niveaux d'interventions préventives, soit la prévention primaire (c.-à-d. sensibiliser les employés dans les milieux de travail), la prévention secondaire (c.-à-d. cibler des groupes d'employés à risque) et la prévention tertiaire (c.-à-d. accompagner les personnes dans leur rétablissement et leur reprise professionnelle). Autrement dit, en sensibilisant les milieux de travail sur les facteurs du RAT et des éventuelles rechutes, nous croyons qu'il est possible d'instaurer une culture organisationnelle qui aura un impact sur les trois niveaux d'interventions préventives. Dès lors, les chercheurs, les intervenants et les décideurs politiques pourront appréhender la problématique *santé mentale au travail* sur un continuum, en bénéficiant d'une marge de manœuvre accrue.

Notes

1. À propos des défis que peuvent vivre les médecins lors du retour au travail de patients aux prises avec un trouble mental courant, nous invitons les lecteurs à consulter l'article de Boileau-Falardeau et al. (sous presse).
2. Pour en savoir plus sur ce type de recension des écrits, les lecteurs sont invités à consulter le chapitre de Mazaniello-Chézol et Corbière (2020).

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

UN TRAITEMENT DES TROUBLES DÉPRESSIFS MAJEURS

Paquito Bernard,

Ph. D. en sciences et techniques des activités physiques et sportives, professeur adjoint au Département des sciences de l'activité physique de l'UQAM, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal

Introduction

Aux États-Unis, moins d'un adulte sur trois aux prises avec un trouble dépressif majeur a reçu des recommandations ou conseils en lien avec l'activité physique (AP) de la part d'un clinicien (Grabovac et al., 2020). Pour des psychologues australiens, le déterminant le plus important de la promotion de l'AP reste le niveau personnel d'AP du clinicien (Burton et al., 2010). En d'autres termes, plus un psychologue est actif, plus il aura tendance à promouvoir l'AP dans ses consultations. Cette association semble aussi vérifiée chez les autres professionnels de la santé (Way et al., 2018). Les autres freins associés à la promotion de l'AP dans la pratique clinique sont l'absence d'information et de formation à propos des effets de l'AP en santé mentale et l'absence de relais vers un professionnel formé à cet effet (Burton et al., 2010).

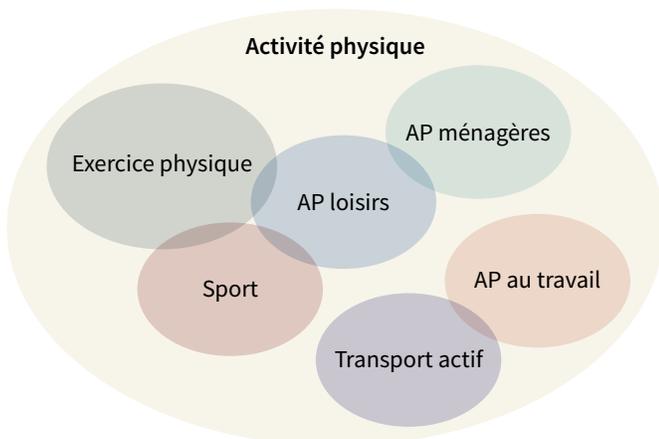
Les effets bénéfiques de l'AP sur la santé sont mis en exergue depuis plusieurs décennies. La connaissance de ces effets reposait initialement sur des constats cliniques, puis ils ont peu à peu fait l'objet d'études scientifiques rigoureuses (Arveiller, 2006). L'étude des liens entre AP et troubles de la santé mentale est plus récente, bien que des initiatives cliniques existent depuis de nombreuses années (Bernard et al., 2013). Le présent article résume l'état des connaissances sur l'utilisation de l'AP dans le traitement des troubles dépressifs majeurs et modérés, et sur sa promotion en contexte de psychologie clinique.

L'activité physique ou les activités physiques ?

Avoir une vision non biaisée de l'AP (c.-à-d. non centrée uniquement sur le sport et l'exercice) offre au clinicien un nombre maximal de possibilités de la promouvoir. L'AP désigne l'ensemble des mouvements corporels produits par la mise en action des muscles squelettiques, entraînant une dépense d'énergie qui varie de faible à élevée. L'AP est un comportement qui peut être classifié selon différents domaines décrits dans la figure ci-dessous (Romain et Bernard, 2018). Chaque domaine d'AP peut être réalisé à différentes intensités d'effort : légère, modérée ou vigoureuse. Ainsi, une personne pourrait faire 150 minutes d'AP par semaine uniquement dans le cadre de ses loisirs (p. ex., 60 minutes de patin sur glace, 90 minutes de quilles) et une autre en faire tout autant en combinant plusieurs domaines d'AP (p. ex., 2 fois 10 minutes de marche pour aller à l'école de son enfant, 5 minutes quotidiennes de montées d'escalier pour aller échanger avec les collègues de travail trois étages plus haut, et une promenade dominicale de 25 minutes dans un parc).

L'AP est un comportement non aisé à modifier, car il a des caractéristiques propres (Rhodes et Nigg, 2011) : 1) c'est un comportement à adopter (en opposition à l'arrêt d'un comportement, où l'on vise l'absence du comportement [p. ex., cessation tabagique]); 2) ce n'est pas un comportement nécessaire à la survie immédiate (en comparaison à l'alimentation), ce qui réduit les possibilités de le modifier; 3) l'AP nécessite une organisation du temps; 4) l'AP doit être répétée, sans quoi les bénéfices obtenus ne persisteront pas; 5) l'AP entraîne une réponse physiologique adaptative qui peut être mal interprétée.

Les adultes aux prises avec un trouble dépressif majeur ont un niveau d'AP hebdomadaire généralement plus faible que celui de la population générale (Schuch et al., 2017). En dehors de toute intervention, seulement 15 % des adultes aux prises avec un trouble dépressif majeur (contre 20 % de la population générale) ont un niveau d'AP conforme aux directives canadiennes (c.-à-d. 150 minutes d'AP d'intensité modérée à vigoureuse par semaine) [Schuch et al., 2017].



Une récente méta-analyse d'études prospectives conclut qu'un niveau élevé d'AP a un effet protecteur sur le développement de troubles dépressifs majeurs ou modérés chez les adolescents, les personnes en âge de travailler et les personnes âgées (Schuch et al., 2018).

La pratique de certaines AP (p. ex., vélo de montagne) n'est pas exempte de risques de blessure ou d'accident majeurs. Cependant, la pratique d'AP pour les personnes atteintes d'un trouble mental est sécuritaire dans la majorité des cas. Les études qui ont tenté de recenser les accidents survenus dans la pratique d'AP incluant des adultes souffrant d'un trouble mental n'ont pas relevé de risques majeurs (Rhodes et al., 2011). Les auteurs concluaient que, dans un contexte de trouble de santé mentale, la balance bénéfice-risque pour la pratique d'AP penchait largement en faveur des bénéfices. De plus, contrairement à une croyance répandue, la pratique d'AP n'est pas associée à l'exacerbation de symptômes anxieux, voire de crises de panique (O'Connor et al., 2000).

Comment sont établies les données probantes sur la question de l'activité physique et des troubles dépressifs ?

La question de l'association entre AP et trouble dépressif est examinée au moyen d'études prospectives observationnelles et d'études interventionnelles dont les plus strictes suivent un devis d'essai clinique randomisé. Ces études permettent de répondre aux questions suivantes : L'AP a-t-elle un effet protecteur contre l'apparition de troubles dépressifs ou d'un trouble dépressif majeur ? Un programme d'AP permet-il de diminuer les symptômes dépressifs à court et moyen terme ?

Une récente méta-analyse d'études prospectives conclut qu'un niveau élevé d'AP a un effet protecteur sur le développement de troubles dépressifs majeurs ou modérés chez les adolescents, les personnes en âge de travailler et les personnes âgées (Schuch et al., 2018). En d'autres termes, le niveau d'AP auto-rapporté est associé à un risque moindre de diagnostic de trouble dépressif majeur à moyen terme (5 à 10 ans). Cet effet est constant que les troubles dépressifs soient autorapportés ou qu'ils soient établis selon des critères diagnostiques. L'effet protecteur de l'AP quant à l'incidence de trouble dépressif majeur a aussi été vérifié chez des adultes ayant une vulnérabilité génétique marquée associée à une occurrence accrue de troubles mentaux (Choi et al., 2020).

L'étude des effets de l'AP chez des adultes aux prises avec un trouble dépressif majeur existe depuis plus de cinquante ans (North et al., 1990). Dans la majorité des cas, l'AP est testée sous la forme d'exercice physique (EP). Le nombre d'essais cliniques

Les bénéfices de l'EP font par conséquent l'objet de critiques dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, ses détracteurs en attribuent les effets à un unique effet placebo. Or, ces effets perdurent même lorsqu'on développe des stratégies méthodologiques afin de contrôler l'effet placebo dans les études cliniques (Lindheimer et al., 2015).

ayant porté sur les effets de l'EP de type aérobie (endurance) sur les symptômes dépressifs est de plus de 60 pour les études incluant des personnes présentant des symptômes modérés (Rethorst et al., 2009) et est de 13 pour celles incluant des personnes présentant des symptômes sévères (Krogh et al., 2011). À cela s'ajoute un nombre considérable d'essais cliniques visant à évaluer l'efficacité du yoga, de la marche ou encore de l'EP de type résistance. L'efficacité de l'EP a été examinée comme monothérapie ou comme combinaison à un traitement antidépresseur ou à une psychothérapie (Rethorst et al., 2009). Le développement d'essais cliniques dans le domaine de l'AP révèle des enjeux méthodologiques communs aux psychothérapies, comme l'absence de mise à l'insu, l'adhésion et l'abandon (~ 18 %) [Stubbs, Vancampfort, Rosenbaum, Ward, Richards, Soundy et al., 2016], ou spécifiques, comme la contamination. En effet, il a été démontré qu'une proportion non négligeable des participants aux études tirés au sort dans un groupe contrôle augmentent leur AP (Stubbs, Vancampfort, Rosenbaum, Ward, Richards, Ussher et al., 2016). Cela a pour conséquence de statistiquement diminuer les effets du groupe d'EP et donc de minimiser l'efficacité de l'EP en comparaison à d'autres traitements. À titre de comparaison, l'amélioration des groupes contrôles dans les essais cliniques d'EP est quasiment deux fois supérieure à celle observée dans les essais cliniques évaluant d'autres traitements. Les bénéfices de l'EP font par conséquent l'objet de critiques dans le domaine de la santé mentale. Par exemple, ses détracteurs en attribuent les effets à un unique effet placebo. Or, ces effets perdurent même lorsqu'on développe des stratégies méthodologiques afin de contrôler l'effet placebo dans les études cliniques (Lindheimer et al., 2015).

Que nous disent les données probantes ?

Diminution importante des symptômes dépressifs

Le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) est une organisation qui regroupe des cliniciens et des chercheurs renommés qui facilitent l'interprétation des données probantes (essais randomisés contrôlés, méta-analyses) afin d'améliorer les pratiques cliniques. Le CANMAT a révisé son guide de pratique clinique pour le traitement des troubles dépressifs en 2016. Il recommande l'EP comme traitement de première intention

d'un trouble dépressif modéré ou sévère (niveau de preuve élevé) en monothérapie. L'EP est à recommander comme traitement adjuvant pour un trouble dépressif majeur (niveau de preuve élevé). La pratique du yoga est réservée au traitement du trouble dépressif modéré ou sévère, comme traitement adjuvant (niveau de preuve modéré). Le CANMAT souligne qu'il est en revanche plus délicat de juger des bénéfices de l'EP à long terme, le nombre d'études à ce sujet étant trop limité. Un essai clinique indique tout de même que parmi les adultes ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur qui ont été traités par l'EP ou un antidépresseur, ceux qui arrivent à maintenir un niveau d'AP post-traitement se rapprochant des recommandations risquent moins que les autres de faire une rechute 12 mois plus tard (Hoffman et al., 2011).

Si le CANMAT n'a pas détaillé les modalités générales d'EP, plusieurs experts du domaine ont réalisé des métarégressions afin de déterminer les caractéristiques d'EP associées aux diminutions les plus marquées des symptômes (Perraton et al., 2010; Rethorst et al., 2009). Le tableau 1 présente ces caractéristiques, ainsi que les principes généraux que l'on doit appliquer pour développer une intervention d'EP.

Tableau 1
Caractéristiques des interventions d'exercice physique dans le cadre d'un trouble dépressif modéré ou sévère

	Trouble dépressif modéré	Trouble dépressif sévère
Durée de l'intervention	10-16 sem.	10-16 sem.
Durée de la session	30-45 min	45-60 min
Intensité	50-75 % FCmax (augmentation progressive) ou 80 % 1-RM	Intensité libre et progressive
Fréquence	2/sem.	≥ 3/sem.
Nature d'EP	Aérobie + résistance	Aérobie ou résistance

sem. = semaine; FCmax = fréquence cardiaque maximale; RM = répétition maximale

Un examen complémentaire de la littérature scientifique révèle que les bénéfices de l'EP observés chez les adultes ont été reproduits chez des enfants, des adolescents et des jeunes adultes (17 essais cliniques) [Bailey et al., 2018; Carter et al., 2016] ainsi que chez des adultes de plus de 65 ans (9 essais cliniques) [Klil-Drori et al., 2020] atteints d'un trouble dépressif modéré ou sévère. Ces méta-analyses ont conclu à des diminutions de sévérité des symptômes équivalentes à celles constatées chez les adultes en âge de travailler.

Par ailleurs, plusieurs études interventionnelles ont montré que la pratique d'une intervention d'EP dans un contexte de trouble dépressif majeur aigu et en milieu fermé était faisable, et que ce type d'intervention est bien accepté par les participants (Schuch et al., 2015). Le nombre d'études reste cependant trop faible pour que l'on puisse examiner les effets sur la symptomatologie.

Des bénéfices « secondaires »

Deux méta-analyses ont fait état de bénéfices supplémentaires à la suite d'interventions d'EP. Les fonctions cardiorespiratoires sont nettement améliorées en fin d'intervention (Stubbs, Rosenbaum et al., 2016). Les participants rapportent aussi une amélioration générale de leur qualité de vie physique et mentale (Schuch et al., 2016). Des études isolées indiquent que l'AP pourrait améliorer la qualité du sommeil (Rethorst et al., 2013) et aider dans la gestion des symptômes de manque nicotinique (Bernard et al., 2015). En revanche, l'analyse de 12 essais cliniques conclut à une absence de preuve d'un effet d'une intervention d'AP sur des mesures cognitives chez les adultes aux prises avec des troubles dépressifs sévères (Sun et al., 2018). Les auteurs suggéraient que les doses d'AP hebdomadaires testées semblaient trop faibles pour engendrer un effet clinique.

Les psychologues évoluant dans des milieux professionnels liés à des maladies chroniques, au cancer ou encore à la périnatalité rencontrent eux aussi des patients aux prises avec un trouble dépressif modéré ou majeur (Bernard et al., 2018a). Or, de nombreuses méta-analyses concluent que les interventions d'EP ont un effet protecteur contre l'apparition de ces troubles (Herring et al., 2012). En cas de trouble dépressif modéré, l'intervention d'EP entraîne une réduction importante des symptômes chez les adultes ayant reçu un diagnostic de maladie coronarienne (Blumenthal et al., 2012), de sclérose en plaques (Bombardier et al., 2013) ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (Emery et al., 1998). La pratique d'EP durant la grossesse chez les femmes atteintes d'un trouble dépressif joue le même rôle et protège aussi contre l'apparition d'un trouble dépressif majeur post-partum (Poyatos-León et al., 2017).

Aider ses clients à bouger

Barrières et préférences

L'analyse des études qualitatives et quantitatives montre que les barrières à l'AP chez les adultes aux prises avec un trouble dépressif modéré ou sévère sont principalement le faible niveau d'efficacité personnelle en présence de symptômes exacerbés, les difficultés d'interaction sociale, le faible niveau d'intention à changer son mode de vie, l'accès limité à des infrastructures adaptées (p. ex., centre de conditionnement physique, parc, pistes cyclables), la perception de sa santé ou de soi détériorée, l'absence d'encouragements parmi les proches ou les soignants, le manque de plaisir lié à l'AP et la fatigue accrue (Glowacki et al., 2017).

Une attention croissante est portée à la question des préférences relatives à l'AP chez les personnes qui pourraient tirer profit de celle-ci pour leur santé. En effet, comprendre les caractéristiques générales de ces préférences facilite l'individualisation des conseils et favorise le changement de comportement (Romain et Bernard, 2018). Chez les adultes souffrant d'un trouble dépressif majeur, plusieurs patrons de préférences ont été relevés (Busch et al., 2016) :

- l'AP la plus plébiscitée est la marche ; en deuxième position, on note une différence de genre, les hommes préférant les AP de force (p. ex., musculation), alors que les femmes privilégient le yoga ;
- pour les femmes, l'intensité d'effort doit être faible à modérée et graduellement augmentée ; pour les hommes, elle doit être modérée ;
- la fréquence hebdomadaire la plus appropriée est de trois ou quatre séances ;
- les contextes de pratique les plus prisés sont le domicile et les centres communautaires ;
- la moitié des personnes interrogées souhaitent être supervisées par un spécialiste de l'AP physiquement présent, mais un quart n'ont pas de préférence à cet égard.

Comment promouvoir l'activité physique ?

Romain et Bernard (2018) ont récemment proposé un modèle d'intervention en promotion de l'AP en contexte de trouble mental. Ils ont réalisé une synthèse d'études quantitatives et qualitatives afin de développer un modèle d'intervention destiné aux professionnels de la santé mentale. Celui-ci a pour vocation d'aider à la prise de décision clinique. Il présente des jalons essentiels pour promouvoir l'AP à moyen terme, lesquels sont couplés à des techniques de changement de comportement dont l'efficacité a été démontrée. Ces techniques font l'objet de différentes classifications et sont définies comme composantes concrètes d'une intervention visant un changement de comportement, comme par exemple la fixation d'objectifs (Bernard et al., 2019). Romain et Bernard (2018) ont proposé quatre étapes différenciées de promotion de l'AP, présentées ci-après.

Une attention croissante est portée à la question des préférences relatives à l'AP chez les personnes qui pourraient tirer profit de celle-ci pour leur santé. En effet, comprendre les caractéristiques générales de ces préférences facilite l'individualisation des conseils et favorise le changement de comportement (Romain et Bernard, 2018).

1 Initiation – Faire une marche

Il apparaît nécessaire de régulièrement interroger le patient sur son AP actuelle en lui rappelant les différents domaines de l'AP (voir la figure). Il existe d'ailleurs à cet effet un questionnaire validé en français et en anglais (Rosenbaum et al., 2020) et offert en accès libre (www.simpag.org). Pour un *entretien initial* seul ou en groupe, utiliser les techniques suivantes :

- Fournir des informations générales sur les bénéfices (p. ex., amélioration des symptômes et de l'estime de soi) et les risques (p. ex., courbatures) liés à la pratique d'AP.
- Fournir des informations spécifiques sur les modalités de pratique pour les personnes aux prises avec un trouble dépressif (voir le tableau 1).
- Recenser les expériences passées d'AP, les préférences et les moyens actuels liés à l'AP.
- Aider le patient à déterminer lequel ou lesquels de ses proches pourraient le soutenir directement (p. ex., cours d'initiation, promenade en groupe) ou indirectement (p. ex., comptes rendus des efforts accomplis dans les réseaux sociaux) dans la réalisation de séances d'AP.

Favoriser l'implémentation de l'intention

Demander à la personne de trouver trois bénéfices personnels qui pourraient découler de la pratique d'AP, puis trois barrières qui pourraient la freiner ou l'empêcher de réaliser son AP. Puis, aider la personne à établir une série de plans : « Si (barrière), alors je (solution). » Exemple : « S'il neige trop, je remplace la marche par 20 minutes d'étirements et de flexions devant la télévision. »

2 Développement – Quand l'AP rime avec plaisir

Le plaisir ressenti durant les premières séances d'AP est un facteur clé prédictif de la réponse symptomatologique en fin d'intervention chez des adultes aux prises avec un trouble dépressif majeur (Suterwala et al., 2016). Ainsi, un nombre croissant d'études examine les modalités qui sont le plus associées au plaisir durant l'AP. Deux facteurs semblent directement déclencher du plaisir chez le patient : 1) le laisser choisir l'AP ; 2) le laisser décider de l'intensité de l'effort. La consigne suivante suffit : « Restez toujours à une intensité d'effort à laquelle vous avez du plaisir. » Pour obtenir une bonne adhésion à l'AP, il apparaît donc nécessaire de donner de la latitude aux personnes aux prises avec un trouble dépressif.

Faciliter l'essai-erreur dans différents domaines d'AP

Comme psychologue, il peut être très important d'aider le patient à trouver un professionnel ou un milieu de pratique d'AP qui pourraient l'aider à découvrir de nouvelles AP dans un cadre sécuritaire et adapté. À titre d'exemple, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal a une équipe de kinésologues expérimentés qui propose des séances supervisées d'activité physique adaptée

précédées d'évaluations de la condition physique et de l'autoefficacité. Nous l'avons vu plus haut, seulement la moitié des patients souhaitent être supervisés. Il faut donc les aider à déterminer les domaines d'AP qui seront les plus aisés à incorporer dans leur quotidien. Cela peut prendre de nombreuses formes. Par exemple, le transport actif (marche) peut se décliner sous différentes formes : descendre de l'autobus un arrêt avant sa destination ; promener le chien du voisin ; aller jouer au parc avec les enfants, mais opter pour un parc du quartier voisin. Les AP ménagères sont aussi très utiles pour les personnes ayant peu d'intérêts pour les AP dites sportives. Pelleter la neige, couper une haie, ramasser des feuilles sur une surface importante peuvent être de très bonnes entrées en matière.

Établir des objectifs individualisés et atteignables

Il apparaît essentiel d'aider le patient à définir un objectif d'AP à court terme en précisant la fréquence et la durée. L'AP initiale peut être très courte et facile : l'important au départ n'est pas nécessairement de réussir à avoir une dépense énergétique importante, mais de rompre des habitudes sédentaires.

Fournir des informations sur la manière de réaliser l'AP

Si le patient est encadré par un kinésologue, celui-ci pourra veiller à lui fournir des informations personnalisées liées à l'AP. Il pourrait être important en fonction du contexte d'aider le patient à verbaliser ses difficultés ou ses troubles si la supervision de l'AP se fait en dehors du système de santé mentale. Dans le cas d'un patient réalisant des séances en autonomie, il existe de nombreuses brochures comportant des exemples et des consignes d'AP à réaliser chez soi ou dehors, par saisons (p. ex., www.kino-quebec.qc.ca).

Instaurer graduellement l'AP

Comme les entretiens de personnes aux prises avec un trouble dépressif majeur le montrent souvent, il est primordial, avant même de chercher à atteindre les recommandations nationales, de prendre le temps de trouver une AP avec laquelle la personne est à l'aise et a du plaisir. Une fois que le patient a réussi à incorporer durablement des périodes d'AP dans sa semaine, il faut le laisser juge du moment où il va pouvoir augmenter la durée, ou l'intensité ou la fréquence de ses séances d'AP.

3 Adhésion – Je vais revenir à la séance la semaine prochaine

Une fois que le patient a testé et retenu une ou plusieurs AP, il faut l'aider à développer son autoefficacité afin qu'il n'abandonne pas (c.-à-d. nourrir une perception de maîtrise, favoriser les expériences vicariantes et aider à l'interprétation des ressentis à l'effort). Nous l'avons vu plus haut, accentuer le soutien social direct ou indirect va jouer un rôle non négligeable dans la poursuite de l'AP.

Développer un système de rappel

Les rappels, notamment les SMS ou les agendas partagés, sont des exemples de stimuli qui peuvent aider le patient à se rappeler ses objectifs ou à préparer ses affaires en vue d'une séance la journée même ou le lendemain.

Aider le patient à prendre conscience de ses progrès et de ses efforts

Les efforts réalisés sont parfois difficilement perçus dans le cadre de la dépression. Ainsi, il peut être judicieux d'aider la personne à mesurer la durée mensuelle ou hebdomadaire d'AP et de lui demander d'autoévaluer à l'écrit son niveau de bien-être post-AP ou de sommeil le lendemain. Cette façon de faire l'aidera à se concentrer sur les bénéfices personnels issus de ses efforts. Si le patient n'adhère pas à l'automesure de l'AP, une stratégie de contournement peut être envisagée. Par exemple, un nombre important d'applications gratuites sont disponibles pour mesurer les nombres de pas ou d'autres indicateurs d'AP. Celles-ci ont l'avantage de facilement être programmables pour qu'un signal soit envoyé quand le nombre de pas quotidien souhaité est atteint. De plus, elles offrent souvent un graphique clair représentant, par exemple, le nombre quotidien de pas effectués dans la dernière semaine.

Aider le patient à anticiper les freins à la poursuite de l'AP

Faire perdurer l'AP dans le temps est relativement ardu, et ce changement de comportement peut être bousculé par des « événements » relativement prévisibles, tels un changement de saison, un déménagement, une séparation, les fêtes de fin d'année, des vacances ou un retour au travail, qui peuvent venir interférer négativement avec la pratique d'AP. Il apparaît donc important de questionner le client sur ces points et de l'aider à trouver des solutions à envisager pour rester actif. Une pratique d'AP organisée (sans objectif de performance) peut avoir un effet majeur de contournement des effets négatifs liés à des événements perçus comme négatifs.

4 Maintien – L'activité physique dans mon quotidien, un peu à la fois

Pour maintenir les bénéfices issus de l'AP et protéger la personne d'une possible aggravation de ses symptômes, il faudrait que celle-ci ait incorporé l'AP dans son quotidien, c'est-à-dire qu'elle ait développé des habitudes d'AP qui prennent souvent la forme d'automatismes. Lorsqu'une personne utilise son vélo quotidiennement pour se rendre à son travail, elle n'a plus besoin de recevoir des alertes, de planifier, de peser les avantages et les inconvénients d'utiliser son vélo... elle s'habille simplement de circonstance et part. Ce type d'habitude est un gage de maintien dans le temps des bénéfices de l'AP.

Les efforts réalisés sont parfois difficilement perçus dans le cadre de la dépression. Ainsi, il peut être judicieux d'aider la personne à mesurer la durée mensuelle ou hebdomadaire d'AP et de lui demander d'autoévaluer à l'écrit son niveau de bien-être post-AP ou de sommeil le lendemain.

Découvrir d'autres solutions pour rester actif

Sur la base de la figure présentée plus haut, le psychologue peut aider le client à explorer et à planifier des AP dans d'autres domaines que ceux déjà utilisés. Le but : augmenter les expériences de pratique d'AP. Cela peut prendre de multiples formes, comme s'inscrire à des vélos partagés (transport actif), participer à une séance d'initiation à la danse en ligne (AP de loisirs), s'inscrire dans une ligue de hockey de garage (sport), suivre un cours de cardiovélo (exercice physique), réaliser des plantations estivales dans un jardin communautaire (AP ménagères) ou encore faire une courte marche après le repas du midi, avant la prochaine réunion (AP au travail).

Proposer une méthode de quantification de l'AP

Le développement des technologies offre un nombre important de solutions techniques pouvant aider le client à mesurer son propre comportement. Une solution très pratique et peu onéreuse est l'utilisation d'un podomètre ou d'une application mobile de ce type. Si la mesure n'est pas parfaite, elle présente néanmoins un grand intérêt, car elle est aisément compréhensible. Ainsi, le client peut obtenir automatiquement une rétroaction quand il atteint ou non son nombre quotidien de pas, ou peut tenir un cahier d'activités qu'il peut montrer à un clinicien ou à ses proches. À ce titre, le nombre de 10 000 pas quotidiens est souvent mis en avant dans la presse ; or, ce seuil ne repose pas sur des données probantes (Lee et al., 2019). Il a été démontré que des bénéfices pour la santé mentale sont observables à partir de 5 000 pas par jour (Bernard, Doré et al., 2018b).

En conclusion, l'utilisation de l'AP pour diminuer la sévérité des symptômes dépressifs et améliorer la qualité de vie et les fonctions cardiorespiratoires des personnes aux prises avec un trouble dépressif majeur repose sur des données probantes solides (même si les bénéfices à long terme restent à évaluer). Le défi actuel des psychologues est de systématiser l'évaluation de l'AP et de déterminer les personnes qui pourraient retirer le plus de bénéfices de l'AP pour leur santé. Plus globalement, l'intégration progressive des kinésioles dans le système de santé est une opportunité majeure pour les psychologues de développer des collaborations interdisciplinaires autour de l'AP, pour le plus grand bien de leurs patients (Bernard et al., 2018a).

NOS JEUNES SONT-ILS PLUS DÉPRIMÉS QU'IL Y A 20 ANS?

PORTRAIT DE LA DÉPRESSION CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES

D^{re} Diane Marcotte,
psychologue, professeure titulaire
et directrice adjointe des études
supérieures au Département
de psychologie de l'UQAM

Josianne Chicoine,
étudiante au doctorat
en psychologie à l'UQAM

Nous vivons actuellement une période préoccupante quant aux taux élevés de dépression dans l'ensemble des pays occidentaux. Alors qu'en 2008 l'OMS prévoyait qu'en 2020 la dépression serait la première cause d'invalidité, ce statut a été atteint dès 2017. Loin d'échapper à cette propension endémique de la dépression, les jeunes constituent un sous-groupe particulièrement touché. Dans le présent article, nous décrivons la problématique et nous insisterons sur la nécessité d'adopter une approche préventive afin d'agir en amont pour contrer la détresse chez nos jeunes.

Description de la problématique

Sentiment de tristesse, perte d'intérêt dans les activités, fatigue, insomnie ou hypersomnie et autres symptômes, les neuf critères diagnostiques du *DSM-5* (American Psychiatric Association [APA], 2013) sont les mêmes pour tous les groupes d'âge et incluent des symptômes affectifs, cognitifs et neurovégétatifs. Quelques spécificités quant à leur manifestation sont cependant propres à l'adolescence. Par exemple, chez les jeunes, l'humeur dépressive peut se manifester davantage comme de l'irritabilité que comme de la tristesse. Également, les symptômes somatiques tendent à diminuer avec l'âge, alors que les symptômes comme l'anhédonie, le ralentissement psychomoteur et, plus particulièrement chez les filles, l'hypersomnie et la réduction de l'appétit tendent à augmenter durant l'adolescence. Enfin, le risque suicidaire atteint un sommet au milieu de l'adolescence chez les filles et à la fin de l'adolescence chez les garçons (Avenevoli et al., 2008; Hankin, 2017).

Les taux de dépression augmentent à l'adolescence, alors que les résultats des études sont plus variés à l'émergence à l'âge adulte : certaines font état d'un plafonnement, d'autres d'une diminution. Au Canada, 0,6 % des garçons et 4,1 % des filles présentent un épisode de dépression entre 12 et 14 ans, alors que cette prévalence annuelle s'élève à 4,1 % chez les garçons et à 10,1 % chez les filles entre 15 et 19 ans (Wiens et al., 2017). Quant à la prévalence à vie, les études indiquent qu'entre 15 et 20 % des jeunes présentent un trouble dépressif à un moment ou un autre durant leur adolescence (Reynolds et Johnston, 2013). Sur un continuum d'intensité moins sévère, environ 10 % des garçons et 25 % des filles présentent un syndrome dépressif à l'adolescence, c'est-à-dire qu'ils présentent plusieurs symptômes dépressifs sans toutefois remplir tous les critères diagnostiques du trouble de dépression (Marcotte, 2013). La présence d'un tel syndrome n'est toutefois pas à prendre à la légère puisqu'elle laisse présager l'apparition d'un trouble dépressif subséquent et qu'elle est associée à un fonctionnement psychosocial aussi détérioré que celui du trouble lui-même (González-Tejera et al., 2005).

Le trouble dépressif augmente de manière marquée à la puberté, moment où des différences de genre émergent (APA, 2013; Rudolph et Flynn, 2014). Il convient de mentionner que les résultats des études sont plus consistants dans les échantillons de filles que dans ceux de garçons (Marcotte et Lemieux, 2014). Ces différences de genre peuvent être expliquées par plusieurs facteurs. Les filles vivent leur puberté plus tôt que les garçons et en concordance avec la transition primaire-secondaire, alors que les garçons n'ont pas à faire face à cette synchronie de stress (Marcotte, 2013). Or, nous savons qu'il est plus difficile de s'adapter aux stress multiples lorsqu'ils sont vécus en synchronie plutôt qu'en séquences. Les filles tendent également à être exposées plus fréquemment aux événements de vie négatifs (Hyde et al., 2008; Mojtabai et al., 2016), à avoir une appréciation plus négative de leur image corporelle (Murray et al., 2018) et à présenter une plus grande vulnérabilité cognitive (Hatzenbuehler et McLaughlin, 2017). Par exemple, les filles ont davantage tendance à ruminer ou à présenter des styles d'attributions négatifs. De plus, elles risquent de vivre un premier épisode de dépression de façon plus précoce, ainsi que de vivre des épisodes de dépression plus longs et plus récurrents (Hatzenbuehler et McLaughlin, 2017).

Chez les adultes émergents, âgés de 18 à 25 ans, la prévalence annuelle du trouble est estimée à 6 %, alors que le syndrome dépressif est estimé à 30,6 % (Ibrahim et al., 2013). Les taux de récurrence sont également élevés. En effet, 43 % des adolescents qui ont vécu un épisode de dépression majeure seraient de nouveau affectés pendant l'émergence à l'âge adulte, mais les filles ne sont ici pas plus nombreuses que les garçons. À cet égard, bien que certaines études continuent de rapporter des taux plus élevés chez les filles à cette période de la vie, d'autres n'ont fait état d'aucune différence de genre. De plus, certaines études constatent un plafonnement ou même une diminution de la dépression à 21 ans (Rawana et Morgan, 2014; Shubert et al., 2017).

Les taux de dépression augmentent chez les jeunes depuis le début des années 2000 (Mojtabai et al., 2016). Les données fournies par l'American College Health Association (ACHA, 2019) sont assez éloquentes à cet effet, particulièrement chez les étudiants du postsecondaire. Dans le sondage annuel de l'ACHA (le *National College Health Assessment*, ou NCHA), qui comporte un échantillon canadien, 21,2 % des étudiants, âgés pour la majorité de 18 à 25 ans, affirment qu'ils se sont « sentis si déprimés qu'il leur était difficile de fonctionner » dans la dernière année, alors que ce taux était de 13,7 % en 2010. De leur côté, Liu et al. (2017) rapportent aussi une augmentation du trouble dépressif majeur entre 2005 et 2014 chez les étudiants chinois de 18 à 20 ans, phénomène qui est également observé dans l'étude américaine nationale de Mojtabai et al. (2016), dont les taux passent de 8,8 % à 9,6 % pendant cette même période. Dans cette deuxième étude, les augmentations diffèrent entre les adolescentes et les adolescents, celle chez les filles étant plus marquée. De plus, ces hausses sont présentes principalement chez les jeunes blancs non hispaniques plutôt que chez les groupes minoritaires. Parmi les facteurs invoqués pour expliquer cette hausse, sont nommés, entre autres, la cyberintimidation, dont les filles seraient probablement davantage victimes, ainsi que l'utilisation du téléphone mobile et des applications de texte, dont elles feraient un plus grand usage.

Finalement, plusieurs autres troubles de santé mentale peuvent être présents de manière concomitante à la dépression chez les jeunes, notamment les troubles anxieux, les troubles liés à la consommation de substances, le trouble des conduites et les troubles des conduites alimentaires. Les symptômes dépressifs peuvent se présenter de manière subséquente à l'apparition d'un premier trouble (Kessler et al., 2014; Rudolph et Flynn, 2014). L'étude de Richard et Marcotte (2015) conforte cette observation, en observant que chez les élèves anxieux de la 6^e année du primaire, la présence de stressseurs comme les conflits familiaux permet de prédire la concomitance anxiété-dépression suivant la transition primaire-secondaire.

Facteurs de vulnérabilité

De nombreux facteurs personnels et environnementaux sont associés à l'apparition ou au maintien des symptômes dépressifs, telles la présence de distorsions cognitives, les expériences de victimisation, la faible estime de soi ou l'image corporelle négative. Quant à la maturation pubertaire, bien qu'elle ait été souvent associée à la dépression, les travaux récents tels que ceux de Rudolph et Troop-Gordon (2010) ont démontré que la maturation pubertaire précoce ne représente pas un risque de dépression chez les jeunes sains, mais qu'elle en représente seulement un chez les jeunes présentant des facteurs de risque déjà présents pendant l'enfance. Sont également nommés comme facteurs de risque l'échec scolaire, l'appartenance à une minorité sexuelle, la présence de psychopathologie parentale et le statut socio-économique (Marcotte, 2013; Marcotte et al., 2014). À titre

d'exemple, Hammen (2009) estime que, comparativement aux enfants de parents non dépressifs, les enfants de parents dépressifs vivent un risque deux à trois fois plus élevé de présenter un trouble dépressif.

De nombreuses études soulignent que le manque de soutien social et d'habiletés sociales, les deux construits étant bien distincts, est associé à l'augmentation et au maintien des symptômes dépressifs autant chez les enfants que chez les adolescents et les jeunes adultes (Knoll et MacLennan, 2017 ; Rueger et al., 2016). Parmi les comportements à la source du rejet que vivent les jeunes dépressifs, on note que le contact visuel est moins fréquent qu'il ne l'est chez leurs pairs et que les expressions faciales sont moins animées (à l'exception de la tristesse). La gestuelle est également moins élaborée et le ton de voix, plus faible. Le discours de ces jeunes est souvent plus négatif et critique, ce qui crée un effet de contagion émotionnelle qui éloigne les pairs. En outre, ces jeunes, tout comme les jeunes anxieux, tendent à adopter des comportements de recherche de réassurance excessive et de recherche de rétroaction négative, ce qui contribue au maintien des symptômes dépressifs (Segrin et al., 2016). À titre d'exemple, ces jeunes ont moins de chances d'être sélectionnés comme amis, ce qui peut entraîner un isolement social ou une affiliation avec d'autres pairs marginalisés (Rudolph et Flynn, 2014). Les études récentes de Nilsen et al. (2018) et de Chicoine et al. (soumis) permettent de nuancer cette relation, en révélant que chez certains adolescents vulnérables, ce serait le fait de présenter de meilleures habiletés sociales qui pourrait avoir comme effet d'augmenter le risque de développer des symptômes dépressifs. Chicoine et al. sont d'accord avec l'hypothèse explicative proposée par Nilsen et al. (2018), qui avancent que les habiletés interpersonnelles de ces jeunes les amènent à devenir trop attentionnés envers les autres, aux dépens de leurs propres besoins.

La nécessité d'une approche préventive et innovante pour l'intervention

À la lumière de ces données et compte tenu du fait que seulement 35,6 % des jeunes déprimés reçoivent des services (Eisenberg et al., 2011 ; Gruttadaro et Crudo, 2012), il devient impératif de s'assurer qu'un plus grand nombre de jeunes reçoivent un traitement visant à réduire la dépression. Par ailleurs, tous s'entendent pour dire que, dans leur forme actuelle, les services de santé mentale ne répondent pas à la demande croissante et que des efforts doivent être déployés non seulement pour offrir plus de services, mais également pour changer le mode de déploiement de ces services, et ce, afin d'innover et de proposer une approche davantage orientée vers la prévention (ASEUCC/CSMC, 2013 ; Commission de la santé mentale du Canada, 2012 ; MacKean, 2011). De par son accessibilité, l'environnement scolaire constitue un milieu privilégié où offrir les programmes de prévention en santé mentale. D'ailleurs, c'est le plus souvent à l'école que les jeunes dépressifs reçoivent de l'aide (Eisenberg et al., 2011).

Ces interventions préventives se doivent de favoriser le développement de compétences et de facteurs de résilience et d'encourager les étudiants à s'engager dans des activités d'apprentissage, souvent offertes en groupes, plutôt que d'orienter principalement les offres de services vers une intervention individuelle, bien que cette dernière demeure un incontournable pour les jeunes répondant à un diagnostic de trouble dépressif. Les études scientifiques ainsi que les rapports des organismes gouvernementaux insistent sur le fait que ces interventions ne peuvent être simplement le fruit d'initiatives intuitives, mais doivent plutôt être validées par des données probantes et être soutenues par des modèles conceptuels reconnus et bien intégrés. C'est dans cette optique que notre équipe s'affaire à développer des programmes de prévention tels que le programme Pare-Chocs, destiné aux adolescents de 14 à 17 ans (Marcotte, 2006), et le programme Zenétudes : vivre sainement la transition au collège (Marcotte et al., 2016a, 2016b, 2016c, 2016d, 2016e, 2016f ; Marcotte et al., 2018), qui vise à diminuer les risques d'apparition de symptômes dépressifs et anxieux chez les jeunes adultes émergents.

Tableau 1
Composantes du programme de prévention Zenétudes

- | |
|--|
| 1. La présentation du rationnel de l'intervention |
| 2. L'identification des stress reliés à la transition secondaire-collégial et ses enjeux |
| 3. Le sentiment d'appartenance au collègue |
| 4. Le développement des connaissances sur la dépression et l'anxiété |
| 5. La restructuration cognitive |
| 6. L'activation comportementale et l'augmentation des activités plaisantes |
| 7. La réflexion sur le choix professionnel |
| 8. La gestion de l'anxiété |
| 9. Les relations amoureuses |
| 10. Les relations avec les parents |
| 11. La pratique de la pleine conscience |
| 12. Les habiletés sociales, de communication, de résolution de problèmes et de gestion de conflits |
| 13. Les stratégies d'étude |
| 14. Les saines habitudes de vie |
| 15. La prévention de la rechute |

Conçu à partir du modèle conceptuel de Christner et Mennuti (2009), Zenétudes (tableau 1) propose une offre de services hiérarchisée en milieu scolaire selon trois volets : la prévention universelle, la prévention ciblée-sélective et la prévention ciblée-indiquée. L'intervention préventive proposée est multidimensionnelle et spécifique, c'est-à-dire que chacune des quinze composantes du programme est dérivée des écrits sur les facteurs de protection et de risque ainsi que des contenus des programmes de prévention

[...] la dépression n'a cessé d'augmenter chez les jeunes et elle constitue une source de préoccupation majeure pour laquelle il devient impératif d'élargir nos modalités d'intervention afin d'adopter une approche davantage préventive pouvant joindre un plus grand nombre de jeunes en détresse.

visant spécifiquement la sous-population des étudiants déprimés ou anxieux. D'une durée d'environ 75 à 90 minutes, le premier volet du programme Zenétudes, la prévention universelle, est offert en classe par les enseignants. Il vise le développement des connaissances sur la santé mentale, sur la transition secondaire-collégial et sur la transition de l'adulte émergent, ainsi que l'apprentissage de stratégies préventives pour bien vivre cette double transition. Un objectif central de ce premier volet est également de procéder au dépistage des étudiants qui seront invités à participer aux deux autres volets du programme, c'est-à-dire de repérer les étudiants qui présentent des besoins pour lesquels le volet 1 n'est pas suffisant. Ainsi, dans une perspective d'offre de services multiniveaux, le deuxième volet du programme, la prévention ciblée-sélective, comporte deux ateliers d'une durée de 90 minutes portant sur la gestion de l'anxiété et la prévention de la dépression. Finalement, le troisième volet du programme, la prévention ciblée-indiquée, vise à développer plusieurs facteurs de résilience et à réduire le risque, cette fois chez des participants qui présentent un niveau sous-clinique de symptômes. Ce troisième volet s'adresse spécifiquement aux professionnels de la santé mentale et comprend dix rencontres offertes à des petits groupes de six à dix étudiants. Ce volet plus clinique inclut les quinze composantes de Zenétudes, alors que les volets 1 et 2 en incluent respectivement sept et six. Parmi les 36 activités proposées, mentionnons l'activité « L'expérience souriante », qui amène le participant à s'engager dans une expérience qui lui permettra de prendre conscience des impacts positifs liés au fait de sourire. Les modalités d'intervention sont multiples, allant de l'exposé, notamment pour la présentation du rationnel visant à comprendre les fonctions de l'évitement dans l'anxiété, aux jeux de rôles, aux mises en situation et aux exercices à réaliser en dehors des rencontres. Chacun des trois volets est présenté dans le *Manuel de l'animateur*, accompagné du *Cahier du participant*. Pour le troisième volet, un guide d'utilisation présente les paramètres qui permettent une implantation optimale du programme. Des formations sont aussi offertes autant pour les enseignants que pour les professionnels en santé mentale qui implantent le programme.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les interventions visant à diminuer la dépression chez les jeunes doivent être soutenues par des cadres conceptuels bien définis ainsi que par des données probantes. Dans cette optique, tout comme ce fut le cas pour le programme Pare-Chocs (Poirier et al., 2013),

le programme de prévention Zenétudes fait actuellement l'objet d'une étude évaluative. Dans ses deux méta-analyses, Conley et ses collègues (Conley et al., 2015; Conley et al., 2017) ont analysé les effets des programmes de prévention universelle et ciblée chez les étudiants postsecondaires. Bien que l'efficacité générale des programmes universels demeure relativement faible et que les effets sur une plus longue période demeurent peu évalués, lorsque les effets sur des mesures de symptômes dépressifs ou anxieux sont examinés, les résultats obtenus sont positifs. De leur côté, les résultats des études portant sur l'efficacité des programmes de prévention ciblée sont davantage prometteurs. Les programmes abordant spécifiquement l'anxiété et la dépression sont ainsi associés à une réduction significative des symptômes. Cependant, plusieurs limites, tant de ces programmes que des études sur leur efficacité, sont soulignées. Notamment, ces programmes sont rarement manualisés et diffusés à grande échelle, et leurs effets à long terme sont peu mesurés. Aucun n'offre une intervention multiniveau. Nous connaissons par ailleurs encore très peu les facteurs modérateurs et médiateurs associés à l'amélioration des symptômes. À titre d'exemple, l'effet différentiel des différentes composantes des programmes, ce que Chen (2005) nomme les « déterminants de l'efficacité du programme », demeure peu examiné.

À ce jour, nos premiers résultats confirment l'efficacité du volet 3 du programme à diminuer les symptômes d'anxiété et de dépression, les effets du programme demeurant présents trois mois après l'intervention (Marcotte et al., 2018). Également, nous procédons actuellement (2018-2021) à une vaste étude visant à examiner la qualité de la mise en œuvre ainsi que les effets de chacun des trois volets du programme. Les résultats révèlent que le volet 1, implanté jusqu'à maintenant auprès de plus de 1 400 étudiants collégiaux québécois, permet l'apprentissage de connaissances sur la santé mentale et sur le stress de la transition collégiale et que ces dernières demeurent acquises lors de la relance deux semaines plus tard. De plus, les résultats ont permis de constater que les apprentissages ont lieu sans égard au genre, à l'âge ou à d'autres facteurs tels que le niveau socio-économique des parents et l'absentéisme et le rendement scolaires, ce qui confirme la nature universelle de ce type de prévention.

En conclusion, au cours des dernières années, la dépression n'a cessé d'augmenter chez les jeunes et elle constitue une source de préoccupation majeure pour laquelle il devient impératif d'élargir nos modalités d'intervention afin d'adopter une approche davantage préventive pouvant joindre un plus grand nombre de jeunes en détresse. L'offre de services en santé mentale dans les milieux de vie quotidiens des jeunes influence de façon importante leur bien-être, et le processus d'évaluation de ces services est primordial puisqu'il permet de documenter et de communiquer cet impact, tout comme d'améliorer les services offerts. Enfin, ce processus a également pour effet de favoriser la communication entre les parties prenantes et aide à se situer par rapport aux objectifs à atteindre.

LES TROUBLES DÉPRESSIFS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET INTERVENTIONS

D^{re} Lyson Marcoux,
Ph. D., psychologue,
professeure au Département
de psychologie de l'Université
du Québec à Trois-Rivières

La crise de la COVID-19 a mis en exergue la vulnérabilité des aînés, les montrant souvent seuls et isolés. Du coup, il est facile de se forger une préconception selon laquelle ils sont aussi plus déprimés que l'ensemble de la population. Mais qu'en est-il? L'Enquête québécoise sur la santé des aînés (Préville et al., 2008) rapporte un taux de prévalence sur 12 mois de 6,8 % pour les dépressions majeure (1,1 %) et mineure¹ (5,7 %) chez 2 798 participants de 65 ans et plus. Plus spécifiquement, ces dernières touchaient presque deux fois plus de femmes que d'hommes (8,3 % des femmes, n = 1 650 ; 4,6 % des hommes, n = 1 148).

Ces taux montent considérablement lorsque sont pris en considération les symptômes dépressifs (et non seulement les diagnostics). Une étude canadienne publiée en 2008 (n = 7 736 personnes de 65 ans et plus) a montré une prévalence sur 12 mois de 3,8 % pour la dépression majeure et de 18,7 % lorsque les symptômes dépressifs étaient inclus (Cole et al., 2008). Bref, les estimations de prévalence varient grandement entre les études, en fonction des points de vue opérationnels (c.-à-d. rapporter seulement les diagnostics ou considérer également les états sous-cliniques) et méthodologiques (p. ex., diagnostic émis par un professionnel ou auto-évaluation à partir de questionnaires) adoptés par les études. Ce faisant, les décideurs et les intervenants sur le terrain ne peuvent avoir une idée juste du problème.

En outre, les résultats de l'étude américaine de Kessler et al. (2010) sur la prévalence de la dépression majeure chez les adultes de 18 ans et plus peuvent laisser croire que la dépression diminue à mesure que l'on vieillit. Or, il est difficile de savoir si elle est réellement moins fréquente ou si elle est moins détectée chez les personnes âgées. La dépression est effectivement réputée pour être sous-diagnostiquée chez les aînés du fait, notamment, de la présence de symptômes physiques (p. ex., problème de sommeil, perte d'appétit, ralentissement psychomoteur) [Pocklington, 2017] qui sont fréquemment associés, par les professionnels de la santé, au vieillissement normal ou à une maladie physique et non à la dépression (Chen et Copeland, 2011).

Particularités chez les personnes âgées

La prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes âgées s'explique notamment par le fait qu'elles vivent plus longtemps et seraient ainsi davantage exposées à des facteurs de risque (veuvage, maladies chroniques multiples, démence, relogement) [Beekman et al., 2011]. Il se peut également que la dépression soit plus facilement détectée chez les femmes que chez les hommes puisque ces dernières exprimeraient davantage leur tristesse ou leur désarroi. Chez ces derniers, ce sont plutôt les comportements agressifs ou autodestructeurs et les conflits interpersonnels qui sont à l'avant-plan des manifestations cliniques (Drapeau et al., 2009; Hinton et al., 2006; Koenig et Blazer, 2007).

En outre, les taux rapportés ne représentent qu'une partie du problème, puisque la manifestation clinique de la dépression chez les personnes âgées est caractérisée par la minimisation, voire le déni des symptômes (Alexopoulos, 2005; Spar et La Rue, 2006). Il est effectivement cliniquement fréquent que des personnes âgées nient avec véhémence être déprimées en admettant cependant être moins bien, moins intéressées par leurs activités ou encore, être irritables ou fatiguées. Plusieurs décriront en détail leurs maux physiques, déviant l'attention des professionnels vers des traitements qui ne règlent pas la cause initiale. On note également que plusieurs personnes – surtout les hommes – hésitent à en parler à leurs proches ou à leur médecin de famille ou à consulter un professionnel de la santé mentale (Hinton et al., 2006; Prévaille et al., 2008). Cela peut s'expliquer notamment par des croyances négatives à l'égard de la médication (Chew-Graham, 2011) ou encore par la connotation négative trop souvent associée à l'état dépressif, et ce, principalement chez les hommes (Hinton et al., 2006). Il arrive également que des individus en détresse cachent leur état, craignant un relogement dans une résidence pour personnes âgées.

D'autres manifestations dépressives plus typiques du vieillissement ressortent de la littérature : 1) hostilité et négativisme (p. ex., la personne refuse de manger et de s'habiller par elle-même ou avec de l'aide); 2) plainte en rapport à la mémoire; 3) apathie prédominante; 4) symptômes paranoïdes plus fréquents

Il est effectivement cliniquement fréquent que des personnes âgées nient avec véhémence être déprimées en admettant cependant être moins bien, moins intéressées par leurs activités ou encore, être irritables ou fatiguées.

(p. ex., les déprimés âgés souffrant de surdité ou de cécité auront plus de difficulté à faire confiance aux professionnels qu'ils ne voient pas ou n'entendent pas); 5) sentiments de persécution (p. ex., un homme est convaincu que son propriétaire veut le mettre à la porte parce qu'il est vieux); 6) anxiété manifestée dans les troubles physiques (p. ex., palpitations, sueurs sans cause apparente); 7) symptômes somatiques (p. ex., perte d'appétit, troubles gastro-intestinaux, insomnie) [Abou-Saleh et al., 2011]. Pour leur part, Clément et Darhout (2002) spécifient que, chez les aînés, on retrouve plus souvent que chez les plus jeunes des idéations de culpabilité, d'indignité, d'inutilité, de ruine, de damnation et d'incurabilité. Il n'est effectivement pas rare d'entendre des personnes âgées dépressives prononcer des phrases comme celles-ci : « Personne ne veut vraiment m'aider. Vous allez être comme les autres. » « Pourquoi souhaiter que ça change, à mon âge ? » « Je ne suis qu'un fardeau pour la société. »

Mentionnons également que certaines dépressions vont se manifester à travers des symptômes cognitifs, laissant croire à un début de trouble neurocognitif, sans qu'il en soit nécessairement le cas. Dans ces cas, aussi appelés pseudodémences (Kang et al., 2014), traiter d'abord les symptômes dépressifs permettrait d'évaluer l'importance réelle des problèmes cognitifs (Koenig et Blazer, 2007). Retenons cependant qu'un trouble cognitif peut, lui aussi, susciter des symptômes dépressifs. On n'a qu'à penser aux personnes se sachant atteintes de la maladie d'Alzheimer et étant conscientes de leur état.

Pour toutes ces raisons, on conçoit aisément que plusieurs personnes âgées en détresse passent sous le radar des professionnels, ce qui fait en sorte qu'elles ne reçoivent pas le traitement qui leur convient (Chen et Copeland, 2011), une situation d'autant plus déplorable puisque la dépression chez les aînés peut avoir des répercussions particulièrement dommageables.

Conséquences

Alors que la dépression a sans contredit des répercussions sur toutes les sphères de la vie de l'individu, et ce, peu importe l'âge, celles-ci prennent une proportion toute particulière lorsqu'elles s'ajoutent aux réalités du vieillissement (Pocklington, 2017). On n'a qu'à penser aux effets sur l'autonomie et la santé physique de l'individu, la dépression augmentant les risques de maladies ou aggravant celles déjà diagnostiquées (Scott et al., 2008; Vaillant et al., 1996). Il en découle une augmentation des risques

de mortalité, et pas seulement par suicide (Andreescu, Chang et al., 2007 ; Beekman et al., 2011 ; Pocklington, 2017). La dégradation de l'état de santé général s'expliquerait également par une mauvaise hygiène de vie, l'état de la personne âgée dépressive pouvant diminuer sa motivation à avoir de saines habitudes (Vaillant et al., 1996). Sur le plan psychosocial, la dépression pourrait altérer de façon significative la qualité des relations avec les proches, pouvant aller jusqu'à l'isolement (Chen et Copeland, 2011 ; Vaillant et al., 1996). Pour toutes ces raisons, l'état dépressif aurait des conséquences plus marquées chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes (Beekman et al., 2011). Notons également que même lorsque tous les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas satisfaits, l'individu peut éprouver des symptômes suffisamment importants pour ressentir un niveau de détresse significatif perturbant son fonctionnement (Meeks et al., 2011 ; Pocklington, 2017).

Étiologie et facteurs de risque

Plusieurs événements vécus fréquemment pendant le vieillissement mettront à l'épreuve l'équilibre psychoémotionnel de l'individu et sont ainsi reconnus comme des facteurs de risque de dépression chez les aînés, c'est-à-dire des facteurs précipitants. Parmi ceux-ci, on retrouve le deuil et les pertes (p. ex., retraite, relogement, permis de conduire), l'annonce d'une maladie physique majeure ou de troubles neurocognitifs comme la maladie d'Alzheimer, une perte d'autonomie physique, voire l'invalidité. On note également l'isolement social, la solitude et un faible niveau socio-économique (Alexopoulos, 2005 ; Chen et Copeland, 2011 ; Chew-Graham, 2011 ; Cole et Dendukuri, 2003 ; Licht-Strunk et al., 2007 ; Meeks et al., 2000 ; Pocklington, 2017).

Selon Alexopoulos (2005), plus la charge médicale globale est grande, plus le risque de dépression est élevé. Or, le lien entre maladie physique et dépression à l'âge avancé doit être interprété avec prudence. Dans leur enquête mondiale sur la santé mentale, Scott et al. (2008) ont constaté que même si la majorité des personnes âgées souffrent d'une maladie physique chronique, une grande proportion de celles-ci ne présentent pas de signe de dépression. Par contre, la majorité de celles qui ont un trouble de santé mentale présentent aussi des problèmes de santé physique (Meeks et al., 2000 ; Scott et al., 2008).

Étant donné que les personnes âgées sont exposées à plusieurs pertes, le diagnostic différentiel doit également se faire entre les fluctuations normales de l'humeur, le processus d'adaptation, le deuil, le deuil pathologique et la dépression proprement dite (American Psychiatric Association [APA], 2015 ; Chen et Copeland, 2011 ; Spar et La Rue, 2006).

Plusieurs facteurs de vulnérabilité à long terme, soit des facteurs prédisposants, sont également évoqués dans la littérature. C'est le cas de l'histoire de dépression individuelle (p. ex., âge lors du premier épisode dépressif, épisodes répétés au cours de la vie), des antécédents familiaux (p. ex., parent dépressif à répétition, prédispositions génétiques), des traumatismes en bas âge, de certains traits de personnalité (p. ex., le névrosisme), des deuils non résolus et des regrets (Beekman et al., 2011 ; Wrosch et al., 2005).

Importance du diagnostic différentiel

Le dépistage et le diagnostic de la dépression sont d'autant plus importants, puisqu'il en va d'interventions pharmaceutiques et psychologiques appropriées. Or, en ce qui concerne l'établissement du diagnostic chez les aînés, l'une des principales difficultés réside dans le fait que plusieurs critères diagnostiques du *DSM-5* peuvent être attribuables au vieillissement normal (p. ex., changements d'appétit, ralentissement cognitif, fatigue, difficultés de sommeil), à la maladie physique ou au dysfonctionnement physiologique (p. ex., tumeur, hypothyroïdie) ou encore à la médication (p. ex., antihypertenseurs, agents antiparkinsoniens, antiglaucomeux, certaines thérapies hormonales et anxiolytiques). Un intervenant peut donc conclure à tort que la personne est en dépression, alors qu'elle a un problème de santé qui doit être traité. À l'inverse, des dépressions peuvent passer inaperçues lorsque l'intervenant présume, trop rapidement, que les symptômes observés sont des conséquences normales du vieillissement.

Étant donné que les personnes âgées sont exposées à plusieurs pertes, le diagnostic différentiel doit également se faire entre les fluctuations normales de l'humeur, le processus d'adaptation, le deuil, le deuil pathologique et la dépression proprement dite (American Psychiatric Association [APA], 2015 ; Chen et Copeland, 2011 ; Spar et La Rue, 2006). De façon générale, la dépression affectera l'ensemble des sphères de vie de l'individu, alors que le deuil affectera principalement les sphères touchées par la perte. Le fonctionnement global de l'individu peut ainsi servir de repère pour départager si la réaction de l'individu devant la perte est normale et adaptative ou si elle devient pathologique. On parlera de dépression lorsque les réactions dépassent celles d'un deuil normal en intensité ou en durée et qu'elles répondent aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé (APA, 2015).

On retiendra donc qu'idéalement, le diagnostic de dépression devrait être fondé sur une approche multidimensionnelle (Colasanti et al., 2010) : entrevue clinique (avec la personne âgée et ses proches, lorsqu'opportun), anamnèse des antécédents, observation des comportements, différenciation entre une réaction normale de deuil et la dépression, investigations des symptômes psychologiques et des modifications du rythme corporel de base (p. ex., sommeil, appétit, température). Comme les états sous-cliniques peuvent être eux aussi invalidants, Koenig et Blazer (2007)

suggèrent d'adopter une approche fonctionnelle, c'est-à-dire de porter attention aux difficultés dans le fonctionnement quotidien et non seulement au nombre de critères. Tout cela en gardant en tête que le discours des personnes âgées peut être teinté de déni et de minimisation et qu'il ne reflète donc pas nécessairement la réalité. Force est ainsi de constater qu'une bonne relation de confiance et du doigté sont nécessaires à l'évaluation et qu'ils aideront à faire en sorte que l'ainé envisage et accepte de reconnaître son état, premier pas vers un mieux-être.

Comorbidité dépression-anxiété

Difficile de parler de dépression à l'âge avancé sans tenir compte de l'anxiété, puisque les estimations de comorbidité² varient entre 27,5 % et 47,5 % (Cairney et al., 2008 ; Jeste et al., 2006). Le phénomène est si fréquent qu'il a sa propre appellation dans la littérature : « dépression anxieuse » (Lenze, 2003). Les manifestations des symptômes de dépression et d'anxiété sont similaires et se chevauchent au point d'amener les chercheurs à se questionner sur le lien, voire le continuum possible, entre les deux troubles. D'une part, l'hypothèse qu'il s'agisse d'un même trouble, comme si les manifestations dépressives et anxieuses constituaient deux facettes d'un même mal, est étudiée, mais ne fait pas consensus au sein de la communauté scientifique (Bryant et al., 2008 ; Goldberg, 2010). D'autre part, l'hypothèse voulant que les symptômes d'anxiété généralisée soient plus susceptibles de se manifester avec d'autres problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, schizophrénie, troubles cognitifs) et devraient ainsi être considérés comme un critère diagnostique d'un autre trouble plutôt que comme un trouble à part entière capte aussi l'intérêt des chercheurs (Insel, 2014 ; National Research Council, 2011). Martin et Nemeroff (2010) insistent quant à eux sur l'importance de considérer l'anxiété généralisée comme un trouble à part entière, distinct de la dépression. En outre, une revue systématique réalisée par Bryant et al. (2008) a mis en évidence le fait que des taux élevés d'anxiété sont fréquemment présents en l'absence de dépression. D'ailleurs, selon les résultats de van Balkom et al. (2000), les troubles anxieux sans dépression comorbide seraient plus fréquents que la dépression sans anxiété comorbide. Bref, le lien entre la dépression et l'anxiété à l'âge avancé est encore l'objet de controverse.

Il importe également de retenir que les individus qui vivent simultanément de la dépression et de l'anxiété auraient des symptômes plus sévères, plus persistants et une moins bonne réaction aux traitements qui leur sont adressés, y compris les antidépresseurs (Andrescu, Lenze et al., 2007 ; Ayers et al., 2015 ; Beattie et al., 2010 ; Bryant et al., 2008 ; Jeste et al., 2006 ; Lenze, 2003 ; Schoevers et Deeg, 2005). En ce sens, l'anxiété pourrait être considérée comme un symptôme résiduel tenace de la dépression (Goldberg, 2010 ; Spadone et Corruble, 2010). La détection et la gestion de l'anxiété dans la dépression tardive seraient ainsi nécessaires pour une récupération stable (Andrescu, Lenze et al., 2007).

Les manifestations des symptômes de dépression et d'anxiété sont similaires et se chevauchent au point d'amener les chercheurs à se questionner sur le lien, voire le continuum possible, entre les deux troubles.

Pronostic

Des suivis réalisés sur plus d'un an révèlent que chez environ le tiers des personnes âgées, l'épisode dépressif sera ponctuel et suivi d'une rémission, qu'un autre tiers auront des symptômes dépressifs chroniques et que l'autre tiers auront un pronostic variable (p. ex., des épisodes intermittents, un trouble cognitif, voire un décès) [Beekman et al., 2002 ; Beekman et al., 2011 ; Cole et al., 1999]. Ce faisant, les spécialistes s'entendent sur le fait que la dépression se manifesterait de façon chronique ou récurrente pour la majorité des personnes âgées (Andrescu, Chang et al., 2007 ; Beekman et al., 2002 ; Beekman et al., 2011 ; Cole et al., 1999 ; Comijs et al., 2015 ; Licht-Strunk et al., 2007). De plus, cette clientèle présente fréquemment des symptômes plus sévères et des épisodes plus longs que ceux présentés par les plus jeunes (Licht-Strunk et al., 2007).

S'interrogeant sur le pourcentage aussi élevé d'état chronique, les chercheurs ont tenté de déterminer les clientèles les plus à risque de chronicisation des symptômes. Or, le pronostic de la dépression tardive est très hétérogène et donc, difficile à prévoir (Beekman et al., 2011 ; Cole et al., 1999). Tout comme dans le cas de la prévalence, ce dernier est inextricablement lié au diagnostic (p. ex., épisode isolé ou trouble dépressif persistant), à la sévérité des symptômes, aux facteurs de vulnérabilité à long terme, ainsi qu'aux facteurs de risque liés aux situations vécues pendant le vieillissement. Tous ces éléments affaibliraient le pronostic, notamment en amplifiant l'intensité des symptômes ou en augmentant les risques de récurrence (Andrescu, Chang et al., 2007 ; Beekman et al., 2011 ; Comijs et al., 2015 ; Licht-Strunk et al., 2007). On peut également envisager la possibilité que les symptômes dépressifs se soient cristallisés, comme une manière d'être profondément ancrée, une résignation acquise caractérisée par un sentiment d'impuissance qui, tel un cercle vicieux, contribue, en quelque sorte, à l'état dépressif (Marcoux, 2018).

Facteurs de maintien

La prévalence de la chronicité ou de la récurrence des symptômes dépressifs chez les personnes âgées soulève des questions auxquelles les hypothèses explicatives constituent des clés d'intervention. Certes, on reconnaît une certaine rigidification, voire une régression, des mécanismes de défense pendant le vieillissement, mais il serait simpliste d'attribuer la chronicité et la récurrence des symptômes dépressifs à cette seule explication.

Les perspectives systémiques s'avèrent une avenue intéressante pour mettre en évidence les bénéfices psychologiques secondaires reliés à un état dépressif, en d'autres mots, les facteurs puissants (et inconscients) de maintien ou de récurrence des symptômes.

Les perspectives systémiques s'avèrent une avenue intéressante pour mettre en évidence les bénéfices psychologiques secondaires reliés à un état dépressif, en d'autres mots, les facteurs puissants (et inconscients) de maintien ou de récurrence des symptômes. On n'a qu'à penser aux transmissions intergénérationnelles et à la loyauté familiale, aux répétitions de modes relationnels infantiles à l'âge adulte, bref, à tous les éléments de la dynamique familiale qui jouent un rôle dans la genèse et le maintien des troubles psychiques (Ancelin Schützenberger, 2009; Ducommun-Nagy, 2006).

Le client qui prend conscience de ses patrons relationnels et de leurs impacts délétères (ainsi que de leurs bénéfiques) n'aura pas nécessairement la motivation ou encore les capacités physiques ou cognitives requises pour les dénouer. D'ailleurs, même s'il les avait, le système ne réagirait peut-être pas de façon à permettre une diminution des symptômes, voire une rémission. Qui plus est, les systèmes rigides résistent aux changements et tendent à s'autoentretenir en maintenant au maximum leurs configurations transactionnelles privilégiées. Dans cette perspective, les symptômes dépressifs ne reflètent pas seulement une pathologie ou une défaillance individuelle. Ils s'enracinent dans des processus qui se déroulent au sein de l'unité familiale (Bowen, 1978; Minuchin, 1974).

Ainsi, pour certaines personnes âgées, la réaction du système ou la perte du bénéfice secondaire peuvent leur paraître aussi, sinon plus, délétères que l'état dépressif en soi. Force est d'admettre que les patients sont les mieux placés pour évaluer si les changements salutaires à leur état psychique sont réalistes et accessibles ou, au contraire, trop coûteux sur d'autres plans (p. ex., identitaire, familial, financier). On n'a qu'à penser à ce que peut représenter une rupture après 40 ans de mariage ou encore le fait de s'affirmer au risque de perdre le soutien du proche aidant qui répond aux besoins de base.

Le défi est donc de trouver le moyen de provoquer des changements salutaires pour l'individu et tolérés par le système, c'est-à-dire des changements qui forcent les membres à créer de nouveaux patrons relationnels (Ducommun-Nagy, 2006, p. 113). En ce sens, devant les systèmes rigides, se résigner serait une erreur tout aussi néfaste que de trop chercher à « forcer le changement ». D'où l'importance d'évaluer la « marge de manœuvre thérapeutique », c'est-à-dire l'équilibre – salutaire au client – entre le changement, le soutien dans les difficultés et la mise en place de facteurs de

protection. En ce sens, la connaissance des patrons relationnels dans lesquels il évolue pourra éclairer le client dans ses décisions quant à l'acceptation de la situation et du lâcher-prise, au fait d'assumer les conséquences de ses choix (ou non-choix) et à la mise en place de facteurs de protection – réelle source « d'oxygène psychique » – pour s'adapter à la situation. C'est ainsi qu'il devient, en quelque sorte, l'expert de ses épisodes dépressifs. Sachant que la situation de fond ne change pas, c'est-à-dire que les facteurs de risque et de maintien sont toujours présents, mais qu'elle a des outils, des ressources et des stratégies pour amoindrir leurs effets, la personne gagne en confiance (elle sait comment traverser ces périodes), en bienveillance (elle se juge moins de ne pas arriver à évincer complètement la maladie) et en sécurité (elle sait que la durée ou l'intensité des symptômes varient).

Facteurs de protection

Selon le modèle de santé mentale complète (Keyes, 2005; Keyes et Lopez, 2002), la santé mentale se conçoit à travers deux vecteurs (se situant sur des continuums distincts, mais non totalement indépendants). D'un côté, on retrouve l'état de bien-être sur les plans émotionnel, psychologique et social, le niveau de fonctionnement (« hédonie ») et le sens à la vie (« eudaimonie »). De l'autre côté, on situe l'état de mal-être caractérisé par des troubles mentaux variant en intensité et en quantité. Tout comme le niveau de bien-être, le niveau de mal-être peut se situer sur un continuum de « bas » à « élevé ». Ainsi, l'absence de mal-être n'est pas garante de bien-être et, à l'inverse, une personne ressentant des symptômes psychopathologiques peut avoir un bon niveau de fonctionnement et de bien-être psychologique; d'où l'importance de la mise en place de facteurs de protection.

Ces facteurs de protection peuvent découler d'un travail systémique sur les plans familial et relationnel (p. ex., améliorer la communication, briser l'isolement) ou encore d'interventions qui ne visent pas expressément la remédiation des symptômes psychopathologiques, mais davantage un niveau de bien-être suffisant qui aura des effets positifs sur l'état de l'individu, lui permettant notamment de mieux vivre avec son mal-être (p. ex., consolidation des forces, bonté, gratitude, pardon) [Csillik et al., 2012; Jeste et al., 2015; Marcoux, 2018; Seligman et al., 2006]. D'ailleurs, selon Sheldon et Lyubomirsky (2006), l'atteinte d'un bonheur durable serait davantage reliée aux changements intentionnels d'activités (impliquant des changements comportementaux, cognitifs et conatifs), où, par exemple, la personne se fixe des buts et fait des efforts pour les réaliser, plutôt qu'à l'attente de changements dans les circonstances de la vie. Ce faisant, l'individu est mieux outillé pour faire face aux aléas de la vie et pour réguler les émotions négatives qui en découlent. Il risque alors de rebondir plutôt que de sombrer dans la détresse et est ainsi moins à risque de développer des difficultés d'adaptation ou un trouble dépressif ou anxieux (Fredrickson et al., 2003). Mais encore faut-il que le psychologue soit à l'aise d'intervenir auprès de cette clientèle.

Quelques pistes d'intervention

Le groupe des aînés représente une clientèle des plus hétérogènes. On n'a qu'à penser aux aspects biologiques, psychologiques, environnementaux (dont le lieu de résidence) et sociaux qui évoluent au rythme de chacun (Honn Qualls, 2015). D'ailleurs, il est de plus en plus fait mention, dans la littérature scientifique, du 3^e âge pour les individus de 65 à 74 ans (appelés « jeunes vieux ») et du 4^e âge pour ceux de 75 ans et plus (appelés « vieux vieux »). Intervenir auprès des personnes âgées expose donc le psychologue à des cohortes ayant évolué dans des contextes socioculturels différents (p. ex., événements de vie, modes éducatifs, relations entre les sexes, valeurs prédominantes) marquant leur façon de réagir aux événements.

Le fait de retrouver plus de différences que de similitudes chez les personnes âgées amène le psychologue à devoir faire preuve d'ouverture et de souplesse. Selon Knight (2004), la réussite de l'intervention dépendra du contexte. Or, les facteurs contextuels sont aussi variés que le sont les relations thérapeutes-patients. D'ailleurs, l'American Psychological Association recommande de faire un choix de traitements selon les buts poursuivis, la situation, les caractéristiques du patient, ses préférences, son genre, sa culture, l'expertise clinique du thérapeute et les données de recherche les plus probantes (APA, 2015). Sur ce point, un survol des bases de données concernant l'intervention auprès des personnes âgées dépressives suffit pour constater qu'aucune intervention ne ressort explicitement comme étant la ligne directrice à suivre (Ayers et al., 2015). Qu'il s'agisse de la psychologie positive, de la thérapie cognitive-comportementale (TCC 2^e et 3^e vagues), de la psychothérapie psychodynamique brève, de la psychothérapie interpersonnelle, de la réminiscence, de l'activation comportementale, de la résolution de problèmes, du soutien ou encore de la relaxation, toutes ont leurs forces et leurs limites. Il faut considérer le parcours dépressif (p. ex., épisode isolé ou récurrent), la durée et la gravité des symptômes, les particularités des participants (p. ex., 3^e ou 4^e âge), la façon d'évaluer les effets sur l'état dépressif (p. ex., diminution de la détresse ou amélioration du bien-être), les modalités d'intervention (p. ex., en groupe ou en individuel) et les modalités d'évaluation des interventions (p. ex., laps de temps entre le pré-test et le post-test), et ce, sans compter les devis de recherche, qui sont parfois discutables. Lorsque des résultats sont significatifs, et donc que les participants ont bénéficié des effets de l'intervention, ces derniers ne perdurent bien souvent qu'à moyen terme.

Il n'en demeure pas moins, heureusement, que plusieurs interventions sont à la disposition du psychologue. L'idée est simplement de s'ajuster aux besoins du client. Par exemple, dans une perspective de psychologie positive, le psychologue pourra miser sur les forces du patient tout en travaillant les idées qui nuisent à leur mise en valeur (TCC 2^e vague). Il pourra également commencer l'entrevue par un exercice de pleine conscience (TCC 3^e vague) pour aider le patient à se centrer sur le moment

présent et diminuer l'influence de la turbulence des pensées nuisibles. Sans compter qu'une telle pratique irait dans le même sens que la recommandation mentionnée précédemment consistant à tenir compte de l'anxiété dans le traitement de la dépression tardive (Andreescu, Lenze et al., 2007).

Le psychologue pourra en outre faire une lecture psychodynamique du mode de fonctionnement psychique du client (p. ex., structure de personnalité, mécanisme de défense) pour ajuster ses interventions en tenant compte de ces précieuses informations, tout en y intégrant une analyse systémique pour comprendre les facteurs de maintien. Cette analyse sera guidée par une collecte d'informations sur la répartition du pouvoir, la délimitation des sous-groupes (p. ex., les parents, la fratrie), les alliances, les triangles, les collusions, le type de communication utilisé par la famille, bref, tous les mécanismes de contrôle qui contribuent au maintien de la structure et de l'homéostasie de la famille desquelles découlent les règles et rôles familiaux (Ducommun-Nagy, 2006).

Les interventions tirées de l'approche existentielle humaniste pourraient contribuer quant à elles à la quête de sens et favoriser l'« eudaimonie » (vecteur positif du modèle de santé mentale complète présenté précédemment). Dans cette perspective, le rôle du thérapeute sera d'accompagner la personne âgée dans cette quête de sens. Afin de se sentir plus outillé, ce dernier pourra faire la lecture de Frankl (2006, 2009), père de la logothérapie. Cette lecture pourra être une source de réconfort devant l'impuissance souvent générée par l'intervention auprès des aînés et devant les questions existentielles (sans réponse consensuelle) auxquelles nous devons tous faire face, qui plus est, en vieillissant. Retenons que la logothérapie sous-tend que l'être humain a besoin de sens, au risque sinon de ressentir un vide source de détresse existentielle. Or, selon Yalom (2008) : « Rien dans le monde n'a de sens en dehors de celui que nous lui attribuons. » Ainsi, les personnes confrontées à des limitations et à des pertes n'ont pas nécessairement une vie moins riche de sens, mais elles doivent faire l'effort réflexif de le trouver. Pour ce faire, Frankl (2006, 2009) suggère de s'inspirer de trois valeurs : 1) la création (p. ex., une œuvre, une bonne action) ; 2) l'expérience (p. ex., bonté, vérité, beauté, amour) ; 3) l'adoption d'une attitude contribuant à transformer sa souffrance en réalisation humaine, en fierté (p. ex., être un exemple de courage et de résilience pour ses proches). Ces interventions créent, du coup, des éléments de protection.

Intervenir auprès des personnes âgées expose donc le psychologue à des cohortes ayant évolué dans des contextes socioculturels différents (p. ex., événements de vie, modes éducatifs, relations entre les sexes, valeurs prédominantes) marquant leur façon de réagir aux événements.

L'approche narrative sera également un outil de choix pour le psychologue qui accompagne la personne âgée en quête de sens. Dans son livre portant sur le bilan de vie, Jean-Luc Hétu (2000) propose plusieurs outils concrets utiles à la relecture de vie. L'objectif étant de découvrir le « fil conducteur » de sa vie pour y trouver une certaine sérénité à travers un sentiment de cohérence porteur de sens. Le psychologue peut donc inviter le client à se raconter non pas dans une lecture psychopathologique, mais en complicité. Comme s'il racontait une histoire, son histoire ! La porte d'entrée est simple. Le psychologue n'a qu'à demander : « J'aimerais que vous me parliez d'un souvenir important pour vous, si vous le voulez bien. » (Hétu, 2000, p. 20) Lorsque la relecture s'amorce, ce sont souvent les souvenirs pénibles qui refont surface en premier, mais plus le processus évolue, plus l'ensemble de la vie de l'individu sera réexaminé. L'idée est de tout mettre en perspective pour tirer la conclusion que la souffrance n'a pas été vaine, que la vie vécue en valait la peine.

Conclusion

La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus communs chez les personnes âgées, quoiqu'elle soit reconnue pour être sous-diagnostiquée chez cette clientèle. Les intervenants doivent donc être vigilants pour détecter la maladie, d'autant plus qu'elle entraîne des conséquences non négligeables sur la santé physique, les relations, voire l'environnement en cas de relogement. Or, le vieillissement expose les individus à des situations de pertes et de transitions qui affectent leur vécu psycho-

logique, voire leur santé mentale. D'ailleurs, les symptômes dépressifs seraient davantage liés à ces facteurs de risque – et à la façon de s'y adapter – qu'à l'âge comme tel (Beekman et al., 2011). La thérapie peut ainsi être une source de transformation des expériences émotionnelles et de consolidation des forces de l'individu qui faciliteront l'adaptation face à l'adversité et ouvriront la voie au sens à la vie (Aguerre, 2017). La mise en place de facteurs de protection demeure des plus importantes, surtout chez la clientèle présentant des symptômes dépressifs chroniques, compte tenu de la présence de facteurs de maintien et de facteurs de risque récurrents. Des pistes d'intervention ont été proposées à cette fin. Selon son jugement clinique, le psychologue pourra s'en inspirer pour adapter ses interventions à cette clientèle des plus hétérogènes et contribuer à ce que le client ait une vie riche et porteuse de sens, malgré la présence de troubles mentaux.

Notes

1. Dans le *DSM-IV*, la dépression mineure était considérée comme un trouble dépressif non spécifié et faisait partie des critères et axes proposés pour des états supplémentaires. Le diagnostic n'a pas été retenu dans le *DSM-5*.
2. L'interprétation des résultats des études portant sur la comorbidité doit être faite avec prudence puisque la comorbidité n'est pas opérationnalisée de la même façon selon les études et que les mesures utilisées ne sont pas uniformes. Le terme *comorbidité* a été utilisé dans les quatre situations suivantes : 1) des symptômes dépressifs et anxieux simultanément (sans diagnostic) ; 2) un diagnostic de dépression accompagné de symptômes anxieux ; 3) un diagnostic de trouble anxieux accompagné de symptômes dépressifs ; 4) deux diagnostics en même temps (p. ex., épisode dépressif caractérisé et TAG).



BIOGRAPHIES DES AUTEURS

EN ORDRE ALPHABÉTIQUE

Paquito Bernard, Ph. D.

Titulaire d'un doctorat en sciences de l'activité physique, professeur au Département des sciences de l'activité physique de l'Université du Québec à Montréal, chercheur à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Après une expérience professionnelle de kinésologue, il a développé son activité de recherche autour de trois axes : effets de l'activité physique sur la santé mentale, dynamique des facteurs psychologiques liés au changement de comportement de santé et associations entre changement climatique et santé (avuer.hypotheses.org).

Josianne Chicoine

Complétant un doctorat en psychologie (Ph. D.) à l'UQAM, elle s'intéresse au phénomène de l'intimidation chez les adolescents. Elle œuvre actuellement auprès des jeunes en milieu scolaire.

Marc Corbière, conseiller d'orientation

Professeur titulaire au Département d'éducation et pédagogie – Counseling de carrière de l'Université du Québec à Montréal, chercheur au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) et titulaire de la Chaire de recherche en santé mentale et travail – Fondation de l'IUSMM.

Détenteur d'une formation plurielle notamment en psychologie du travail, en counseling de carrière et en réadaptation au travail, les projets de sa programmation de recherche en santé mentale et travail s'articulent autour de trois axes : 1) le développement, l'implantation et l'évaluation d'interventions novatrices (retour et réinsertion au travail) ; 2) le développement, l'évaluation et la validation d'outils (questionnaires) ; et 3) l'évaluation de la stigmatisation et de la divulgation du trouble mental en milieu de travail (www.santementaletravail.ca).

Pierre Desjardins, psychologue

Ex-directeur de la qualité puis consultant et conseiller à la pratique illégale à l'Ordre des psychologues, chargé de cours à l'Université de Sherbrooke.

Psychologue depuis 1976, ses intérêts portent sur l'évaluation clinique et la pratique de la psychothérapie de même que sur l'éthique et la déontologie. Il a rédigé de nombreuses chroniques professionnelles et autres articles, avis ou mémoires, tous rattachés à l'engagement professionnel des psychologues et à leur contribution dans notre société.

D^r Marc-Simon Drouin, psychologue

Professeur titulaire et directeur du Département de psychologie de l'UQAM.

À la fois chercheur et clinicien, il offre de la supervision dans plusieurs contextes (individuel, équipe). Il est également superviseur didacticien au Centre d'intégration gestaltiste (CIG). Ses travaux de recherche portent sur le développement professionnel des thérapeutes et sur les processus de changement.

Brigitte Lavoie, psychologue

Formatrice et superviseuse, Lavoie Solutions.

S'étant surtout fait connaître pour son engagement en prévention du suicide, elle est coauteure de la grille d'estimation de la dangerosité et de la formation provinciale sur les bonnes pratiques. Membre d'un comité de recherche visant l'autogestion de la dépression et de l'anxiété. Récipiendaire du prix Insoo-Kim-Berg 2019, accordé par la Solution Focused Brief Therapy Association pour sa contribution au rayonnement de l'approche dans la francophonie.

D^r Serge Lecours, psychologue

Professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université de Montréal et directeur du Laboratoire d'étude sur la régulation des affects et la psychopathologie (LÉRAP).

Ses travaux de recherche portent sur la dérégulation émotionnelle et ses liens avec la psychopathologie. Ses contributions théoriques, surtout psychanalytiques, portent sur la mentalisation et ses mécanismes implicites. Ses travaux empiriques abordent la mentalisation des émotions, l'alexithymie, la personnalité borderline, la dépression et la tristesse adaptative.

D^{re} Diane Marcotte, psychologue

Professeure et directrice adjointe des études de cycles supérieurs à l'UQAM.

Elle participe à la formation clinique des doctorants depuis plus de 25 ans. Directrice du Laboratoire de recherche sur la santé mentale des jeunes en contexte scolaire, elle a publié plus d'une centaine d'articles, de chapitres de livre et de monographies et siège au comité consultatif du Best Practices Network in Canadian Higher Education.

D^{re} Lyson Marcoux, psychologue

Professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Psychologue auprès des personnes âgées depuis près de 20 ans dans les secteurs public, communautaire et privé, elle enseigne les méthodes d'intervention auprès des aînés aux doctorants en psychologie. Elle combine son expérience clinique à ses travaux de recherche portant sur l'implantation d'interventions auprès d'aînés ayant des problèmes de santé mentale, de retraités et de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches.

D^{re} Marie-Julie Potvin, neuropsychologue

Professeure associée au Département de psychologie de l'UQAM et chercheuse affiliée au Centre de recherche du CIUSSS NIM.

À la fois neuropsychologue clinicienne et chercheuse à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal depuis 2007, ses intérêts et ses travaux portent essentiellement sur l'évaluation des problèmes cognitifs des patients ayant subi un traumatisme craniocérébral et les facteurs influençant leur évolution. Elle est également superviseuse de stage au Centre de services psychologiques de l'UQAM depuis 2011, où elle forme de nombreux étudiants auprès d'une clientèle adulte présentant différentes problématiques neurodéveloppementales et psychiatriques.

D^r Martin D. Provencher, psychologue

Professeur titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval et chercheur au Centre de recherche en santé durable VITAM ainsi qu'au Centre de recherche CERVO.

Psychologue clinicien et professeur-chercheur, il s'intéresse aux interventions psychologiques pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux ainsi qu'au transfert de ces interventions dans le réseau de la santé. Il a été président de l'Association canadienne des thérapies cognitives et comportementales (<https://cacbt.ca/fr/>).

D^{re} Pasquale Roberge

Professeure agrégée au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke.

Ses projets de recherche et d'application des connaissances portent sur l'accès à la psychothérapie pour les troubles anxieux et dépressifs, l'implantation de changements dans les pratiques cliniques, l'organisation des services en santé mentale et l'évaluation d'interventions. Elle est directrice de l'axe Santé : populations, organisation, pratiques au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

D^{re} Isabelle Rouleau, neuropsychologue

Professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Au cours des ans, elle a participé à la formation d'un nombre impressionnant de stagiaires et d'internes en neuropsychologie clinique, en plus d'avoir dirigé plus de 30 thèses de doctorat. Elle est l'auteure de nombreux articles scientifiques portant sur les perturbations de la mémoire dans diverses atteintes cérébrales, dont les maladies neurodégénératives du vieillissement (maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés). En 2019, elle a reçu le prix Brenda-Milner de l'Association québécoise des neuropsychologues.

D^r Alain Taillefer, psychologue

Psychologue clinicien et coordonnateur clinique à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Il exerce au service des troubles anxieux et de l'humeur. Il est impliqué en tant que membres du comité de programmation au développement des services cliniques. Il s'intéresse aussi à l'enseignement, il supervise des doctorants à leurs stages en psychothérapie, il accompagne des étudiants au DESS en Santé mentale de la TÉLUQ et il offre des formations cliniques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Chapitre 01

- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Antony, M. M. et Rowa, K. (2005). Evidenced-based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266.
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012*. Institut de la statistique du Québec. <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.html>
- Contandriopoulos, D., Brousselle, A., Breton, M., Carrier, A., Duhoux, A., Pomerleau, S., Champagne, G., Sainte-Croix, D. et Lardeux, A. (2016). *Du bon usage des paniers. Mémoire déposé dans le cadre de la consultation lancée par le Commissaire à la santé et au bien-être relativement à la couverture publique des services en santé et en services sociaux*. Chaires de recherche PoCoSa & CRC-EASY. <https://www.pocosa.ca/wp-content/uploads/2016/01/TexteFinalDIN.pdf>
- Dauphin, J. (2016). L'usage des tests psychométriques dans la démarche évaluative. *Psychologie Québec*, 33(4), 30-33.
- Desjardins, P. (2007). L'utilisation des tests. *Psychologie Québec*, 24(5), 14-15.
- Desjardins, P. (2008). Tests et données probantes, un état de situation. *Psychologie Québec*, 25(5), 9-11.
- Desjardins, P. (2014). Évaluer avant d'entreprendre une psychothérapie : une règle ! *Psychologie Québec*, 31(1), 9-11.
- Desjardins, P. (2016). L'utilisation des tests : le recours aux éditions mises à jour. *Psychologie Québec*, 33(4), 15-17.
- Hunsley, J. et Mash, E. J. (2005). Introduction to the special section on developing guidelines for the evidence-based assessment (EBA) of adult disorders. *Psychological Assessment*, 17(3), 251-255.
- Joiner, T. E., Jr., Walker, R. L., Pettit, J. W., Perez, M. et Cukrowicz, K. C. (2005). Evidence-based assessment of depression in adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 267-277.
- Marleau, I., Lorquet, É. et Desjardins, P. (2019). L'évaluation des troubles mentaux. *Psychologie Québec*, 36(3), 20-21.
- Medoff, D. (2003). The scientific basis of psychological testing. *Family Court Review*, 41(2), 199-213.
- Office des professions du Québec. (2013). *Le projet de loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan. Guide explicatif*. http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf
- Ordres professionnels en santé mentale et en relations humaines. (2018). *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent*. <https://collaborationinterprofessionnelle.ca/publications-2/>
- Stevens, A., Schmidt, D. et Hautzinger, M. (2018). Major depression – a study on the validity of clinicians' diagnoses in medicolegal assessment. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(5), 794-809.
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Levis, A. W. et Benedetti, A. (2018). Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-report screening questionnaires. *Canadian Medical Association Journal*, 190(2), E44-E49.

Chapitre 02

- Addis, M. E. et Martell, C. R. (2009). *Vaincre la dépression une étape à la fois* (traduit par J.-M. Boisvert et M.-C. Blais). Éditions de l'Homme.
- Adler, A. D., Strunk, D. R. et Fazio, R. H. (2015). What changes in cognitive therapy for depression? An examination of cognitive therapy skills and maladaptive beliefs. *Behavior Therapy*, 46(1), 96-109.
- Barlow, D. H. et Farchione, T. J. (dir.). (2017). *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.
- Barnhofer, T., Crane, C., Brennan, K., Duggan, D. S., Crane, R. S., Eames, C., Radford, S., Silverton, S., Fennell, M. J. V. et Williams, J. M. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces the association between depressive symptoms and suicidal cognitions in patients with a history of suicidal depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(6), 1013.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. et Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Burns, D. D. (1994). *Être bien dans sa peau*. Héritage.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(1), 7.
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N. et Segal, Z. V. (2016). Considering meta-analysis, meaning, and metaphor: A systematic review and critical examination of "third wave" cognitive and behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886-905.
- Dobson, D. J. et Dobson, K. S. (2018). Avoidance in the clinic: Strategies to conceptualize and reduce avoidant thoughts, emotions, and behaviors with cognitive-behavioral therapy. *Practice Innovations*, 3(1), 32.
- Farchione, T. J., Boswell, J. F. et Wilner, J. G. (2017). Behavioral activation strategies for major depression in transdiagnostic cognitive-behavioral therapy: An evidence-based case study. *Psychotherapy*, 54(3), 225.
- Hallis, L., Cameli, L., Dionne, F. et Knäuper, B. (2016). Combining cognitive therapy with acceptance and commitment therapy for depression: A manualized group therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 186.
- Herbert, J. D. et Forman, E. M. (2013). Caution: The differences between CT and ACT may be larger (and smaller) than they appear. *Behavior Therapy*, 44(2), 218-223.
- Hunot, V., Moore, T. H. M., Caldwell, D. M., Furukawa, T. A., Davies, P., Jones, H., Honyashiki, M., Chen, P., Lewis, G. et Churchill, R. (2013). "Third wave" cognitive and behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martell, C. R., Addis, M. E. et Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. W. W. Norton.
- Moncrieff, J. (2018). Against the stream: Antidepressants are not antidepressants – an alternative approach to drug action and implications for the use of antidepressants. *BJPsych Bulletin*, 42(1), 42-44.
- Neveu, C. et Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R. et le CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 524-539.
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. et Barlow, D. H. (2017). Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus. *Behavior therapy*, 48(1), 128-138.
- Schoendorff, B. et Bolduc, M.-F. (2014). You, me, and the matrix: A guide to relationship-oriented ACT. Dans K. L. Polk et B. Schoendorff (dir.), *The ACT matrix: A new approach to building psychological flexibility across settings and populations* (p. 59-79). New Harbinger.
- Segal, Z., Williams, J. M. et Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. et Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J., ... Shah, D. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition. *Conditional Reflex: A Pavlovian Journal of Research & Therapy*, 3(4), 234-240.
- Young, J. E., Weishaar, M. E. et Klosko, J. S. (2017). *La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité*. De Boeck Supérieur.
- Yovel, I., Mor, N. et Shakarov, H. (2014). Examination of the core cognitive components of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy: An analogue investigation. *Behavior Therapy*, 45(4), 482-494.

Chapitre 03

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baker, H. S. (1991). Short term psychotherapy, a self psychological approach. Dans P. Crits-Christoph et J. P. Garber (dir.), *Handbook of short term dynamic psychotherapy* (p. 5-66). Basic Books.
- Castonguay, L. G. et Beutler, L. E. (dir.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press.
- Cyr, J. et Mercier, A. (2012). Application en milieu psychiatrique. Dans L. Girard et G. Delisle (dir.), *La psychothérapie du lien : genèse et continuité* (p. 251-290). Éditions du CIG.
- Delisle, G. (2004). *Les pathologies de la personnalité : perspectives développementales*. Éditions du Reflet.
- Drouin, M.-S. (2012). La PGRO et les données probantes. Dans L. Girard et G. Delisle (dir.), *La psychothérapie du lien : genèse et continuité* (p. 179-198). Éditions du CIG.
- Elliott, R. (2002). The effectiveness of humanistic therapies: A meta-analysis. Dans D. J. Cain et J. Seeman (dir.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (p. 57-82). American Psychiatric Association.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. et Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 495-538). Wiley.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. Everest House.
- Girard, L. et Delisle, G. (dir.). (2012). *La psychothérapie du lien : genèse et continuité*. Éditions du CIG.
- Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy* (éd. révisée). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2019). Emotion-focused psychotherapy. Dans L. S. Greenberg, N. T. Malberg et M. A. Tompkins (dir.), *Working with emotion in psychodynamic, cognitive behavior, and emotion-focused psychotherapy* (p. 71-103). American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. et Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Dans M. J. Lambert (dir.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6^e éd., p. 169-218). Wiley.
- Lecomte, C. et Drouin, M.-S. (2007). Psychothérapies humanistes. Dans S. Ionescu et A. Blanchet (dir.), *Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie* (p. 407-435). Presses universitaires de France.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Perls, F. S., Hefferline, R. F. et Goodman, G. P. (1951). *Gestalt therapy*. Delta.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du soi*. Éditions du CIG.
- Schore, A. N. (2009). Right-brain affect regulation. Dans D. Fosh, D. S. Siegel et M. Solomon (dir.), *The healing power of emotion: Affective neuroscience, development & clinical practice* (p. 112-144). W. W. Norton.

Chapitre 04

- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S. et Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A. A., Luyten, P., Steinert, C. et Leichsenring, F. (2017). Bias toward psychodynamic therapy: Framing the problem and working toward a solution. *Journal of Psychiatric Practice*, 23(5), 361-365. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000256>
- Allen, J. G., Fonagy, P. et Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelli et M.-A. Crocq; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Arieti, S. et Bemporad, J. R. (1980). The psychological organization of depression. *The American Journal of Psychiatry*, 137(11), 1360-1365. <https://doi.org/10.1176/ajp.137.11.1360>
- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites*. Payot.
- Bergeret, J. (dir.). (2012). *Psychopathologie pathologique. Théorie et clinique* (11^e éd.). Masson.
- Blagys, M. D. et Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167-188.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(3), 691-724.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. American Psychological Association.
- Blatt, S. J. et Luyten, P. (2009). A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: Two polarities of experience across the life span. *Development and Psychopathology*, 21(3), 793-814. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000431>
- Bleichmar, H. B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(Pt 5), 935-961.
- Bonanno, G. A., Goorin, L. et Coifman, K. G. (2008). Sadness and grief. Dans M. Lewis, J. M. Haviland-Jones et L. Feldman Barrett (dir.), *Handbook of emotions* (3^e éd., p. 797-810). Guilford Press.
- Briand-Malenfant, R., Lecours, S. et Descheneaux, É. (2010). La capacité d'être triste. Implications pour la psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, 30(4), 191-201.
- Busch, F. N., Rudden, M. et Shapiro, T. (2016). *Psychodynamic treatment of depression* (2^e éd.). American Psychiatric Association.
- Chabert, C., Kaës, R., Lanouzière, J. et Schniewind, A. (2005). *Figures de la dépression*. Dunod.
- Charles, M. (dir.). (2017). *Introduction to contemporary psychoanalysis: Defining terms and building bridges*. Routledge.
- Chen, C. K., Nehrig, N., Wash, L. et Wang, B. (2020). The impact of brief dynamic interpersonal therapy (DIT) on veteran depression and anxiety. *Psychotherapy*, 57(3), 464-468. <https://doi.org/10.1037/pst0000282>
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(1), 7-19.
- de Jonghe, F., de Maat, S., Van, R., Hendriksen, M., Kool, S., van Aalst, G. et Dekker, J. (2013). Short-term psychoanalytic supportive psychotherapy for depressed patients. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(6), 614-625. <https://doi.org/10.1080/07351690.2013.835184>
- de Maat, S., de Jonghe, F., de Kraker, R., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Luyten, P., Barber, J. P., Van, R. et Dekker, J. (2013). The current state of the empirical evidence for psychoanalysis: A meta-analytic approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 107-137. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318294f5fd>
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F. et Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 25-36.
- Driessen, E., Hegelmaier, L. M., Abbass, A. A., Barber, J. P., Dekker, J. J. M., Van, H. L., Jansma, E. P. et Cuijpers, P. (2015). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis update. *Clinical Psychology Review*, 42, 1-15.
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keefe, S., Constantinou, M. P., Wurman, T. V., Luyten, P., Allison, E., Roth, A., Cape, J. et Pilling, S. (2020). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: A pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine*, 50(6), 1010-1019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000928>
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., Goldberg, D. et Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: The Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312-321. <https://doi.org/10.1002/wps.20267>
- Freud, S. (2005). *Deuil et mélancolie*. Dans *Œuvres complètes* (traduit par J. Altounian et al.; vol. 13, p. 259-278). Presses universitaires de France. (Ouvrage original publié en 1917.)
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice* (5^e éd.). American Psychiatric Association.
- Gabbard, G. O. (2017). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text* (3^e éd.). American Psychiatric Association.
- Izard, C. E. (2000). Sadness. Dans A. E. Kazdin (dir.), *Encyclopedia of psychology* (vol. 7, p. 137-138). Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1985). *Les dépressions : états normaux, névrotiques et psychotiques* (traduit par H. Couturier). Payot. (Ouvrage original publié en 1971.)
- Johansson, R., Ekblad, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Pettit, E., Poysti, S., Larsson, M. H., Rousseau, A., Carlbring, P., Cuijpers, P. et Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 7(5), e38021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0038021>
- Kernberg, O. F. (1989). *Les troubles graves de la personnalité : stratégies psychothérapeutiques* (traduit par J. Adamov). Presses universitaires de France. (Ouvrage original paru en 1984.)
- Kernberg, O. F. (2001). Recent developments in the technical approaches of English-language psychoanalytic schools. *Psychoanalytic Quarterly*, 70(3), 519-547.
- Klein, M. (1976). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. Dans *Essais de psychanalyse (1921-1945)* (traduit par M. Derrida). Payot. (Ouvrage original paru en 1935.)
- Kohut, H. (1974). *Le soi : la psychanalyse des transferts narcissiques* (traduit par M. A. Lussier). Presses universitaires de France. (Ouvrage original paru en 1971.)
- Lecours, S. (2016). Niveaux de mentalisation de la souffrance en clinique : agonie, détresse et tristesse adaptative. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 235-257.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S. et Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy – An update: Bambi's alive and kicking. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 129-148. <https://doi.org/10.1159/000376584>
- Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S. et Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2(7), 648-660.
- Leichsenring, F. et Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: Update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(1), 15-22. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.082776>
- Leichsenring, F. et Schauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression – Towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 128-143.
- Leichsenring, F. et Steinert, C. (2018). Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 232, 400-416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.036>
- Lemma, A. et Fonagy, P. (2013). Feasibility study of a psychodynamic online group intervention for depression. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3), 367-380. <https://doi.org/10.1037/a0033239>
- Lemma, A., Target, M. et Fonagy, P. (2011a). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*. Oxford University Press.
- Lemma, A., Target, M. et Fonagy, P. (2011b). The development of a brief psychodynamic intervention (dynamic interpersonal therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry*, 74(1), 41-48.
- Lingiardi, V. et McWilliams, N. (dir.). (2017). *Psychodynamic diagnostic manual. Second edition: PDM-2*. Guilford Press.
- Luborsky, L., Mark, D., Hole, A. V., Popp, C., Goldsmith, B. et Cacciola, J. (1995). Supportive-expressive dynamic psychotherapy of depression: A time-limited version. Dans J. P. Barber et P. Crits-Christoph (dir.), *Dynamic therapies for psychiatric disorders (Axis I)* (p. 13-42). Basic Books.
- Luyten, P. et Blatt, S. J. (2007). Looking back towards the future: Is it a time to change the DSM approach to psychiatric disorders? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(2), 85-99.
- Luyten, P. et Blatt, S. J. (2012). Psychodynamic treatment of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 111-129.
- Luyten, P. et Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: Retrospect and prospect. *American Psychologist*, 68(3), 172-183.
- Luyten, P., Blatt, S. J., Van Houdenhove, B. et Corveleyn, J. (2006). Depression research and treatment: Are we skating to where the puck is going to be? *Clinical Psychology Review*, 26(8), 985-999. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.003>
- Luyten, P., Campbell, C., Allison, E. et Fonagy, P. (2020). The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 16(1). <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355>
- Luyten, P., Lemma, A. et Target, M. (2019). Depression. Dans A. Bateman et P. Fonagy (dir.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (2^e éd., p. 387-401). American Psychiatric Association.
- Maroda, K. J. (2010). *Psychodynamic techniques: Working with emotion in the therapeutic relationship*. Guilford Press.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2^e éd.). Guilford Press.
- Mitchell, S. A. et Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books.
- Pine, F. (1990). *Drive, ego, object, and self: A synthesis for clinical work*. Basic Books.
- Rockland, L. H. (1989). *Supportive therapy: A psychodynamic approach*. Basic Books.
- Roussillon, R., Brun, A., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgeff, N., Roman, P. et Talpin, J.-M. (2014). *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale* (2^e éd.). Masson.
- Safran, J. D. (2012). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. American Psychological Association.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Shedler, J. (2018). Where is the evidence for "evidence-based" therapy? *Psychiatric Clinics of North America*, 41(2), 319-329. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.02.001>
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J. et Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic therapy: As efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 943-953. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., Maccornack, V., Lenzenweger, M. F. et Kernberg, O. F. (2010). Structured Interview Of Personality Organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35-44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- Stern, D. B. (1997). *Unformulated experience: From dissociation to imagination in psychoanalysis*. The Analytic Press.

- Stolorow, R. D. (2007). *Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections*. The Analytic Press.
- Summers, R. F. et Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic therapy: A guide to evidence-based practice*. Guilford Press.
- Weinberger, J. et Stoycheva, V. (2020). *The unconscious: Theory, research, and clinical implications*. Guilford Press.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 124(3), 333-371.
- Winnicott, D. W. (2000). La crainte de l'effondrement. Dans *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (traduit par J. Kalmanovitch et M. Gribinski ; p. XX-XX). Gallimard. (Ouvrage original paru en 1974.)
- Zimmermann, P. B. (2019). Melancholia revisited: Depression and its treatment from the perspective of intersubjective self psychology. Dans G. Hagman, H. Paul et B. Zimmermann (dir.), *Intersubjective self psychology: A primer* (p. 98-112). Routledge.

Chapitre 05

- Bannink, F. (2015). *101 solution-focused questions for help with depression*. W. W. Norton.
- Bavelas, J. (2011). Connecting the lab to the therapy room: Microanalysis, co-construction, and solution-focused brief therapy. Dans C. Franklin, T. Trepper, W. J. Gingerich et E. McCollum (dir.), *Solution-focused brief therapy: From practice to evidence-informed practice* (p. 144-162). Oxford University Press.
- Bavelas, J., de Jong, P., Franklin, C., Frorer, A., Gingerich, W., Kim, J., Korman, H., Langer, S., Lee, M. Y., McCollum, E. E., Jordan, S. S. et Trepper, T. S. (2013). *La thérapie orientée vers les solutions. Manuel de traitement pour la thérapie individuelle* (traduit par I. Prince, B. Lavoie et S. Casey; 2^e éd.). <https://www.lavoiesolutions.com/app/download/10543872252/Manuel+de+traitement+pour+l+ath%25C3%25A9rapie+individuelle.pdf?1=1565616780>
- de Jong, P., Bavelas, J. B. et Korman, H. (2013). An introduction to using microanalysis to observe co-construction in psychotherapy. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 17-30.
- de Jong, P. et Berg, I. K. (2009). *De l'entretien à la solution*. Satas.
- de Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E. et Berg, I. K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Taylor & Francis.
- Duncan, B. (2005). *What's right with you: Debunking dysfunction and changing your life*. Health Communications.
- Duncan, B. (2014). *On becoming a better therapist: Evidence based practice one client at a time*. American Psychological Association.
- Dweck, C. S. (2007). *Mindset: The new psychology of success*. Ballantine Books.
- Fiske, H. (2008). *Hope in action: Solution-focused conversations about suicide*. Taylor & Francis.
- Franklin, C., Trepper, T., Gingerich, W. J. et McCollum, E. E. (2012). *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice*. Oxford University Press.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity: Top notch research reveals upward spiral that will change your life*. Three Rivers Press.
- Hendon, J. (2008). *Preventing suicide: The solution focused approach*. Wiley.
- Houle, J., Coulombe, S., Radziszewski, S., Beaudin, A., Brouillet, H., Cloutier, G., Collard, B., Doray, P., Gilbert, M., Jetté, F., Jourdain, M. et Lavoie, B. (2015). *Aller mieux à ma façon. Soutien à l'autogestion*. Laboratoire Vitalité.
- Korman, H., Bavelas, J. B. et de Jong, P. (2013). Microanalysis of formulations in solution-focused brief therapy, cognitive behavioral therapy, and motivational interviewing. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 31-45.
- O'Hanlon, B. (1999). *Do one thing different: Ten simple ways to change your life*. Harper Collins.
- O'Hanlon, B. (2003). *A guide to inclusive therapy: 26 methods of respectful resistance-dissolving therapy*. W. W. Norton.
- O'Hanlon, B. (2012). *The change your life book*. Health Communications.
- O'Hanlon, B. (2014). *Out of the blue: Six non-medication ways to relieve depression*. W. W. Norton.
- Pichot, T. et Dolan, Y. M. (2003). *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*. Haworth Press.
- Pulvirenti, M., McMillan, J. et Lawn, S. (2011). Empowerment, patient centered care and self-management. *Health Expectations*, 17(3), 303-310.
- Ratner, H., George, E. et Iveson, C. (2012). *Solution focused brief therapy: 100 key points and techniques*. Routledge.
- Smock Jordan, S., Froerer, A. et Bavelas, J. B. (2013). Microanalysis of positive and negative content in solution-focused brief therapy and cognitive behavioral therapy expert sessions. *Journal of Systemic Therapies*, 32(3), 46-59.
- Thomas, F. (2016). Complimenting in solution-focused brief therapy. *Journal of Solution-Focused Brief Therapy*, 2(1), 18-39.
- Villaggi, B., Provencher, H., Coulombe, S., Meunier, S., Hudon, C., Roberge, P., Provencher, M. D. et Houle, J. (2015). Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Global Qualitative Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2333393615606092>

Chapitre 06

- Austin, M. P., Mitchell, P. et Goodwin, G. M. (2001). Cognitive deficits in depression: Possible implication for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*, 178, 200-206.
- Bora, E., Harrison, B. J., Yücel, M. et Pantelis, C. (2013). Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(10), 2017-2026. <https://doi.org/10.1017/S0033291712002085>
- Burt, D. B., Zembor, M. J. et Niederehe, G. (1995). Depression and memory impairment: A meta-analysis of the association, its pattern, and specificity. *Psychological Bulletin*, 117(2), 285.
- Castanheira, L., Da Silva, C. P., Cheniaux, E. et Telles-Correia, D. (2019). Neuroimaging correlates of depression—implications to clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 703.

- Conradi, H. J., Ormel, J. et de Jonge, P. (2011). Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: A 3-year prospective study. *Psychological Medicine*, 41(6), 1165-1174.
- Gasser, A. I., Salamin, V. et Zumbach, S. (2018). Dépression de la personne âgée ou maladie d'Alzheimer prodromique : quels outils pour le diagnostic différentiel? *L'Encéphale*, 44(1), 52-58.
- Gohier, B., Ferracci, L., Surguladze, S. A., Lawrence, E., El Hage, W., Kefi, M. Z., Allain, P., Garre, J.-B. et Le Gall, D. (2009). Cognitive inhibition and working memory in unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 116(1-2), 100-105.
- Gonda, X., Pompili, M., Serafini, G., Carvalho, A. F., Rihmer, Z. et Dome, P. (2015). The role of cognitive dysfunction in the symptoms and remission from depression. *Annals of General Psychiatry*, 14(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0068-9>
- Grant, M. M., Thase, M. E. et Sweeney, J. A. (2001). Cognitive disturbance in outpatient depressed young adults: Evidence of modest impairment. *Biological Psychiatry*, 50(1), 35-43.
- Hammar, Å. et Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression – a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 26.
- Hammar, Å., Lund, A. et Hugdahl, K. (2003). Selective impairment in effortful information processing in major depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 9(6), 954-959.
- Kishi, T., Yoshimura, R., Ikuta, T. et Iwata, N. (2018). Brain-derived neurotrophic factor and major depressive disorder: Evidence from meta-analyses. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 308.
- Koenigs, M. et Grafman, J. (2009). The functional neuroanatomy of depression: Distinct roles for ventromedial and dorsolateral prefrontal cortex. *Behavioural Brain Research*, 201(2), 239-243.
- Koetsier, G. C., Volkens, A. C., Tulen, J. H., Passchier, J., van den Broek, W. W. et Bruijn, J. A. (2002). CPT performance in major depressive disorder before and after treatment with imipramine or fluvoxamine. *Journal of Psychiatric Research*, 36(6), 391-397.
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S. et Khullar, A. (2014). Cognitive dysfunction in major depressive disorder: Effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 59(12), 649-654.
- McIntyre, R. S., Cha, D. S., Soczynska, J. K., Woldeyohannes, H. O., Gallagher, L. A., Kudlow, P., Alsuwaidan, M. et Baskaran, A. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: Determinants, substrates, and treatment interventions. *Depression and Anxiety*, 30(6), 515-527. <https://doi.org/10.1002/da.22063>
- Meyer, B. M., Rabl, U., Huemer, J., Bartova, L., Kalcher, K., Provenzano, J., Brandner, C., Sezen, P., Kasper, S., Schatzberg, A. F., Moser, E., Chen, G. et Pezawas, L. (2019). Prefrontal networks dynamically related to recovery from major depressive disorder: A longitudinal pharmacological fMRI study. *Transnational Psychiatry*, 9(1), 64. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0395-8>
- Murrough, J. W., Iacoviello, B., Neumeister, A., Charney, D. S. et Iosifescu, D. V. (2011). Cognitive dysfunction in depression: Neurocircuitry and new therapeutic strategies. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 553-563.
- Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V. et Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: Systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 530-538.
- Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Zuckerman, H., Rong, C., Mansur, R. B., Fus, D., Subramanipillai, M., Lee, Y. et McIntyre, R. S. (2019). Cognitive impairment in major depressive disorder. *CNS Spectrums*, 24(1), 22-29.
- Pandya, M., Altinay, M., Malone, D. A. et Anand, A. (2012). Where in the brain is depression? *Current Psychiatry Reports*, 14(6), 634-642.
- Polosan, M., Lemogne, C., Jardri, R. et Fossati, P. (2016). La cognition au cœur de la dépression. *L'Encéphale*, 42(1), 1S3-1S11.
- Roiser, J. P., Elliott, R. et Sahakian, B. J. (2012). Cognitive mechanisms of treatment in depression. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 117-136.
- Roiser, J. P. et Sahakian, B. J. (2013). Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrums*, 18(3), 139-149. <https://doi.org/10.1017/S1092852913000072>
- Wolf, R. R. et Schönfeldt-Lecuona, C. (2006). Depressive symptoms as first manifestation of posterior cortical atrophy. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 939.
- Zuckerman, H., Pan, Z., Park, C., Brietzke, E., Musial, N., Shariq, A. S., Iacobucci, M., Yim, S. J., Lui, L. M. W., Rong, C. et McIntyre, R. S. (2018). Recognition and treatment of cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 655.

Chapitre 07

- ADAPTE Collaboration. (2009). *The ADAPTE process: Resource toolkit for guideline adaptation* (version 2.0). <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/resources/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf/view>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychological Association. (2019). *Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts*. <https://www.apa.org/depression-guideline/>
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Santé mentale 2012*. Institut de la statistique du Québec. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
- Bennett, K., Courtney, D., Duda, S., Henderson, J. et Szatmari, P. (2018). An appraisal of the trustworthiness of practice guidelines for depression and anxiety in children and youth. *Depression and Anxiety*, 35(6), 530-540. <https://doi.org/10.1002/da.22752>
- Bennett-Levy, J., Richards, D. A., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths, K. M., Kavanagh, D. J. et Williams, C. (2010). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford University Press.
- Bower, P. et Gilbody, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11-17. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.1.11>

- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. et le AGREE Next Steps Consortium. (2010). AGREE II: Advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. *Preventive Medicine*, 51(5), 421-424. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.08.005>
- Burgers, J., Grol, R. et Eccles, M. (2005). Clinical guidelines as a tool for implementing change in patient care. Dans R. Grol, M. Wensing et M. Eccles (dir.), *Improving patient care. The implementation of change in clinical practice* (p. 71-92). Elsevier.
- Duhoux, A., Fournier, L., Gauvin, L. et Roberge, P. (2012). Quality of care for major depression and its determinants: A multilevel analysis. *BMC Psychiatry*, 12(1), 142. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-142>
- Fernandez, A., Haro, J. M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, T. S., Autoneil, J., De Girolamo, G., Bernert, S., Lépine, J. P. et Alonso, J. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *British Journal of Psychiatry*, 190(2), 172-173. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.023507>
- Field, M. J. et Lohr, K. N. (1992). *Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice. From development to use*. National Academy Press.
- Fournier, L., Roberge, P. et Brouillet, H. (2012). *Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne*. Centre de recherche du CHUM.
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W. et Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. <https://doi.org/10.1002/chp.47>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M. et Grant, B. F. (2018). Epidemiology of adult DSM-5 major depressive disorder and its specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry*, 75(4), 336-346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>
- Haug, J. A., Herbert, K., Choi, S., Petrides, J., Vermeulen, M. W. et D'Onofrio, J. (2019). Acceptability of the stepped care model of depression treatment in primary care patients and providers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 402-410. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09599-2>
- Health Quality Ontario. (2016). *Quality standards major depression: Care for adults and adolescents*. <https://www.hqontario.ca/portals/0/documents/evidence/quality-standards/qs-depression-clinical-guide-1609-en.pdf>
- Houle, J., Gascon-Depatie, M., Bélanger-Dumontier, G. et Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 271-279. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.012>
- Karlin, B. E., Brown, G. K., Jager-Hyman, S., Green, K. L., Wong, M., Lee, D. S., Bertagnolli, A. et Ross, T. B. (2019). Dissemination and implementation of cognitive behavioral therapy for depression in the Kaiser Permanente Health Care System: Evaluation of initial training and clinical outcomes. *Behavior Therapy*, 50(2), 446-458. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.002>
- Katon, W. J. et Seelig, M. (2008). Population-based care of depression: Team care approaches to improving outcomes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 459-467. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e318168efb7>
- Kennedy, S. H., Lam, R. W., Parikh, S. V., Patten, S. B. et Ravindran, A. V. (dir.). (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *Journal of Affective Disorders*, 117(suppl. 1), S1-S64.
- König, H., König, H.-H. et Konnopka, A. (2020). The excess costs of depression: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, E30. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000180>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. et Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V. et le CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Introduction and methods. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 506-509. <https://doi.org/10.1177/0706743716659061>
- Lamers, F., van Oppen, P., Comijs, H. C., Smit, J. H., Spinhoven, P., van Balkom, A. J. L. M., Nolen, W. A., Zitman, F. G., Beekman, A. T. F. et Penninx, B. W. J. H. (2011). Comorbidity patterns of anxiety and depressive disorders in a large cohort study: The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(3), 341-348. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06176blu>
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. et Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595-602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- Middleton, J. C., Kalogeropoulos, C., Middleton, J. A. et Drapeau, M. (2019). Assessing the methodological quality of the Canadian Psychiatric Association's anxiety and depression clinical practice guidelines. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(4), 613-621. <https://doi.org/10.1111/jep.13026>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002409/>
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. et Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2020). *The Improving Access to Psychological Therapies Manual*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/05/iapt-manual-v4.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009a). *Depression in adults: Recognition and management. Clinical guideline [CG90]* (mis à jour en septembre 2020). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009b). *Depression in adults with a chronic physical health problem: Recognition and management. Clinical guideline [CG91]* (mis à jour en septembre 2020). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care. Clinical guideline [CG123]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Depression in children and young people: Identification and management. NICE guideline [NG134]*. (mis à jour en juin 2019). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., Velyvis, V., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., Uher, R. et le CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 2. Psychological treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 524-539. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., McDonald, K. et Bulloch, A. G. (2015). Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 60(1), 23-30. <https://doi.org/10.1177/070674371506000106>
- Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., McDonald, K. et Bulloch, A. G. (2016). Major depression in Canada: What has changed over the past 10 years? *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(2), 80-85. <https://doi.org/10.1177/0706743715625940>
- Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H., Spinhoven, P., Cuijpers, P., de Jong, P. J., van Marwijk, H. W. J., van der Meer, K., Verhaak, P., Laurant, M. G. H., de Graaf, R., Hoogendijk, W. J., van der Wee, N., Ormel, J., van Dyck, R. et Beekman, A. T. F. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.027>
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Smolders, M., Laurant, M. G. H., van der Meer, K., Spreeuwenberg, P., van Marwijk, H. W. J., Penninx, B. W. J. H. et Bensing, J. M. (2010). Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, 25(7), 648-655. <https://doi.org/10.1007/s11606-009-1216-1>
- Puyat, J. H., Kazanjian, A., Goldner, E. M. et Wong, H. (2016). How often do individuals with major depression receive minimally adequate treatment? A population-based, data linkage study. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(7), 394-404. <https://doi.org/10.1177/0706743716640288>
- Qualité des services de santé Ontario. (2016). *Normes de qualité. La dépression clinique : soins aux adultes et aux adolescents*. <https://www.hqontario.ca/Am%C3%A9liorer-les-soins-gr%C3%A2ce-aux-donn%C3%A9es-probantes/Normes-de-qualit%C3%A9/Voir-toutes-les-normes-de-qualit%C3%A9/D%C3%A9pression-clinique>
- Ravindran, A. V., Balneaves, L. G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R. L., Ravindran, L., Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Lam, R. W., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Parikh, S. V. et le CANMAT Depression Work Group. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 576-587. <https://doi.org/10.1177/0706743716660290>
- Roberge, P., Fournier, L. et Brouillet, H. (2013). *Projet Jalons: A provincial adaptation of clinical practice guidelines for depression in primary care* [communication]. Guidelines International Network Conference, San Francisco, États-Unis.
- Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R. C., Levinson, D., Mneimneh, Z. N., Oakley Browne, M. A. et Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1-3), 113-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.015>
- Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L. et Drapeau, M. (2014). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(3), 177-186. <https://doi.org/10.1037/a0037287>
- Stein, M. B., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Means-Christensen, A., Bystritsky, A., Katon, W., Sullivan, G. et Roy-Byrne, P. P. (2004). Quality of care for primary care patients with anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2230-2237. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2230>
- van Straten, A., Seekles, W., van 't Veer-Tazelaar, N. J., Beekman, A. T. F. et Cuijpers, P. (2010). Stepped care for depression in primary care: What should be offered and how? *Medical Journal of Australia*, 192(11), S36-39.
- Von Korff, M. et Tiemens, B. (2000). Individualized stepped care of chronic illness. *The Western Journal of Medicine*, 172(2), 133-137. <https://doi.org/10.1136/ewj.172.2.133>
- Walker, E. R., McGee, R. E. et Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334-341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., ... Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(9590), 841-850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)
- Zafra-Tanaka, J. H., Goicochea-Lugo, S., Villarreal-Zegarra, D. et Taype-Rondan, A. (2019). Characteristics and quality of clinical practice guidelines for depression in adults: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 19(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2057-z>

Chapitre 08

- Arends, I., van der Klink, J. J. L., van Rhenen, W., de Boer, M. R. et Bultmann, U. (2014). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: Results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), 21-29. <https://doi.org/10.1136/oemed-2013-101412>
- Bastien, M.-F. et Corbière, M. (2019). Return-to-work following depression: What work accommodations do employers and human resources directors put in place? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(2), 423-432. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9801-y>
- Bellón, J. Á., Conejo-Cerón, S., Cortés-Abela, C., Pena-Andreu, J. M., García-Rodríguez, A. et Moreno-Peral, P. (2019). Effectiveness of psychological and educational interventions for the prevention of depression in the workplace: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(4), 324-332. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3791>
- Boileau-Falardeau, F., Turcotte, J.-R., Lafleur, P.-A. et Corbière, M. (accepté). Retour au travail des personnes aux prises avec un trouble mental courant : les dilemmes des médecins traitants. *Santé mentale au Québec*.
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Schaufeli, W. B. et Wijngaards-de Meij, L. D. N. V. (2019). Predicting the effectiveness of work-focused CBT for common mental disorders: The influence of baseline self-efficacy, depression and anxiety. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 31-41. <https://doi.org/10.1007/s10926-018-9760-3>
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Amendolia, C., Myburgh, C. et Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24, 32. <https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
- Clark, M., DiBenedetti, D. et Perez, V. (2016). Cognitive dysfunction and work productivity in major depressive disorder. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 16(4), 455-463. <https://doi.org/10.1080/14737167.2016.1195688>
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M.-F., Samson, E., Sauvè, G. et Lecomte, T. (2018). Employee perceptions about factors influencing their return to work after a sick-leave due to depression. *The Journal of Rehabilitation*, 84(3), 3-13.
- Corbière, M., Lecomte, T., Lachance, J.-P., Coutu, M.-F., Negrini, A. et Laberon, S. (2017). Stratégies de retour au travail d'employés ayant fait l'expérience d'une dépression : perspectives des employeurs et des cadres des ressources humaines. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 173-196.
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, S. et Lecomte, T. (2020). Stakeholders' role and actions in the return-to-work process of workers on sick-leave due to common mental disorders: A scoping review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), 381-419. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09861-2>
- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., Loisel, P. et Lachance, J.-P. (2017). Development of the Return-to-Work Obstacles and Self-Efficacy Scale (ROSES) and validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 27(3), 329-341. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9661-2>
- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M., Negrini, A., Sauvè, G. et Lecomte, T. (2015). Union perceptions of factors related to the return to work of employees with depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9542-5>
- Corbière, M., Villotti, P., Lecomte, T., Bond, G. R., Lesage, A. et Goldner, E. M. (2014). Work accommodations and natural supports for maintaining employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(2), 90-98. <https://doi.org/10.1037/prj0000033>
- Corbière, M., Villotti, P., Toth, K. et Waghorn, G. (2014). La divulgation du trouble mental et les mesures d'accommodement. Deux notions pour comprendre le maintien en emploi de personnes aux prises avec un trouble mental grave/Disclosure of a mental disorder in the workplace and work accommodations: Two factors associated with job tenure of people with severe mental disorders. *L'Encéphale*, 40(suppl. 2), S91-S102.
- de Zwart, P. L., Jeronimus, B. F. et de Jonge, P. (2019). Empirical evidence for definitions of episode, remission, recovery, relapse and recurrence in depression: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5), 544-562. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000227>
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S. et Hees, H. (2014). Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: A systematic literature review. *BMC Public Health*, 14(1), 205. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-205>
- Dewa, C. S., Loong, D., Trojanowski, L. et Bonato, S. (2018). The effectiveness of augmented versus standard individual placement and support programs in terms of employment: A systematic literature review. *Journal of Mental Health*, 27(2), 174-183. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322180>
- Doran, C. M. et Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 43(1), 43-48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Endo, M., Muto, T., Haruyama, Y., Yuhara, M., Sairenchi, T. et Kato, R. (2015). Risk factors of recurrent sickness absence due to depression: A two-year cohort study among Japanese employees. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(1), 75-83. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0939-4>
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Ervasti, J., Joensuu, M., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., Vahtera, J., Kivimäki, M. et Virtanen, M. (2017). Prognostic factors for return to work after depression-related work disability: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.07.024>
- Etuknwaa, A., Daniels, K. et Eib, C. (2019). Sustainable return to work: A systematic review focusing on personal and social factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700. <https://doi.org/10.1007/s10926-019-09832-7>
- Evans-Lacko, S. et Knapp, M. (2016). Global patterns of workplace productivity for people with depression: Absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(11), 1525-1537. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1278-4>
- Gili, M., Vicens, C., Roca, M., Andersen, P. et McMillan, D. (2015). Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review. *Preventive Medicine*, 76, S16-S21. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.035>
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M. et Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: A review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9714-1>
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H. et Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301-310. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015>
- James, K. G. (2015). Returning to work after experiencing mental health problems. *Mental Health Practice*, 18, 36-38.
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. et Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46(4), 683-697. <https://doi.org/10.1017/S0033297175002408>
- Laberon, S. et Corbière, M. (2014). Retour au travail. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (dir.), *Dictionnaire des risques psychosociaux* (p. 652-655). Seuil.
- Laflamme, A.-M. (2017). Troubles mentaux et accommodations raisonnables au travail : les potentialités du droit québécois. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 39-56.
- Lammerts, L., Schaafsma, F. G., Eikelenboom, M., Vermeulen, S. J., van Mechelen, W., Anema, J. R. et Penninx, B. W. J. H. (2016). Longitudinal associations between biopsychosocial factors and sustainable return to work of sick-listed workers with a depressive or anxiety disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 70-79. <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9588-z>
- Lecomte, T. et Corbière, M. (2017). Une intervention cognitive comportementale de groupe pour prévenir les rechutes chez les employés en processus de retour au travail à la suite d'une dépression : protocole et faisabilité. *Santé mentale au Québec*, 42(2), 87-103.
- Lederer, V., Loisel, P., Rivard, M. et Champagne, F. (2014). Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: A scoping review of published definitions. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 242-267. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9459-4>
- Lerner, D., Adler, D., Hermann, R. C., Chang, H., Ludman, E. J., Greenhill, A., Perch, K., McPeck, W. C. et Rogers, W. H. (2012). Impact of a work-focused intervention on the productivity and symptoms of employees with depression. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(2), 128-135. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31824409d8>
- Loisel, P. et Anema, J. (2013). *Handbook of work disability—Prevention and management* (1^{re} éd.). Springer.
- Loisel, P., Durand, M.-J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C. et Tremblay, C. (2001). Disability prevention: New paradigm for the management of occupational back pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9(7), 351-360. <https://doi.org/10.2165/00115677-200109070-00001>
- Mazaniello-Chézol, M. et Corbière, M. (sous presse). L'examen de la portée (scoping review/study). Synthèse des rôles et actions des acteurs impliqués dans le retour au travail des employés en absence maladie due à un trouble mental courant. Dans M. Corbière et N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé* (2^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Negrini, A., Corbière, M., Lecomte, T., Coutu, M.-F., Nieuwenhuijsen, K., St-Arnaud, L., Durand, M.-J., Gragnano, A. et Berbiche, D. (2018). How can supervisors contribute to the return to work of employees who have experienced depression? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 279-288. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9715-0>
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeier-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Verbeek, J. H. A. M. et Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2>
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Gillis, K., Rao, S. et Wang, J. L. (2017). Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: A meta-analysis of cohort studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(10), 1205-1215. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1402-0>
- Nigatu, Y. T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K. et Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46(16), 3263-3274. <https://doi.org/10.1017/S003329716002269>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *Dépression*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Patten, S. B. (2006). A major depression prognosis calculator based on episode duration. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 2(1), 13. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-2-13>
- Patten, S. B. et Juby, H. (2008). *Profil de la dépression clinique au Canada*. Université de Calgary.
- Patten, S. B., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Fiest, K. M., Bulloch, A. G. M. et Wang, J. (2015). The prevalence of major depression is not changing. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 60(1), 31-34.
- Semkowska, M., Quinlivan, L., O'Grady, T., Johnson, R., Collins, A., O'Connor, J., Knittle, H., Ahern, E. et Gload, T. (2019). Cognitive function following a major depressive episode: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 851-861. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30291-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30291-3)
- van Oostrom, S. H., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet, H. C. W., Knol, D. L. et Anema, J. R. (2010). A workplace intervention for sick-listed employees with distress: Results of a randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), 596-602. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.050849>
- Waddell, G. (1992). Biopsychosocial analysis of low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 6(3), 523-557. [https://doi.org/10.1016/S0950-3579\(05\)80126-8](https://doi.org/10.1016/S0950-3579(05)80126-8)
- Wan Mohd Yunus, W. M. A., Musiat, P. et Brown, J. S. L. (2018). Systematic review of universal and targeted workplace interventions for depression. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(1), 66-75. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104532>

Chapitre 09

• Arveiller, J.-P. (2006). Activités physiques et psychiatrie, un mariage non consommé. *Revue EP&S*, (321).

- Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R. et Parker, A. G. (2018). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 48(7), 1068-1083. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002653>
- Bernard, P., Boiché, J., Chevance, G., Haas, M., Héraud, N., Latrille, C., Lucas, C., Molinier, V., Roux, M. et Romain, A. J. (2019). *Traduction française de la taxonomie (v1) des techniques de changement de comportement* (Michie et al., 2013). <https://guillaumechevance.com/2019/06/07/traduction-francaise-de-la-taxonomie-v1-des-techniques-de-changement-de-comportement/>
- Bernard, P., Doré, I., Romain, A.-J., Hains-Monfette, G., Kingsbury, C. et Sabiston, C. (2018). Dose response association of objective physical activity with mental health in a representative national sample of adults: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 13(10), e0204682. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204682>
- Bernard, P., Ninot, G., Cyprien, F., Courtet, P., Guillaume, S., Georgescu, V., Picot, M.-C., Taylor, A. et Quantin, X. (2015). Exercise and counseling for smoking cessation in smokers with depressive symptoms: A randomized controlled pilot trial. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(3-4), 205-216. <https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1113842>
- Bernard, P., Ninot, G., Moullec, G., Guillaume, S., Courtet, P. et Quantin, X. (2013). Smoking cessation, depression, and exercise: Empirical evidence, clinical needs, and mechanisms. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1635-1650. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt042>
- Bernard, P., Romain, A.-J., Caudroit, J., Chevance, G., Carayol, M., Gourlan, M., Needham Dancause, K. et Moullec, G. (2018). Cognitive behavior therapy combined with exercise for adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis. *Health Psychology*, 37(5), 433-450. <https://doi.org/10.1037/hea0000578>
- Blumenthal, J. A., Sherwood, A., Babyak, M. A., Watkins, L. L., Smith, P. J., Hoffman, B. M., O'Hayer, C. V. F., Mabe, S., Johnson, J., Doraiswamy, P. M., Jiang, W., Schocken, D. D. et Hinderliter, A. L. (2012). Exercise and pharmacological treatment of depressive symptoms in patients with coronary heart disease: Results from the UPBEAT (Understanding the Prognostic Benefits of Exercise and Antidepressant Therapy) Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(12), 1053-1063. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.04.040>
- Bombardier, C. H., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Wadhvani, R., Sullivan, M. D., Rosenberg, D. E. et Kraft, G. H. (2013). Telephone-based physical activity counseling for major depression in people with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(1), 89-99. <https://doi.org/10.1037/a0031242>
- Burton, N. W., Pakenham, K. I. et Brown, W. J. (2010). Are psychologists willing and able to promote physical activity as part of psychological treatment? *International Journal of Behavioral Medicine*, 17(4), 287-297. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9087-8>
- Busch, A. M., Ciccolo, J. T., Puspitasari, A. J., Nosrat, S., Whitworth, J. W. et Stults-Kolehmainen, M. A. (2016). Preferences for exercise as a treatment for depression. *Mental Health and Physical Activity*, 10, 68-72. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2015.12.004>
- Carter, T., Morres, I. D., Meade, O. et Callaghan, P. (2016). The effect of exercise on depressive symptoms in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(7), 580-590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.016>
- Choi, K. W., Zheutlin, A. B., Karlson, R. A., Wang, M.-J., Dunn, E. C., Stein, M. B., Karlson, E. W. et Smoller, J. W. (2020). Physical activity offsets genetic risk for incident depression assessed via electronic health records in a biobank cohort study. *Depression and Anxiety*, 37(2), 106-114. <https://doi.org/10.1002/da.22967>
- Emery, C. F., Schein, R. L., Hauck, E. R. et MacIntyre, N. R. (1998). Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology*, 17(3), 232-240. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.17.3.232>
- Glowacki, K., Duncan, M. J., Gainforth, H. et Faulkner, G. (2017). Barriers and facilitators to physical activity and exercise among adults with depression: A scoping review. *Mental Health and Physical Activity*, 13, 108-119. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2017.10.001>
- Grabovac, I., Stefanac, S., Smith, L., Haider, S., Cao, C., Jackson, S. E., Dörner, T. E., Waldhoer, T., Rieder, A. et Yang, L. (2020). Association of depression symptoms with receipt of healthcare provider advice on physical activity among US adults. *Journal of Affective Disorders*, 262, 304-309. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.023>
- Herring, M. P., Puetz, T. W., O'Connor, P. J. et Dishman, R. K. (2012). Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Internal Medicine*, 172(2), 101-111. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.696>
- Hoffman, B. M., Babyak, M. A., Craighead, W. E., Sherwood, A., Doraiswamy, P. M., Coons, M. J. et Blumenthal, J. A. (2011). Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: One-year follow-up of the SMILE Study. *Psychosomatic Medicine*, 73(2), 127-133. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31820433a5>
- Kilil-Drori, S., Kilil-Drori, A. J., Pira, S. et Rej, S. (2020). Exercise intervention for late-life depression: A meta-analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(1). <https://doi.org/10.4088/JCP.19r12877>
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J. A. C. et Lawlor, D. A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 529-538. <https://doi.org/10.4088/JCP.08r04913blu>
- Lee, I.-M., Shiroma, E. J., Kamada, M., Bassett, D. R., Matthews, C. E. et Buring, J. E. (2019). Association of step volume and intensity with all-cause mortality in older women. *JAMA Internal Medicine*, 179(8), 1105-1112. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.0899>
- Lindheimer, J. B., O'Connor, P. J. et Dishman, R. K. (2015). Quantifying the placebo effect in psychological outcomes of exercise training: A meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine*, 45(5), 693-711. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0303-1>
- North, T. C., McCullagh, P. et Tran, Z. V. (1990). Effect of exercise on depression. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 18, 379-415. <http://dx.doi.org/10.1249/00003677-199001000-00016>

- O'Connor, P. J., Smith, J. C. et Morgan, W. P. (2000). Physical activity does not provoke panic attacks in patients with panic disorder: A review of the evidence. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*, 13(4), 333-353. <https://doi.org/10.1080/10615800008248340>
- Perraton, L. G., Kumar, S. et Machotka, Z. (2010). Exercise parameters in the treatment of clinical depression: A systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(3), 597-604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01188.x>
- Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I. et Martínez-Vizcaino, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44(3), 200-208. <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
- Rethorst, C. D., Sunderajan, P., Greer, T. L., Grannemann, B. D., Nakonezny, P. A., Carmody, T. J. et Trivedi, M. H. (2013). Does exercise improve self-reported sleep quality in non-remitted major depressive disorder? *Psychological Medicine*, 43(4), 699-709. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001675>
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M. et Landers, D. M. (2009). The antidepressive effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine*, 39(6), 491-511. <https://doi.org/10.2165/00007256-200939060-00004>
- Rhodes, R. E. et Nigg, C. R. (2011). Advancing physical activity theory: A review and future directions. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 39(3), 113-119. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e31821b94c8>
- Rhodes, R. E., Temple, V. A. et Tuokko, H. A. (2011). Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance: Cognitive and psychological conditions. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 36(suppl. 1), S113-S153. <https://doi.org/10.1139/h11-041>
- Romain, A. J. et Bernard, P. (2018). Behavioral and psychological approaches in exercise-based interventions in severe mental illness. Dans B. Stubbs et S. Rosenbaum (dir.), *Exercise-based interventions for mental illness* (p. 187-207). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812605-9.00010-1>
- Rosenbaum, S., Morell, R., Abdel-Baki, A., Ahmadpanah, M., Anilkumar, T. V., Baie, L., Bauman, A., Bender, S., Boyan Han, J., Brand, S., Bratland-Sanda, S., Bueno-Antequera, J., Camaz Deslandes, A., Carneiro, L., Carraro, A., Castañeda, C. P., Castro Monteiro, F., Chapman, J., Chau, J. Y., ... Ward, P. B. (2020). Assessing physical activity in people with mental illness: 23-country reliability and validity of the simple physical activity questionnaire (SIMPAQ). *BMC Psychiatry*, 20(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2473-0>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P., Reichert, T., Bagatini, N. C., Begginski, R. et Stubbs, B. (2017). Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 210, 139-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.050>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., Hallgren, M., Ponce De Leon, A., Dunn, A. L., Deslandes, A. C., Fleck, M. P., Carvalho, A. F. et Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: A meta-analysis of prospective cohort studies. *The American Journal of Psychiatry*, 175(7), 631-648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B. et Stubbs, B. (2016). Exercise improves physical and psychological quality of life in people with depression: A meta-analysis including the evaluation of control group response. *Psychiatry Research*, 241, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.054>
- Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., Zimmermann, A. B., Rocha, N. S. et Fleck, M. P. (2015). Exercise and severe major depression: Effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.11.005>
- Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Ward, P. B. et Schuch, F. B. (2016). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with depression: A meta-analysis of randomized control trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 249-253. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.010>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Soundy, A., Veronesi, N., Solmi, M. et Schuch, F. B. (2016). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with depression: A meta-analysis and meta regression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 457-466. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.019>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Richards, J., Ussher, M. et Schuch, F. B. (2016). Challenges establishing the efficacy of exercise as an antidepressant treatment: A systematic review and meta-analysis of control group responses in exercise randomised controlled trials. *Sports Medicine*, 46(5), 699-713. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0441-5>
- Sun, M., Lancot, K., Herrmann, N. et Gallagher, D. (2018). Exercise for cognitive symptoms in depression: A systematic review of interventional studies. *The Canadian Journal of Psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie*, 63(2), 115-128. <https://doi.org/10.1177/0706743717738493>
- Suterwala, A. M., Rethorst, C. D., Carmody, T. J., Greer, T. L., Grannemann, B. D., Jha, M. et Trivedi, M. H. (2016). Affect following first exercise session as a predictor of treatment response in depression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), 1036-1042. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10104>
- Way, K., Kannis-Dymand, L., Lastella, M. et Lovell, G. P. (2018). Mental health practitioners' reported barriers to prescription of exercise for mental health consumers. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.01.001>

Chapitre 10

- American College Health Association. (2019). *American College Health Association - National College Health Assessment II: Undergraduate Student Reference Group Data Report, Spring 2019*. American College Health Association. https://www.acha.org/documents/ncha/NCHAI1_Spring_2019_Undergraduate_Reference_Group_Data_Report.pdf
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Avenevoli, S., Knight, E., Kessler, R. C. et Merikangas, K. R. (2008). Epidemiology of depression in children and adolescents. Dans J. R. Z. Abela et B. L. Hankin (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 6-34). Guilford Press.

- Bernaras, E., Jaureguizar, J. et Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Bouvard, M. (dir.). (2008). *Questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent* (vol. 1). Masson.
- Canadian Association of College & University Student Services et Canadian Mental Health Association (2013). *Post-Secondary Student Mental Health: Guide to a Systemic Approach*. <https://healthycampuses.ca/wp-content/uploads/2014/09/The-National-Guide.pdf>
- Chicoine, J., Marcotte, D. et Poirier, M. (soumis). Bullying and victimization among adolescents: A diathesis-stress model of depressive symptoms. *Journal of Applied Developmental Psychology*.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Sage.
- Christner, R. W. et Mennuti, R. B. (2009). *School-based mental health: A practitioner's guide to comparative practices*. Routledge.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2012). *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
- Conley, C. S., Durlak, J. A. et Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507. <https://doi.org/10.1007/s11212-015-0543-1>
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C. et Durlak, J. A. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 121-140. <https://doi.org/10.1037/cou0000190>
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N. et Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301-308.
- Garber, J. et Rao, U. (2014). Depression in children and adolescents. Dans M. Lewis et K. D. Rudolph (dir.), *Handbook of developmental psychopathology* (p. 489-520). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_25
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J. et Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x>
- Gruttadaro, D. et Crudo, D. (2012). *College students speak. A survey report on mental health*. National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/collegesurvey>
- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (p. 275-297). Guilford Press.
- Hankin, B. L. (2017). Depression during childhood and adolescence. Dans R. J. DeRubeis et D. R. Strunk (dir.), *The Oxford handbook of mood disorders* (p. 276-286). Oxford University Press.
- Hatzenbuehler, M. L. et McLaughlin, K. A. (2017). Sex, sexual orientation, and depression. Dans R. J. DeRubeis et D. R. Strunk (dir.), *The Oxford handbook of mood disorders* (p. 49-59). Oxford University Press.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H. et Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.291>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E. et Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Kessler, R. C., de Jonge, P., Shahly, V., Van Loo, H. M., Wang, P. S.-E. et Wilcox, M. A. (2014). Epidemiology of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 7-24). Guilford Press.
- Knoll, A. D. et MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(2), 116-123. <https://doi.org/10.1037/cap0000103>
- Liu, F., Zhou, N., Cao, H., Fang, X., Deng, L., Chen, W., Lin, X., Liu, L. et Zhao, H. (2017). Chinese college freshmen's mental health problems and their subsequent help-seeking behaviors: A cohort design (2005-2011). *PLoS ONE*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185531>
- MacKean, G. (2011). *Mental health and well-being in post-secondary education settings: A literature and environmental scan to support planning and action in Canada*. Canadian Association of College and University Student Services and Canadian Mental Health Association. http://www.cacuss.ca/_Library/documents/Post_Sec_Final_Report_June6.pdf
- Marcotte, D. (2006). *PARE-CHOCS, programme d'intervention auprès d'adolescents dépressifs. Manuel de l'animateur*. Septembre.
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents. État des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D. (2014). Les problèmes internalisés : la dépression et l'anxiété à l'adolescence. Dans M. Claes et L. Lannegrund-Willems (dir.), *La psychologie de l'adolescence*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marcotte, D. et Lemieux, A. (2014). La trajectoire des symptômes dépressifs de l'enfance à l'adolescence et les cibles d'intervention préventive. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 785-796. <https://doi.org/10.1590/1413-8122014193.16072013>
- Marcotte, D., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2018). A pilot study of a preventive program for depressive and anxious symptoms during the postsecondary transition. *Journal of American College Health*, 68(1), 32-38. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1518907>
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016a). *Zenétudes 1 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention universelle*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016b). *Zenétudes 2 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée sélective. Manuel de l'animateur*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016c). *Zenétudes 2 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée sélective. Atelier 1 : quand la peur m'envahit. Cahier du participant*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016d). *Zenétudes 2 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée sélective. Atelier 2 : quand les blues m'envahissent. Cahier du participant*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016e). *Zenétudes 3 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée indiquée. Manuel de l'animateur*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016f). *Zenétudes 3 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée indiquée. Cahier du participant*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Villatte, A. et Potvin, A. (2014). Resilience factors in students presenting depressive symptoms during the post-secondary school transition. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.335>
- Mojtabei, R., Olsson, M. et Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138(6), e20161878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Murray, K., Rieger, E. et Byrne, D. (2018). Body image predictors of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Adolescence*, 69, 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.002>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lee, M. et Stern, J. B. (2014). Assessment of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 25-44). Guilford Press.
- Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasbøll, J. et Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills – a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, 18(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1100-4>
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. et Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.155>
- Poirier, M., Marcotte, D., Joly, J. et Fortin, L. (2013). Program and implementation effects of a cognitive-behavioural intervention to prevent depression among adolescents at risk of school dropout exhibiting high depressive symptoms. *Educational Research and Evaluation*, 19(6), 561-577.
- Rawana, J. S. et Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 597-611. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9995-4>
- Reynolds, W. et Johnston, H. F. (2013). The nature and study of depression in children and adolescents. Dans W. M. Reynolds et H. F. Johnston (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 3-17). Springer.
- Richard, R. et Marcotte, D. (2015). Les facteurs associés à la concomitance entre l'anxiété et la dépression chez de jeunes adolescents. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 38(1), 1-23.
- Rudolph, K. D. et Flynn, M. (2014). Depression in adolescents. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 391-409). Guilford Press.
- Rudolph, K. D. et Troop-Gordon, W. (2010). Personal-acculturation and contextual-amplification models of pubertal timing: Predicting youth depression. *Development and Psychopathology*, 22(2), 433-451. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000167>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycock, C. et Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017-1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Segrin, C., McNelis, M. et Swiatkowski, P. (2016). Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model. *Human Communication Research*, 42(1), 122-137. <https://doi.org/10.1111/hcre.12070>
- Shubert, K. O., Clark, S. R., Van, L. K., Collinson, J. L. et Baune, B. T. (2017). Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(5), 477-499.
- Wiens, K., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Duffy, A., Pringsheim, T. M., Sajobi, T. T. et Patten, S. B. (2017). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders*, 210, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>

Chapitre 11

- Aguerre, C. (2017). Regards croisés sur la santé, le rétablissement et le bien-être : psychologie positive, psychopathologie clinique et psychologie de la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 83-102.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. CORM; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Ancelien Schüttenberger, A. (2009). *Aie, mes aïeux! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du géosociogramme*. Desclée De Brouwer; La Méridienne.
- Andrescu, C., Chang, C.-C. H., Mulsant, B. H. et Ganguli, M. (2007). Twelve-year depressive symptom trajectories and their predictors in a community sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 20(2), 221-236. <https://doi.org/10.1017/S1041610207006667>
- Andrescu, C., Lenze, E. J., Dew, M. A., Begley, A. E., Mulsant, B. H., Dombrowski, A. Y., Pollock, B. G., Stack, J., Miller, M. D. et Reynolds, C. F. (2007). Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: Controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 190(4), 344-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.027169>

- Ayers, C. R., Strickland, K. et Wetherell, J. L. (2015). Evidence-based treatment for late-life generalized anxiety disorder. Dans P. A. Arean (dir.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (p. 103-131). American Psychological Association.
- Beattie, E., Pachana, N. A. et Franklin, S. J. (2010). Double jeopardy: Comorbid anxiety and depression in late life. *Gerontological Nursing*, 3(3), 209-220. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100528-99>
- Beekman, A. T. F., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E., Braam, A. W., Penninx, B. W. J. H. et van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression: A 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59, 605-611.
- Beekman, A. T. F., van Marwijk, H. W. J. et Stek, M. L. (2011). The outcome of late-life depressive disorders. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona et A. Kumar (dir.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3^e éd., p. 502-507). John Wiley & Sons.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bryant, C., Jackson, H. et Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Cairney, J., Corna, L. M., Velhuizen, S., Herrmann, N. et Streiner, D. L. (2008). Comorbid depression and anxiety in later life: Patterns of association, subjective wellbeing, and impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 201-208. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000300627.93523.c8>
- Chen, R. et Copeland, J. (2011). Epidemiology of depression: Prevalence and incidence. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona et A. Kumar (dir.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3^e éd., p. 479-488). John Wiley & Sons.
- Chew-Graham, C. (2011). Treatment of late-life depression in community settings. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona et A. Kumar (dir.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3^e éd., p. 524-528). John Wiley & Sons.
- Clément, J. P. et Darthout, N. (2002). *Guide pratique de psychogériatrie*. Masson.
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A. et Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 227-230. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.001>
- Cole, M. G., Bellavance, F. et Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- Cole, M. G. et Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Cole, M. G., McCusker, J., Sewitch, M., Ciampi, A. et Dyachenko, A. (2008). Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 554-570. <https://doi.org/10.1017/S1041610207005935>
- Comijs, H. C., Nieuwesteeg, J., Kok, R., van Marwijk, H. W., van der Mast, R. C., Naarding, P., Voshaar, R. C. O., Verhaak, P., de Waal, M. W. M. et Stek, M. L. (2015). The two-year course of late-life depression: Results from the Netherlands study of depression in older persons. *Biomed Central Psychiatry*, 15(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0401-5>
- Csillik, A., Aguerre, C. et Bay, M. (2012). Psychothérapie positive de la dépression : spécificités et apports cliniques. *Annales médico-psychologiques*, 170(8), 541-546. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.10.012>
- Dinapoli, E. A., Larocca, M. et Scogin, F. (2015). Cognitive behavior therapy and behavioral activation for late-life depression. Dans P. A. Arean (dir.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (p. 49-70). American Psychological Association.
- Drapeau, A., Boyer, R. et Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9168-0>
- Ducommun-Nagy, C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. JC Lattès.
- Englar-Carlson, M. et Kiselica, M. S. (2013). Affirming the strengths in men: A positive masculinity approach to assisting male clients. *Journal of Counseling and Development*, 91(4), 399-409. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00111.x>
- Frankl, V. E. (2006). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie* (traduit par C. J. Bacon et L. Drolet). Éditions de l'Homme.
- Frankl, V. E. (2009). *Nos raisons de vivre. À l'école du sens de la vie*. Interéditions; Dunod.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. et Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Goldberg, D. (2010). The relationship between generalized anxiety disorder and major depressive episode. Dans D. Goldberg, K. S. Kendler, P. J. Sirovatka et D. A. Regier (dir.), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Refining the research agenda or DSM-V* (p. 355-361). American Psychiatric Association.
- Golding, B. (2015). *The men's shed movement: The company of men*. Common Ground.
- Hétu, J.-L. (2000). *Bilan de vie. Quand le passé nous rattrape*. Fides.
- Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L. et Uñtzer, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 884-892. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000219282.32915.a4>
- Honn Qualls, S. (2015). Building competencies in professional geropsychology: Guidelines, training model, and strategies for professional development. Dans P. A. Arean (dir.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (p. 11-48). American Psychological Association.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Jeste, N. D., Hays, J. et Steffens, D. (2006). Clinical correlates of anxious depression among elderly patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 90(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.10.007>
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C. et Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: Its time has come. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 675-683.
- Kang, H., Zhao, F., You, L., Giorgetta, C., Venkatesh, D., Sarkhel, S. et Prakash, R. (2014). Pseudodementia: A neurophysiological review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17(2), 147-154.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. et Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225-237. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990213>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. et Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. Dans C. R. Snyder et S. J. Lopez (dir.), *Handbook of positive psychology* (p. 45-59). Oxford University Press.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Sage.
- Koenig, H. G. et Blazer, D. G. (2007). Mood disorders. Dans D. G. Blazer, D. C. Steffens et E. W. Busse (dir.), *Essentials of geriatric psychiatry* (p. 145-176). American Psychiatric Publishing.
- Lenze, E. J. (2003). Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 62-67. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0011-7>
- Licht-Strunk, E., van der Windt, D. A. W. M., van Marwijk, H. W. J., de Haan, M. et Beekman, A. T. F. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community: A systematic review. *Family Practice*, 24(2), 168-180. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml071>
- Marcoux, L. (2018). *Effet du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur les symptômes dépressifs et anxieux de personnes âgées de plus de 65 ans* [thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Martin, E. I. et Nemeroff, C. B. (2010). The biology of generalized disorder and major depressive disorder: Commonalities and distinguishing features. Dans D. Goldberg, K. S. Kendler, P. J. Sirovatka et D. A. Regier (dir.), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Refining the research agenda or DSM-V* (p. 45-70). American Psychiatric Association.
- Meeks, S., Murrell, S. A. et Mehl, R. C. (2000). Longitudinal relationships between depressive symptoms and health in normal older and middle-aged adults. *Psychology and Aging*, 15(1), 100-109. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.1.100>
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. et Jeste, D. V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(3), 126-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>
- Minuchin, S. (1974). *Family kaleidoscope*. Harvard University Press.
- National Research Council. (2011). *Toward precision medicine: Building a knowledge network for biomedical research and a new taxonomy of disease*. The National Academies Press.
- Pocklington, C. (2017). Depression in older adults. *British Journal of Medical Practitioners*, 10(1), 8-14.
- Poussin, G. (2003). *La pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
- Prévile, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., Baril, M.-C., Streiner, D. L., Cairney, J., Brassard, J. et le Scientifc Committee of the ESA Study (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 53(12), 822-832.
- Schoevers, R. A. et Deeg, D. J. H. (2005). Depression and generalized anxiety disorder co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31-39. <https://doi.org/10.1097/00019442-200501000-00006>
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Fernandez, A., Gureje, O., He, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Mneimneh, Z., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Tahimori, H. et Williams, D. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM IV depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659-1669. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003413>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. et Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Sheldon, K. M. et Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 55-86. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-0868-8>
- Spar, J. E. et La Rue, A. (2006). *Clinical manual of geriatric psychiatry*. American Psychiatric Publishing.
- Vaillant, G. E., Orav, J., Meyer, S. E., McCullough Vaillant, L. et Roston, D. (1996). Late-life consequences of affective spectrum disorder. *International Psychogeriatrics*, 8(1), 13-32. <https://doi.org/10.1017/S1041610296002463>
- Van Balkom, A. J. L. M., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., van Dyck, R. et van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 37-45. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x>
- Wrosch, C., Bauer, I. et Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging*, 20(4), 657-670. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.4.657>
- Yalom, I. (2008). *Thérapie existentielle*. Galaade.

La principale mission de l'Ordre des psychologues du Québec est la protection du public.

Pour ce faire, l'Ordre s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques.

CRÉDITS

Rédactrice en chef

Isabelle Marleau

Comité scientifique

D^{rs} Claude Bélanger, Conrad Lecomte, André Renaud, et M^{me} Lynda Brisson, psychologues

Conception graphique

Isabelle Toussaint

Révision linguistique

Tradem

Crédits photos (page 3)

Christine Grou : Martin Girard pour Shoot

Isabelle Marleau : Louis-Étienne Doré

Impression

Numérix

Ce document a été réalisé par la direction des communications de l'Ordre des psychologues du Québec.

