

Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle

Behavioral Activation and Depression: A Contextual Treatment Approach

Isabelle Soucy Chartier, Valérie Blanchet et Martin D. Provencher

Volume 38, numéro 2, automne 2013

Pleine conscience et psychiatrie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1023995ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1023995ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Soucy Chartier, I., Blanchet, V. & Provencher, M. D. (2013). Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 175–194. <https://doi.org/10.7202/1023995ar>

Résumé de l'article

La dépression comptant parmi les troubles psychologiques ayant les plus hauts taux de prévalence dans le monde, il importe de trouver des interventions efficaces et peu coûteuses afin de faciliter l'accès aux services. On observe, depuis une dizaine d'années, un regain d'intérêt pour les interventions comportementales dans le traitement de la dépression. L'activation comportementale, une composante de la thérapie cognitivo-comportementale, a été développée de manière à constituer un traitement à part entière et depuis, les données probantes qui appuient l'efficacité de ce traitement s'accumulent. Cet article résume d'abord les origines du modèle comportemental de la dépression. Il est suivi d'une explication détaillée des différentes étapes impliquées lors d'une intervention d'activation comportementale. Ses appuis empiriques sont par la suite présentés. L'activation comportementale est ensuite discutée dans le cadre de thérapies de troisième vague, abordant le rôle potentiel de la pleine conscience à travers les objectifs d'activation comportementale. Des suggestions sont faites quant à la façon dont les thérapeutes peuvent inclure des activités basées sur la pleine conscience dans la hiérarchie d'activation comportementale. L'article se conclut par une discussion sur les questions qui devraient être abordées dans les recherches futures.

Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle

Isabelle Soucy Chartier^a

Valérie Blanchet^a

Martin D. Provencher^b

RÉSUMÉ La dépression comptant parmi les troubles psychologiques ayant les plus hauts taux de prévalence dans le monde, il importe de trouver des interventions efficaces et peu coûteuses afin de faciliter l'accès aux services. On observe, depuis une dizaine d'années, un regain d'intérêt pour les interventions comportementales dans le traitement de la dépression. L'activation comportementale, une composante de la thérapie cognitivo-comportementale, a été développée de manière à constituer un traitement à part entière et depuis, les données probantes qui appuient l'efficacité de ce traitement s'accumulent. Cet article résume d'abord les origines du modèle comportemental de la dépression. Il est suivi d'une explication détaillée des différentes étapes impliquées lors d'une intervention d'activation comportementale. Ses appuis empiriques sont par la suite présentés. L'activation comportementale est ensuite discutée dans le cadre de thérapies de troisième vague, abordant le rôle potentiel de la pleine conscience à travers les objectifs d'activation comportementale. Des suggestions sont faites quant à la façon dont les thérapeutes peuvent inclure des activités basées sur la pleine conscience dans la hiérarchie d'activation comportementale. L'article se conclut par une discussion sur les questions qui devraient être abordées dans les recherches futures.

MOTS CLÉS dépression, activation comportementale, troisième vague, pleine conscience

a. Doctorantes, École de psychologie, Université Laval.

b. Professeur agrégé, École de psychologie, Université Laval et chercheur régulier, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec.

Behavioral Activation and Depression: A Contextual Treatment Approach

ABSTRACT Depression is a widespread psychological disorder that affects approximately one in five North American. Typical reactions to depression include inactivity, isolation, and rumination. Several treatments and psychological interventions have emerged to address this problematic. Cognitive behavioural therapies have received increasingly large amounts of empirical support. A sub-component of cognitive behavioural therapy, behavioural activation, has been shown to in itself effectively treat symptoms of depression. This intervention involves efforts to re-activate the depressed client by having them engage in pleasant, gratifying, leisure, social, or physical activities, thereby counteracting the tendency to be inactive and to isolate oneself. Clients are guided through the process of establishing a list of potentially rewarding social, leisure, mastery-oriented or physical activities, to then establish a gradual hierarchy of objectives to be accomplished over the span of several weeks. Concrete action plans are devised, and solutions to potential obstacles are elaborated. The client is the asked to execute the targeted objective and to record their mood prior to and following the activity. Behavioural activation effectively reverses the downward spiral to depression. Interestingly, studies show that behavioural activation has a positive effect on cognitive activities. It has been shown to reduce rumination and favour cognitive restructuring, without requiring cognitively-based interventions. The advantage of this treatment is therefore that it is simpler to administer in comparison to full-packaged cognitive behavioural therapies, it requires a lesser number of sessions and can be disseminated in a low-intensity format. This article begins by summarizing the origins of the behavioural model of depression, which serves as a basis to the understanding of behavioural activation. This is followed by a detailed explanation of the different phases involved in a behavioural activation intervention. Empirical support for behavioural activation is then presented in regards to depression as well as comorbid physical and psychological health problems. The results of meta-analyses and randomized controlled trials are presented. Behavioural activation is then discussed within the framework of third-wave therapies, discussing the potential role of mindfulness in behavioural activation objectives. Specifically, it is suggested that mindfulness, although not necessarily directly addressed in behavioural activation interventions, is an integral part of this intervention as clients are asked to record their mood and activities and to become cognizant of the relationship between their symptoms of depression and the participation in activities that provide positive reinforcement. This favours self-awareness and allows clients to realize the impact of their actions on their physical and psychological states. In engaging in self-observation and self-recording, and in participating in a variety of tasks and activities, clients are indirectly encouraged to focus on the here and now rather than to succumb to the depressive tendency that is to ruminate. Suggestions

are made as to how therapists can include mindfulness-based activities in the behavioural activation hierarchy. It is hypothesized that, due to the calming effect of mindfulness practices on the nervous system, incorporating mindfulness-based activities—such as yoga, tai chi, Qi Gong, or meditation—could for some people enhance the efficacy of behavioural activation interventions and foster a greater sense of well-being. The article concludes by discussing issues that should be addressed in future research. It is suggested that future studies on behavioural activation explore the impacts of incorporating mindfulness-based activities in the behavioural activation hierarchy in comparison to a traditional hierarchy limited to the accomplishment of gratifying or mastery-oriented tasks, social outings, leisure activities and physical activity.

KEYWORDS depression, behavioral activation, third-wave therapies, mindfulness

Introduction

Le taux de prévalence des troubles dépressifs atteint des proportions alarmantes : presque un Nord-Américain sur cinq vivra au moins un épisode dépressif au cours de sa vie, la prévalence annuelle étant d'environ 8 % (Andrade *et al.*, 2003 ; Vasiliadis, Lesage, Adair, Wang et Kessler, 2007). Cette prévalence a doublé au cours des vingt dernières années (Compton, Conway, Stinson et Grant, 2006). La dépression explique 62 % à 76 % des cas d'invalidité temporaire au Canada (Dewa, Goering et E., 2000). En fait, la dépression représente la principale cause d'invalidité au Canada et aux États-Unis, se classant devant les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, occasionnant un taux d'invalidité comparable à celui obtenu en combinant tous les types de cancers confondus (World Health Organisation, 2010). En termes de coûts reliés à la santé, la dépression surpasse de nombreuses problématiques de santé physique et de santé mentale. De fait, cette pathologie mène à une hausse des coûts de santé habituels de 70 % (Donohue et Pincus, 2007).

La dépression est une problématique biopsychosociale qui influence toutes les sphères du fonctionnement d'un individu ; les répercussions vont bien au-delà des tourments personnels de ceux qui en souffrent. Les troubles qui en découlent, tels que l'anhédonie, l'insomnie, la rumination et la perte de motivation, influencent négativement l'environnement social, familial et professionnel de ces individus qui se retrouvent dans l'incapacité d'accomplir leurs rôles en société, et qui

deviennent, dans les cas les plus sévères, enclins au suicide (Cassano et Fava, 2002; Rhodes, Bethell et Bondy, 2006). Ce constat alarmant justifie l'importance de développer et d'implanter des interventions rapides et efficaces pour le traitement de la dépression.

Une variété de traitements est maintenant offerte pour faire face aux facteurs biologiques et psychosociaux de la dépression. Le traitement par antidépresseurs est le plus largement utilisé, et ce, pour tous les degrés de sévérité de la maladie (American Psychiatric Association, 2000; 2013). Bien qu'efficaces dans la majorité des cas de dépression sévère et chronique (parfois seuls ou en combinaison avec une psychothérapie), les antidépresseurs ne sont souvent pas plus efficaces qu'un placebo dans les cas de dépression légère à modérée (Fournier *et al.*, 2010). De plus, lorsque le traitement pharmacologique n'est pas offert conjointement à un suivi psychologique (thérapie cognitive), il n'est pas rare d'assister au retour des symptômes dépressifs lorsque la prise d'antidépresseurs est interrompue (Dobson *et al.*, 2008; Hollon *et al.*, 2005). Il importe donc, relativement à cette maladie, d'identifier ou de développer des interventions pouvant aisément être implantées et produire des résultats positifs rapidement.

Étiologie de la dépression

Il ne se dégage aucun consensus sur les causes précises de la dépression et un grand nombre de chercheurs ont exploré une variété d'hypothèses pour expliquer le développement d'un trouble dépressif. La recherche actuelle ne converge pas vers une seule théorie unifiée de la dépression; elle suggère plutôt qu'une grande quantité de mécanismes biologiques, physiologiques, sociaux et psychologiques pourrait interagir et mener à la dépression (Goldstein, Potter, Ciraulo et Shader, 2011). Bon nombre de facteurs personnels et environnementaux agiraient en tant que facteurs de risque et en tant que catalyseurs de la dépression et contribueraient au maintien de celle-ci.

Les perspectives biologiques associent la dépression à un déséquilibre des neurotransmetteurs, se traduisant en un déficit de noradrénaline et de sérotonine (hypothèse des catécholamines) (Alloy, Riskind, et Manos, 2005; Golden et Janowsky, 1990). Plusieurs études suggèrent, par ailleurs, la présence d'une vulnérabilité génétique pouvant expliquer, en partie, la survenue d'un épisode dépressif et le déséquilibre dans la transmission des neurotransmetteurs (Alloy *et al.*, 2005). Certains facteurs neurophysiologiques, tels les rythmes biologiques

(p. ex., rythme circadien), seraient également associés à quelques types de dépression et certaines anomalies hormonales, tel un dérèglement de l'hypothalamus, et produiraient aussi des symptômes dépressifs (Alloy *et al.*, 2005).

À ceci s'ajoutent plusieurs théories psychosociales, telles que la théorie de l'impuissance acquise de Seligman (1975), les théories de l'activation comportementale (AC) reliées à l'évitement et le manque de renforcement positif (Ferster, 1973 ; Lewinsohn, Youngren et Grosscup, 1979), ainsi que les théories cognitives sur les types d'attribution et d'attentes (*expectancy*) envers soi, le monde et le futur (Abramson *et al.*, 2002 ; Beck, 1967). Les multiples théories psychologiques de la dépression proposent un grand nombre de composantes en lien avec la dépression et il n'est pas rare d'observer un chevauchement entre certaines d'entre elles.

Une récente analyse intégrative a permis de trouver 27 théories principales qui sous-tendent la documentation clinique et scientifique sur la dépression ; elle a mené à l'intégration de 99 concepts psychologiques en un seul modèle. Ce modèle regroupe quatre grandes dimensions de facteurs prédisposants en ce qui concerne la dépression (Street, Sheeran et Orbell, 1999). Une première dimension de ce modèle étiologique intégratif présente les concepts du *biais cognitif*. Le *biais cognitif* comprend les facteurs reliés aux théories cognitives tels que le biais envers l'information négative au détriment de l'information positive, les patrons cognitifs négatifs, l'attribution globale ou la sur-généralisation, l'auto-reproche, ainsi que la centration sur soi qui se manifeste par une fréquence élevée de rumination. Une seconde dimension, soit le *renforcement social du soi*, sous-tend un renforcement positif insuffisant pour le développement d'un concept de soi intégré et défini. Il comprend des facteurs tels que des comportements inadéquats menant au manque de renforcement positif (p. ex., poursuite de buts inatteignables, évitement ou absence de comportements positifs, habitudes mal adaptées), un environnement stressant et menaçant, ainsi qu'une vision de soi négative. La troisième dimension représente les *relations sociales* et souligne l'incongruence entre les relations sociales désirées et actuelles de l'individu. Elle comprend également les composantes suivantes : un soutien social perçu comme inadéquat, l'idéalisation des autres, la présence de relations inadaptées ou rompues avec des personnes significatives, l'incapacité à s'ouvrir et interagir librement avec les autres, ainsi que le maintien de fausses perceptions et convictions interpersonnelles (p. ex., fausse croyance

que l'autre devrait être capable de lire nos pensées et deviner nos besoins). Finalement, la quatrième dimension réfère à la *poursuite des buts*, qui implique la poursuite prolongée d'objectifs non réalistes, des standards rigides et trop élevés ainsi que la croyance que le bonheur est conditionnel à certains accomplissements (p. ex., je serai heureuse lorsque je gagnerai le prix Nobel).

Ces quatre dimensions résument l'amalgame de théories existantes sur la dépression; ils présentent un portrait général des facteurs psychosociaux qui contribuent à la dépression selon la documentation: 1) les gens vulnérables à la dépression portent généralement leur attention sur les informations négatives de leur présent, passé et futur; 2) ils vivent de façon prolongée une quantité insuffisante d'expériences plaisantes ou gratifiantes (renforcement positif) et/ou un haut taux de punition; 3) ils perçoivent leur réseau social comme étant inadéquat; et 4) ils se sentent découragés relativement à leur impuissance à accomplir leurs objectifs. Ce portrait de la dépression porte à croire qu'une intervention misant sur l'activation, par l'entremise de la participation à des activités (dont des activités sociales) comprenant une série d'objectifs réalisables selon les ressources et les capacités de l'individu, pourrait avoir pour effet d'augmenter la quantité d'expériences satisfaisantes, de diminuer le temps investi dans la rumination, d'accroître le réseau social de l'individu ainsi que d'améliorer son sentiment d'efficacité. Une telle intervention s'accorde avec les théories qui soutiennent les thérapies existantes d'AC.

Activation comportementale

Dans la recherche sur les interventions psychologiques pour le traitement de la dépression, ce sont les thérapies cognitive (TC) et cognitivo-comportementale (TCC) qui ont été les plus largement étudiées et qui ont longtemps été des thérapies de choix adoptées par les psychologues cliniciens pour traiter la dépression. La TC vise principalement la restructuration des pensées, des croyances ainsi que des distorsions négatives et automatiques. La TCC met davantage l'accent sur une composante comportementale complémentaire à la TC. La TCC consiste en la réactivation du patient par la participation à des activités gratifiantes, en la modification des pensées ainsi qu'en la résolution de problèmes. La composante comportementale est utilisée en début de traitement et particulièrement avec les personnes souffrant de dépression sévère. Cette approche a reçu un large appui empirique (Chambless

et Ollendick, 2001; DeRubeis *et al.*, 2005; Hollon *et al.*, 2005; Roth et Fonagy, 2004). Les résultats révèlent que la TCC serait aussi efficace que les antidépresseurs pour remédier à de nombreux troubles psychologiques (DeRubeis, Gelfand, Tang et Simons, 1999) et que, contrairement à la pharmacothérapie, elle aurait un effet à long terme sur le maintien des acquis et la prévention de la rechute (Hollon, Thase et Markowitz, 2002).

En ce qui concerne le traitement de la dépression, les résultats d'une étude menée par Jacobson et ses collègues (1996) suggèrent qu'une sous-composante de la TCC, soit l'AC, serait à elle seule aussi efficace que l'ensemble du traitement TCC. Les chercheurs ont évalué chez 150 participants dépressifs l'impact des diverses composantes de la TCC. L'une des composantes est l'AC, impliquant une mesure quotidienne d'activités et de plaisir lors de la participation à ces activités, l'établissement d'une hiérarchie d'objectifs, des jeux de rôle et l'apprentissage d'habiletés sociales. Une seconde condition à l'étude ajoute à l'AC une composante cognitive, soit la modification de pensées automatiques par un monitoring et par l'exploration des changements d'humeur et des pensées attribuables aux émotions, pour ensuite procéder à la restructuration cognitive. La troisième condition ajoute l'exercice d'identification des croyances, l'exploration de croyances alternatives et l'exploration des avantages et désavantages de certaines croyances. Selon les résultats de l'étude, cette dernière condition, plus complexe et exhaustive de nature, ne serait pas plus efficace que les deux autres conditions. En fait, aucune différence significative ne fut détectée entre les conditions à l'étude, suggérant que les trois seraient aussi efficaces et donc que l'AC seule serait aussi efficace pour traiter la dépression que lorsqu'on y ajoute d'autres composantes cognitives. Un suivi longitudinal deux ans plus tard a démontré que les gains avaient été maintenus dans les trois conditions, et ce, d'ampleur égale, peu importe la thérapie reçue (Gortner, Gollan, Dobson et Jacobson, 1998). De façon surprenante, la thérapie d'AC s'est avérée aussi efficace pour modifier les pensées négatives que la thérapie y ajoutant des composantes cognitives même si celles-ci n'ont pas été directement abordées en thérapie (Jacobson *et al.*, 1996).

Dans une perspective de dissémination des traitements fondés sur les données probantes, ces résultats sont très intéressants. En effet, une intervention d'AC est possiblement plus rapide et plus simple à implanter que la majorité des traitements et psychothérapies pour la dépression (Dimidjian *et al.*, 2006; Spates, Pagoto et Kalata, 2006).

Cette hypothèse a récemment été évaluée dans une étude contrôlée et randomisée (Ekers, Dawson et Bailey, 2013) dans laquelle l'AC a été administrée par des infirmières en santé mentale mais sans formation préalable en psychothérapie. Les résultats démontrent, d'une part, que les infirmières ont jugé la formation utile et appropriée au regard de leurs fonctions. D'autre part, les résultats révèlent que l'intervention menée par des infirmières ayant suivi une formation de cinq jours a entraîné une amélioration équivalente à celle observée lorsque le traitement est offert par des professionnels spécialisés d'expérience.

Le traitement de la dépression par l'activation comportementale

Concrètement, l'AC vise à contrer l'inactivité, l'absence de renforcement et la présence d'états aversifs chez les individus dépressifs. Cette thérapie cherche à remplacer les stratégies d'évitement par des stratégies de gestion des difficultés plus bénéfiques; elle propose que l'augmentation de la participation à des activités sociales et personnelles plaisantes engendre une amplification du niveau d'affects positifs. Une telle augmentation des contingences possibles de renforcement et des affects positifs serait suffisante pour réduire les symptômes de la dépression et augmenter les affects positifs subséquents (Jacobson, Martell, et Dimidjian, 2001).

Certaines études ont démontré que les gens dépressifs participent à moins d'activités plaisantes que les non-dépressifs. De plus, la variété des activités à laquelle l'individu dépressif s'engage est plus restreinte que les non-dépressifs (Lewinsohn et Graf, 1973). La conceptualisation actuelle de l'AC a toutefois évolué depuis le modèle proposé par Lewinsohn; elle repose maintenant davantage sur l'analyse fonctionnelle des contingences du renforcement pour une personne spécifique, sans assumer que les activités plaisantes ont nécessairement un effet renforçateur chez cette personne. Cette distinction entre la forme et la fonction d'un comportement positionne l'approche actuelle de l'AC davantage dans la tradition d'analyse comportementale et les approches de troisième vague en TCC plutôt que dans la tradition de la thérapie comportementale (voir autres articles de ce numéro spécial).

En fait, selon la théorie qui sous-tend l'AC, la diminution ou un niveau constamment bas de la fréquence des contingences de renforcements positifs disponible mènerait à l'extinction de comportements adaptatifs sains, conduisant ainsi à la passivité, à la perte d'intérêt et à l'humeur dépressive. Une fois que les symptômes dépressifs sont pré-

sents chez un individu, la manière inadaptée avec laquelle il réagira à son environnement (c.-à-d. par l'évitement) fait en sorte que l'individu prévient les opportunités de vivre des expériences satisfaisantes ce qui, en retour, exacerbe les symptômes. L'objectif de l'AC pour le traitement de la dépression est de déterminer les circonstances de vie qui ont précipité la dépression, de déterminer les mécanismes d'adaptation qui maintiennent les symptômes et finalement de développer un plan d'intervention visant à l'amélioration des stratégies d'adaptation et favorisant l'accès à davantage de renforcements positifs (Martell, Addis et Jacobson, 2001).

Les phases d'une intervention d'activation comportementale

Le traitement s'organise selon trois composantes principales: (1) le développement de l'alliance thérapeutique ainsi que la présentation du modèle de la dépression et du cercle vicieux de l'évitement; (2) l'analyse fonctionnelle et la planification d'objectifs à court et long terme; (3) la consolidation des acquis et la prévention de la rechute (Jacobson *et al.*, 2001). Bien que Jacobson *et al.* en 1996 aient administré une intervention d'AC de 20 séances, Addis et Martell (2004) ne fixent pas un nombre de rencontres, mais spécifient qu'il s'agit d'une intervention brève.

Une première phase d'une intervention d'AC est donc d'évaluer les comportements et le style de vie actuel du patient afin de relever des faiblesses dans les habitudes quotidiennes du patient (hygiène, alimentation, durée de sommeil, heure du coucher, heure du lever, etc.) afin d'observer le degré d'inactivité, de cerner les comportements de retrait et d'évitement ainsi que pour évaluer les liens entre l'humeur et les activités quotidiennes. Cette phase s'effectue généralement à l'aide d'une grille d'auto-observation des activités quotidiennes (à l'heure ou à la demi-heure près); elle est remplie par le patient durant la semaine. L'analyse fonctionnelle est réalisée à partir de ces données. La grille permet l'observation détaillée des comportements et des activités, de leur impact à court et à plus long terme ainsi que de leurs effets sur l'humeur (Blais et Boisvert, 2010). Elle permet ainsi de remarquer comment les activités, les contextes et l'humeur de la personne sont interreliés (Martell *et al.*, 2001). Cela permet au client de prendre conscience des impacts de ses habitudes et comportements sur son humeur et son niveau d'énergie, en plus de personnaliser les interventions qui s'ensuivent (Martell, Dimidjian et Herman-Dunn, 2010).

En deuxième lieu, le client et le thérapeute adoptent une approche orientée vers les buts visant à considérer les perturbations dans ses habitudes quotidiennes et son style de vie, à contrer les comportements d'évitement et à réinstaurer des activités agréables et gratifiantes dans son quotidien. En fait, l'AC vise à ce que la personne parvienne à se réengager dans sa vie en modifiant son environnement de manière à ce qu'elle fasse davantage l'expérience de renforcements positifs (Blais et Boisvert, 2010). Un plan de traitement individualisé est par la suite élaboré selon la conceptualisation des difficultés de l'individu. Ce plan regroupe des activités et des objectifs établis en fonction des facteurs présumés ayant précipité la dépression et qui maintiennent les symptômes dans le temps (Hopko, Lejuez, Ruggiero et Eifert, 2003; Martell *et al.*, 2010). Plusieurs étapes d'un processus orienté vers les buts – tels la planification, les progrès et l'accomplissement des buts – peuvent engendrer des sentiments de maîtrise, d'auto-efficacité et de satisfaction qui pourraient expliquer l'amélioration de l'humeur dépressive. Ainsi, selon l'analyse fonctionnelle réalisée et les intérêts du patient, le thérapeute, en collaboration avec ce dernier, établit une hiérarchie d'objectifs qui augmentent graduellement en difficulté, dans laquelle le client choisit des tâches ou des activités qui pourraient être enrichissantes, gratifiantes ou agréables. Ces objectifs peuvent concerner des modifications à apporter au mode de vie, des loisirs à introduire dans la semaine, l'accroissement du nombre d'activités sociales, l'accomplissement de tâches ou l'augmentation de l'activité physique. Le thérapeute aide le client à prévoir les obstacles potentiels, à trouver des solutions et à ensuite gérer les obstacles ayant entravé la réalisation des objectifs préalablement établis pour la semaine, le cas échéant. Le client est encouragé, tout au long de l'intervention et chaque semaine, à auto-enregistrer les activités accomplies, ainsi qu'à évaluer son niveau d'humeur, avant, pendant et après l'activité afin d'observer l'impact des différentes activités sur l'humeur et les symptômes (Martell *et al.*, 2010).

Efficacité de l'activation comportementale

L'efficacité de l'AC pour le traitement de la dépression est appuyée par les résultats de plusieurs études (Cullen, Spates et Pagoto, 2006; Dimidjian *et al.*, 2006; Dobson *et al.*, 2008; Gortner *et al.*, 1998; Hopko *et al.*, 2003; Jacobson *et al.*, 1996). Les résultats les plus convaincants proviennent de deux études randomisées évaluant l'AC, la TC, la phar-

macothérapie (paroxétine) et une condition placebo (Dimidjian *et al.*, 2006; Dobson *et al.*, 2008). Dimidjian *et al.* (2006) ont regroupé un échantillon de 241 participants dépressifs répartis aléatoirement selon l'une de ces quatre conditions. La thérapie d'AC incluait des composantes similaires à celle de Jacobson et collègues (1996) en y ajoutant toutefois un travail visant à contrer la rumination et les comportements d'évitement, ainsi qu'à établir des habitudes régulières. La TC s'appuyait sur l'approche de Beck en mettant l'accent sur les comportements dysfonctionnels, les pensées négatives et les distorsions cognitives. Les résultats de l'étude ont démontré que, pour les participants souffrant de dépression sévère, l'AC était aussi efficace que les antidépresseurs et plus efficace que la TC. En ce qui concerne les symptômes dépressifs moins sévères, les trois traitements se sont avérés d'efficacité comparable (Dimidjian *et al.*, 2006). L'AC aurait également des effets à long terme similaires à ceux de la TC et de la médication continue, ainsi qu'une meilleure efficacité à long terme que lorsque la médication est retirée. Comme la TC, l'AC s'avère une alternative moins coûteuse que la médication pour le traitement de la dépression (Dobson *et al.*, 2008).

Les résultats d'une récente méta-analyse (Mazzucchelli, Kane et Rees, 2009), regroupant 34 études, démontrent que l'AC est tout aussi efficace que la TC et la TCC, même 24 mois après la fin de l'intervention. Dans le cas des participants présentant des symptômes sévères, l'AC obtient une taille d'effet élevée de .78 par rapport aux conditions contrôles (liste d'attente dans 15 études, *traitement habituel/treatment as usual* dans 1 étude). Pour leur part, Ekers, Richards et Gilbody (2008) ont inclus 17 études randomisées et contrôlées dans leur méta-analyse pour conclure que les interventions d'AC sont significativement supérieures aux groupes contrôles, à la psychothérapie brève, à la thérapie de soutien et comparables en efficacité à la TCC. Finalement, une méta-analyse révèle que l'AC est comparable à l'efficacité d'autres psychothérapies pour le traitement de la dépression légère à modérée, y compris la TCC (Cuijpers, van Straten, Andersson et van Oppen, 2008). Dans une autre méta-analyse comportant 16 études comparant l'AC à d'autres formes courantes de psychothérapie, Cuijpers, van Straten et Warmerdam (2007) révèlent les conclusions suivantes : a) la taille de l'effet commun de l'AC est de ,87 par rapport aux groupes contrôles ; b) l'AC est aussi efficace que la TC ; c) l'AC est légèrement supérieure à d'autres interventions, mais pas de manière significative. À la suite de ces résultats probants, l'AC a été reconnue comme un

traitement validé empiriquement pour la dépression; elle est recommandée par le National Institute for Health and Clinical Excellence (2009).

De plus, une récente méta-analyse (Barth *et al.*, 2013) regroupant 198 études compare l'efficacité de sept interventions pour le traitement de la dépression (TCC, AC, thérapie interpersonnelle IPT, thérapie de résolution de problème, thérapie psychodynamique, *entraînement* aux habiletés sociales et thérapie de soutien/*supportive counselling*). Les résultats indiquent que les sept interventions ont une efficacité comparable dans la réduction des symptômes dépressifs et entraînent des effets modérés à importants comparativement à la condition liste d'attente (à l'exception de l'IPT qui obtient une efficacité significativement supérieure à celle de la thérapie de soutien/*supportive counselling*). Toutefois, les analyses restreintes aux études plus rigoureuses de taille moyenne ou plus vaste (au moins 50 participants par traitement) révèlent une efficacité supérieure et significative de la TCC, de l'IPT et de la thérapie de résolution de problème, mais pas pour les autres interventions. Les auteurs concluent que les sept thérapies ont une efficacité équivalente pour le traitement de la dépression, mais que les traitements dont les appuis empiriques sont actuellement moindres doivent être soumis à davantage d'études rigoureuses menées sur de larges échantillons.

L'activation comportementale et la pleine conscience

La pleine conscience, inspirée de traditions bouddhistes, réfère au principe de régulation de l'attention afin qu'elle soit centrée sur l'expérience du moment présent et sur l'observation des processus et des états mentaux tels que les sensations, les pensées, les motivations, et les émotions qui émergent. Elle implique d'observer ces manifestations avec détachement, curiosité et acceptation, simplement dans le but de prendre conscience de patrons cognitifs et comportementaux en jeu dans l'instant présent (Bishop *et al.*, 2004; Kabat-Zinn, 2003; Thera, 1962). Diverses techniques favorisant la pleine conscience sont intégrées dans le courant en émergence qu'est la troisième vague en TCC; celles-ci se voient incorporées dans diverses interventions pour le traitement de la dépression et de l'anxiété.

Bien que, traditionnellement, les objectifs d'AC ne ciblent pas directement la pleine conscience, un aspect inhérent de l'AC implique l'acceptation et la pleine conscience d'expériences psychologiques qui

résultent des activités prescrites (Martell et Kanter, 2011). Les clients dépressifs sont invités à se concentrer sur l'ici-et-maintenant plutôt que de perpétuer la tendance à ruminer le passé (Blais et Boisvert, 2010). Il est reconnu que les gens souffrant de symptômes dépressifs ont une forte propension à la rumination et à l'auto-culpabilité, deux activités cognitives orientées vers le passé. Ils ont également tendance à entrevoir un futur démuné d'espoir ou, parfois, à anticiper des conséquences négatives, ce qui les projette alors dans le futur plutôt que dans l'instant présent (Lyubomirsky et Nolen-Hoeksema, 1993; Mor et Winqvist, 2002; Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz et van Os, 2008). La pleine conscience d'activités d'AC peut ainsi permettre aux individus dépressifs de rediriger leur attention vers le présent, interrompant ainsi ces patrons cognitifs qui maintiennent les symptômes.

L'observation et l'auto-enregistrement des impacts émotionnels, cognitifs, motivationnels et comportementaux des activités effectuées mobilisent l'attention vers une activité métacognitive qui s'apparente grandement aux principes de la pleine conscience (Martell et Kanter, 2011). De plus, certaines activités produisent chez l'individu un état d'absorption dans lequel il se sent particulièrement engagé (Martell et Kanter, 2011). Dans cet état, l'attention est particulièrement centrée sur la tâche en exécution, telle qu'elle l'est dans tout exercice axé sur la pleine conscience. Compte tenu du soutien empirique grandissant en matière de techniques axées sur la pleine conscience, il semble ainsi pertinent de suggérer l'intégration de pratiques favorisant la pleine conscience lors de l'établissement de la hiérarchie d'activation. Elles peuvent permettre aux individus dépressifs de développer une meilleure introspection, une plus grande régulation émotionnelle et conscience de leurs ressources, tout en réduisant l'intensité de certains symptômes grâce à la restauration de l'équilibre entre les fonctions du système nerveux (Kabat-Zinn, 2003; Segal, Williams et Teasdale, 2013). De plus, il est possible que les bienfaits obtenus des traitements axés sur la pleine conscience s'additionnent à ceux obtenus grâce à l'AC. Un nombre croissant d'études empiriques appuient l'efficacité d'activités physiques comprenant une composante de pleine conscience pour réduire les symptômes dépressifs et améliorer le bien-être, telles que le tai-chi, le qigong, le yoga, et l'activité physique accompagnée de méditation (Chou *et al.*, 2004; Janakiramaiah *et al.*, 2000; Rohini, Pandey, Janakiramaiah, Gangadhar et Vedamurthachar, 2000; Sharma, Das, Mondal, Goswampi, et Gandhi, 2005; Tsang, Fung, Chan, Lee et Chan, 2006; Tsang, Mok, Yeung et Chan, 2003). Une hiérarchie d'AC

s'intégrant dans le courant des thérapies cognitivo-comportementales de la troisième vague pourrait ainsi incorporer des pratiques de relaxation guidée, de méditation, de tai-chi ou de yoga.

Conclusion

L'activation comportementale est démontrée comme étant une intervention efficace pour le traitement de la dépression et possède des propriétés thérapeutiques pouvant s'intégrer dans le courant de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. En dépit de l'ampleur des ravages de la dépression, force est de constater qu'un grand nombre de personnes souffrant de ce trouble ne parviennent pas à obtenir des services adéquats. Bien que les interventions actuellement offertes en première et deuxième lignes soient efficaces, les délais d'attente avant de recevoir un traitement sont généralement longs dans le réseau public et ces services peuvent être difficiles d'accès pour les individus en région éloignée. Parmi les facteurs contribuant à cet important problème de notre service de santé, la pénurie de traitements à la fois efficaces et simples à implanter en milieu clinique est un élément majeur et largement reconnu. Dans ce contexte, il est essentiel de considérer le potentiel de l'AC, un traitement parcimonieux qui s'appuie sur des données probantes solides. Il demeure toutefois nécessaire de conduire des études supplémentaires et à plus grande échelle sur l'AC en tant qu'intervention autonome pour le traitement des troubles concomitants, leurs résultats étant actuellement limités. En outre, il est suggéré de développer un protocole propre à l'AC pouvant être validé et utilisé dans les études d'efficacité afin de faciliter la comparaison et d'assurer l'intégrité de l'intervention. Malgré tout, l'AC est au moins comparable en efficacité aux psychothérapies traditionnelles (TC, TCC, IPT), thérapie de résolution de problème, thérapie psychodynamique, *entraînement* aux habiletés sociales et thérapie de soutien/*supportive counselling*). Cette intervention est relativement plus facile à administrer comparativement aux autres interventions psychothérapeutiques (Dimidjian *et al.*, 2006; Spates *et al.*, 2006), ce qui peut être favorable à une plus grande diffusion et accessibilité des soins psychologiques auprès de la population. De plus, les interventions orientées vers la pleine conscience accumulent un nombre croissant de données probantes, et il apparaît donc pertinent de proposer l'inclusion de techniques favorisant la pleine conscience lors de la formulation d'objectifs d'activation comportementale. La pleine conscience permet-

trait ainsi aux personnes souffrant de dépression de développer une meilleure introspection, une plus grande régulation émotionnelle et conscience de leurs ressources, ainsi qu'une diminution de l'intensité de certains symptômes.

En terminant, l'AC est une intervention efficace, simple et relativement brève pour le traitement de la dépression majeure (Lejuez, Hopko et Hopko, 2001). Certaines études suggèrent qu'elle serait même efficace pour des individus dépressifs résistant à la TC (Bottonari, Roberts, Thomas et Read, 2008 ; Coffman, Martell, Dimidjian, Gallop et Hollon, 2007). Elle peut ainsi être une intervention de première ligne à laquelle donner priorité dans le but de disséminer des traitements psychothérapeutiques efficaces à une grande proportion de la population. L'AC est présentement disséminée sous différentes formes, entre autres la thérapie de groupe, la thérapie individuelle, la thérapie par voie informatique (internet, programmes par ordinateur), ainsi que la bibliothèque. Par contre, l'AC ne peut être considérée comme étant une panacée et elle ne remplace pas les autres formes d'interventions efficaces pour la dépression. De plus, bien qu'elle apparaisse simple, plusieurs étapes de l'intervention exigent d'être précis, prévoyants et requièrent une bonne connaissance des mécanismes en jeu afin de prévenir les obstacles et favoriser la progression et l'adhérence de l'individu. Une formation adéquate des intervenants et de la supervision continue est fortement recommandée. L'AC est une intervention particulièrement efficace dans le traitement de la dépression sévère lorsque bien dispensée, mais qu'il faut utiliser avec prudence avec les troubles où une suractivation peut être contre-indiquée, comme dans le cas du trouble bipolaire et du trouble de la personnalité limite.

RÉFÉRENCES

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G. et Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability stress models of depression in a self-regulatory and psychobiological context. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 268-294). New York: Guilford.
- Alloy, L. B., Riskind, J. H. et Manos, M. J. (2005). *Abnormal psychology: Current perspectives* (9^e éd.). New York: McGraw Hill.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e éd., rev). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Keller, M. *et al.* (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21. doi: 10.1002/mpr.138
- Armento, M. E. et Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 8, 25-37. doi: 10.1177/15344650108327474
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. *et al.* (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241. doi: 10.1093/clipsy/bph077
- Blais, M.-C. et Boisvert, J.-M. (2010). La thérapie d'activation comportementale: une avancée importante dans le traitement de la dépression. *Revue québécoise de psychologie*, 31, 127-144.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N. et Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 376-386. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.005>
- Cassano, P. et Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00304-5
- Chambless, D. L. et Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chou, K. L., Lee, P. W. H., Yu, E. C. S., Macfarlane, D., Cheng, Y. H., Chan, S. S. C. *et al.* (2004). Effect of tai chi on depressive symptoms amongst Chinese older patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 1105-1107. doi: 10.1002/gps.1178
- Coffman, S. J., Martell, C. R., Dimidjian, S., Gallop, R. et Hollon, S. D. (2007). Extreme nonresponse in cognitive therapy: Can behavioral activation succeed where cognitive therapy fails? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 531-541. doi: 10.1037/0022-006X.75.4.531
- Compton, W., Conway, K., Stinson, F. et Grant, B. (2006). Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2141-2147. doi: 10.1176/appi.ajp.163.12.2141
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. et van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922. doi: 10.1037/a0013075

- Cuijpers, P., van Straten, A. et Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Cullen, J., Spates, C. et Pagoto, S. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *The Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. et Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Meta-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1007-1023.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., Shelton, R., Young, P. R., Salomon, R. M. *et al.* (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Dewa, C., Goering, P. et Lin, E. (2000). Bridging the worlds of academia and business: Exploring the burden of mental illness in the workplace. *The Economics of Neuroscience*, 2, 47-49.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. *et al.* (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670. doi: 10.1037/0022-006X.74.4.658
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J. *et al.* (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.468
- Donohue, J. M. et Pincus, H. A. (2007). Reducing the societal burden of depression: a review of economic costs, quality of care and effects of treatment. *Pharmacoeconomics*, 25, 7-24.
- Ekers, D., Dawson, M. et Bailey, L. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 186-192.
- Ekers, D., Richards, D. et Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38, 611-623. doi: 10.1017/S0033291707001614
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. doi: 10.1037/h0035605
- Fournier, J., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J., Shelton, R. *et al.* (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 303, 47-53. doi: 10.1001/jama.2009.1943

- Golden, R. N. et Janowsky, D. S. (1990). Biological theories of depression. Dans Wolman, B. B. et Stricker, G. (dir.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods* (p. 3-21). Oxford, Angleterre: John Wiley et Sons.
- Goldstein, D. J., Potter, W. Z., Ciraulo, D. A. et Shader, R. I. (2011). Biological theories of depression and implications for current and new treatments. Dans Ciraulo, D. A. et Shader, R. I. (dir.), *Pharmacotherapy of depression* (p. 1-32). New York: Human Press.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. et Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384. doi: 10.1037/0022-006X.66.2.377
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R., Amsterdam, J., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P. et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.417
- Hollon, S. D., Thase, M. E. et Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 1-39. doi: 10.1111/1529-1006.00008
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W. et Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3, 37-48. doi: 10.1177/1534650103258969
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J. et Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717. doi: 10.1016/S0272-7358(03)00070-9
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.295
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. et Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270. doi: 10.1093/clipsy/8.3.255
- Janakiramaiah, N., Gangadhar, B. N., Murthy, P. J. N. V., Harish, M. G., Subbakrishna, D. K. et Vedamurthachar, A. (2000). Antidepressant efficacy of sudarshan kriya yoga (SKY) in melancholia: A randomized comparison with electroconvulsive therapy (ECT) and imipramine. *Journal of Affective Disorders*, 57, 255-259. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00079-8
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. doi: 10.1093/clipsy/bpg016
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. et Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-709. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. et Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lewinsohn, P. M. et Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268. doi: 10.1037/h0035142
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A. et Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression. Dans R. A. Depine (dir.), *Implications for the Effects of Stress*. New York: Academic.
- Lyubomirsky, S. et Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 239-349. doi: 10.1037/0022-3514.65.2.339
- Martell, C. R., Addis, M. E. et Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York, WW Norton & Co.
- Martell, C. R., Dimidjian, S. et Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Martell, C. R. et Kanter, J. (2011). Behavioral activation in the context of « third » wave therapies. Dans J. D. Herbert et E. M. Forman (dir.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (p. 193-209). New Jersey, John Wiley & Sons, inc.
- Mazzucchelli, T., Kane, R. et Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383-411. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
- Mor, N. et Winqvist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128, 638-662. doi: 10.1037/0033-2909.128.4.638
- Mulick, P. S. et Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice* 11, 378-387. doi: 10.1016/S1077-7229(04)80054-3
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Pagoto, S., Bodenlos, J. S., Schneider, K. L., Olendzki, B. et Spates, C. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Training*, 45, 410-415. doi: 10.1037/a0013313
- Rhodes, A. E., Bethell, J. et Bondy, S. J. (2006). La suicidabilité, la dépression et l'utilisation des services de santé mentale au Canada. *Revue canadienne de psychiatrie*, 51, 35-41.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A. et van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1283-1289. doi: 10.1016/j.brat.2008.10.002

- Rohini, V., Pandey, R. S., Janakiramaiah, N., Gangadhar, B. N. et Vedamurthachar, A. (2000). A comparative study of full and partial sudarshan kriya yoga (SKY) in major depressive disorder. *NIMHANS Journal*, 18, 53-57.
- Roth, A. D. et Fonagy, P. (2004). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (2^e éd.). New York: Guilford.
- Segal, Z., Williams, M. G. et Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression* (2^e éd.). New York: Guilford.
- Seligman, M. E. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. Oxford, Angleterre: WH Freeman.
- Sharma, V. K., Das, S., Mondal, S., Goswami, U. et Gandhi, A. (2005). Effect of Sahaj yoga on depressive disorders. *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 49, 462-468.
- Spates, R. C., Pagoto, S. et Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst*, 7, 508-518.
- Street, H., Sheeran, P., et Orbell, S. (1999). Conceptualizing depression: An integration of 27 theories. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6, 175-193. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199907)6:3<175::AID-CPP200>3.0.CO;2-Q
- Thera, N. (1962). *The heart of Buddhist meditation*. New York: Weiser.
- Tsang, H. W. H., Fung, K. M. T., Chan, A. S. M., Lee, G. et Chan, F. (2006). Effect of a qigong exercise programme on elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 890-897.
- Tsang, H. W. H., Mok, C. K., Yeung, Y. T. A. et Chan, S. Y. C. (2003). The effect of qigong on general and psychosocial health of elderly with chronic physical illnesses: A randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 441-449.
- Vasiliadis, H., Lesage, A., Adair, C., Wang, P. S. et Kessler, R. C. (2007). Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? *Psychiatric Services*, 58, 63-71. doi: 10.1176/appi.ps.58.1.63
- Wagner, A. W., Zatzick, D. F., Ghesquiere, A. et Jurkovich, G. J. (2007). Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 341-349. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.05.002
- World Health Organisation (2010). *Mental Health: Depression*. Retrieved Mar 12, 2010 from www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/