



Intervention psychothérapeutique brève (activation comportementale) pour le traitement de la dépression d'intensité légère à modérée en soins primaires : proposition d'un guide pour la pratique clinique

Pierre-Yves Sarron¹, Joëlle Palma¹, Mathieu Lemaire^{1,2}, Vincent Camus^{1,2}, Wissam ElHage^{1,2}

Disponible sur internet le :

1. CHRU de Tours, clinique psychiatrique universitaire, centre expert dépression résistante, FondaMental, 12-26, rue du Coq, 37540 Saint-Cyr-sur-Loire, France
2. UMR 1253, iBrain, INSERM, Université de Tours, 37000 Tours, France

Correspondance :

Pierre-Yves Sarron, Clinique Psychiatrique Universitaire, CHU de Tours, boulevard Tonnelle, 37044 Tours cedex 9, France.
pyvesarron@gmail.com

L'épisode dépressif caractérisé (EDC)

La dépression est un pathologie fréquente, qui diffère des réactions émotionnelles passagères que chacun peut rencontrer face aux difficultés du quotidien. Ce trouble psychiatrique se manifeste par une souffrance morale dont témoignent une tristesse de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, une perte d'envie et du plaisir, une perte d'intérêt, des difficultés cognitives et instinctuelles (trouble du sommeil, trouble de l'appétit). L'évolution du trouble est possiblement fatale essentiellement en raison du risque suicidaire élevé [1]. Ces différents symptômes sont durables (supérieurs à 15 jours) et marquent une rupture avec le fonctionnement habituel du sujet. Ainsi la répercussion fonctionnelle du trouble va s'observer dans les différents domaines de vie et les patients déprimés présentent

pour la grande majorité des difficultés sur le plan personnel, social et professionnel [2].

Prise en charge en soins primaires : recommandations et réalité pratique

La prise en charge de la dépression a pour objectif une régression et une disparition des symptômes dépressifs tout en assurant un rétablissement de l'autonomie du patient [3]. Cette prise en charge doit être intégrative, se baser sur une aide psychothérapeutique et/ou pharmacologique tout en prenant en compte les caractéristiques psychologiques, émotionnelles, culturelles, somatiques (maladie chronique associée, douleurs), sociales, familiales, économiques ainsi que le mode de vie du patient. Suivant les recommandations nationales [3] et

internationales [4,5] il existe plusieurs stratégies efficaces pour la prise en charge d'un EDC. Parmi ces stratégies les recommandations professionnelles distinguent les traitements pharmacologiques (antidépresseurs) et non pharmacologiques (psychothérapies) qui peuvent être utilisés seuls ou en association, en fonction de la sévérité de la dépression (figure 1). Rappelons cependant que dans la pratique, la majorité des sujets souffrant de troubles dépressifs ne bénéficie pas d'une prise en charge adaptée. Ce défaut de prise en charge serait lié à un recours insuffisant des patients déprimés au système de soins, du fait que l'EDC soit sous-diagnostiqué par les médecins et enfin en raison d'un recours insuffisant ou inadapté aux traitements pharmacologiques des troubles dépressifs [6]. En effet, pour ce qui est des traitements pharmacologiques moins de 10 % des patients déprimés reçoivent un traitement adapté, un antidépresseur à dose efficace et sur une durée suffisante [7]. Ce chiffre alarme d'autant plus qu'il est aujourd'hui démontré une corrélation inverse entre les taux de prescription d'antidépresseurs et le taux de suicide [8] et que la durée moyenne de dépression non traitée constitue un facteur pronostique important de la réponse et de la rémission [9,10]. Concernant les traitements non pharmacologiques le recours à la psychothérapie en soins primaire reste minoritaire alors même que les médecins généralistes les perçoivent comme efficaces [11]. En France, les enquêtes sur la prise en charge de

la dépression en soins primaires [11-13] montrent que les médecins généralistes privilégient le choix d'un traitement pharmacologique en première intention même dans pour les des dépressions d'intensité légère à modérée. Ces travaux interrogent sur le recours très minoritaire aux approches psychothérapeutiques alors même que les médecins généralistes les perçoivent comme efficaces [8]. Bien que les interventions psychothérapeutiques soient recommandées et plébiscitées, il existe plusieurs obstacles à leur mise en pratique en soins primaires. Parmi ces obstacles citons le manque de formation des médecins généralistes aux techniques de psychothérapie brève ; le manque de moyens à la disposition du médecin généraliste pour pratiquer ces psychothérapies brèves (manque de temps, absence de valorisation de la consultation en santé mentale, etc.), un manque de coordination avec les intervenants spécialisés en santé mentale (psychiatres et psychologues) qui ont un délai de consultation souvent trop élevé, et enfin la difficulté à mettre en œuvre la supervision qui devrait accompagner toute pratique psychothérapeutique [14]. Ainsi le médecin généraliste peut se retrouver dans une situation inconfortable face à un patient pouvant bénéficier et demandeur d'une prise en charge psychothérapeutique. Il ne peut lui délivrer lui-même le traitement en l'absence d'une formation spécifique, et il ne peut adresser le patient directement à un psychiatre ou psychologue qualifié en raison de difficultés

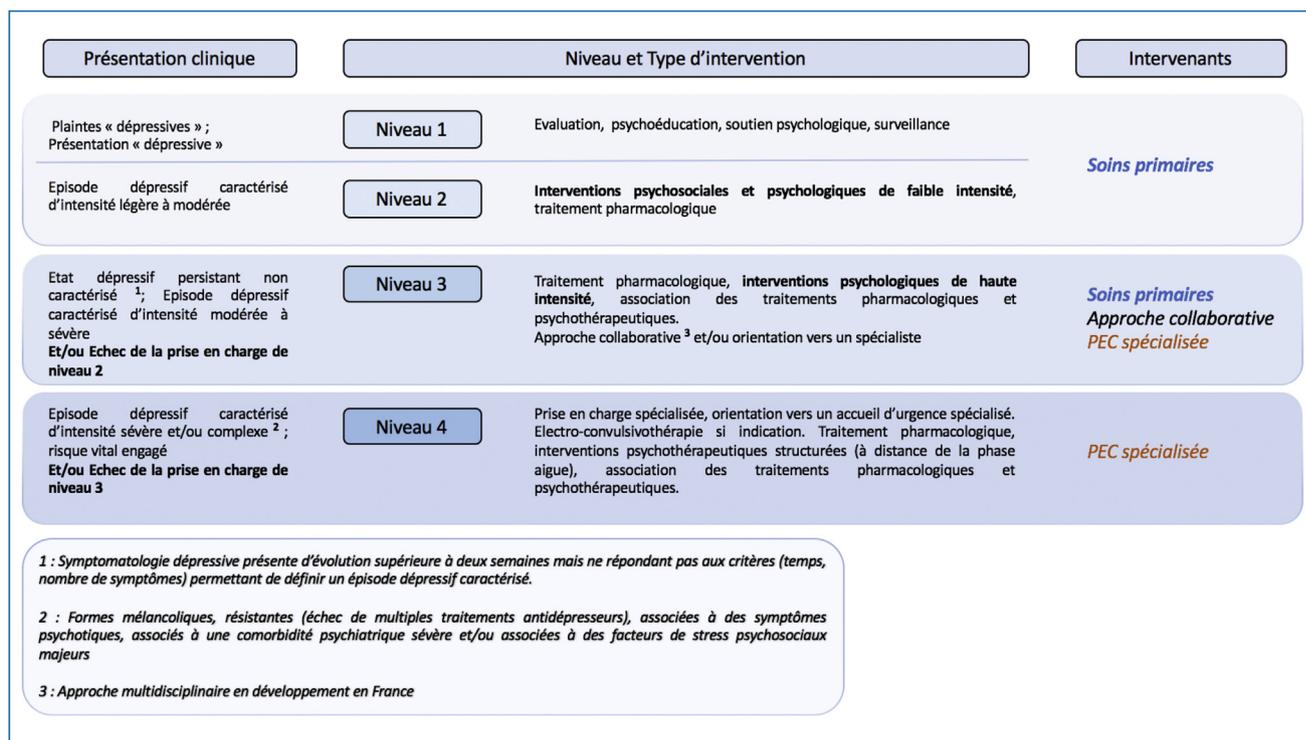


FIGURE 1
Recommandations pour la prise en charge de la dépression

d'accès à un rendez-vous, pour une pathologie considérée comme non suffisamment sévère [15]. Ces raisons pratiques plus que théoriques vont naturellement orienter le choix de la majorité des médecins généralistes vers une stratégie thérapeutique d'efficacité égale : la prescription d'un traitement antidépresseur.

Partant de ces observations notre travail a pour objectif de favoriser la diffusion d'une méthode d'intervention psychothérapeutique brève applicable en soins primaires.

Comment intégrer les interventions psychothérapeutiques brèves en soins primaires ? L'exemple anglais des collaborative care

Les difficultés de mise en pratique des interventions psychothérapeutiques en soins primaires ont déjà fait l'objet d'interrogations et d'études anglo-saxonnes. Ces travaux ainsi que la mobilisation des pouvoirs publics ont abouti, en Angleterre, à la mise en place des collaborative care [16-18]) pour la prise en charge des EDC en soins primaires. Il s'agit d'une approche multidisciplinaire suivant laquelle les soins sont prodigués par le médecin généraliste sous supervision d'un case manager psychiatre ou psychologue clinicien. (Certains protocoles intègrent également des infirmiers formés en psychiatrie). La supervision est réalisée par téléphone une fois par semaine. Elle permet la mise en place d'un programme de soins structurés et personnalisés pour chaque patient, défini par le case manager et le médecin généraliste. Les soins combinent une approche pharmacologique et une intervention psychothérapeutique brève spécifique de la dépression dont l'activation comportementale. Un calendrier de consultation est défini avec le patient (10 consultations sur une période de 3 mois) avec possibilité (selon les protocoles) de réaliser des entretiens téléphoniques. Ces dix consultations permettent la mise en place et l'ajustement du traitement pharmacologique ainsi que la réalisation d'une intervention psychothérapeutique brève. En l'absence d'amélioration à l'issue de ces dix séances ou de la période de trois mois de prise en charge le patient est orienté vers une consultation spécialisée.

Ainsi le modèle des collaborative care favorise la réalisation d'interventions psychothérapeutiques brèves par les médecins généralistes grâce à une meilleure formation de ceux-ci sur la dépression et également grâce à un renforcement de la collaboration entre soins primaires (médecine générale) et médecine spécialisée (psychiatrie) qui prend la forme d'une supervision bien codifiée. Des études sont en cours afin de mettre en place des modèles de soins similaires en France.

Activation comportementale

L'activation comportementale (AC) est une intervention psychothérapeutique brève, structurée, qui a montré son efficacité dans la dépression. Elle a été développée initialement par

Jacobson en 1996 [19]. Depuis, plusieurs programmes d'AC ont été développés notamment le programme Behavioral Activation Therapy (BAT) [20], mis à jour en 2010 (R-BAT) [21] que nous détaillerons dans cet article. Cet outil issu des thérapies comportementales et cognitives a montré une efficacité similaire à des approches structurées plus complexes mais reste simple d'utilisation [22] et applicable par des intervenants non spécialisés en santé mentale. Ses modalités de réalisation en font un outil particulièrement adapté à sa réalisation en soins primaires. L'AC permet d'identifier les habitudes et comportements ayant un impact négatif sur les activités et sur la santé psychologique de l'individu tout en accompagnant le patient déprimé vers une identification et un réinvestissement des activités permettant de lutter contre l'état dépressif.

Pourquoi ? L'AC est une méthode simple de compréhension et d'utilisation (aussi bien pour le thérapeute que pour le patient), efficace et favorise l'autonomie du patient. Cette méthode au-delà de son efficacité sur la symptomatologie dépressive va également avoir des bénéfices sur l'estime de soi et le sentiment de réalisation personnel du patient.

Comment ? Sur la base du programme d'AC proposé par Lejuez [16], il peut être proposé une approche en plusieurs étapes, telles que décrites ci-après.

Guide structuré de prise en charge d'un EDC en soins primaires : mise en pratique de l'activation comportementale

Démarche structurée de prise en charge d'un EDC

Cette prise en charge est indiquée pour les EDC d'intensité légère à modérée, sans critère de gravité. Elle n'est pas applicable pour la dépression sévère et en cas de risque suicidaire majeur (situations dans lesquelles le traitement antidépresseur est indiqué en première intention). Cette prise en charge s'effectue en 10 consultations sur une période allant de 2 à 3 mois. Elle comprend :

- 2 consultations initiales (évaluation clinique, proposition et choix thérapeutique, initiation du travail psychothérapeutique) ;
- 5 consultations structurées d'intervention ;
- 1 à 4 consultations structurées de consolidation (facultatives) ;
- 1 consultation de préparation à la fin de la prise en charge.

Consultation type n° 1 : évaluation - psychoéducation

La première consultation constitue le temps d'évaluation clinique initial. Elle a pour objectif d'évaluer les plaintes du patient, d'identifier la symptomatologie dépressive, son intensité et ses conséquences pour le patient. A cet effet l'on peut s'aider d'un auto-questionnaire à remettre au patient comme le BDI (Beck Depression Inventory) [23] et d'un hétéro-questionnaire comme la MADRS (Montgomery & Asberg Depression Rating Scale) [24]. Lorsque le diagnostic d'EDC est posé, il est conseillé de prendre un temps suffisant pour expliquer au patient la dépression et les

traitements existants. Ce travail psychopédagogique est primordial et permet de déstigmatiser le trouble dépressif, de reprendre les croyances erronées et de répondre aux questions du patient sur la maladie et ses traitements. Nous recommandons à tous les intervenants en soins primaires d'avoir à leur disposition un support psychopédagogique explicatif concernant le trouble dépressif qui pourra être remis au patient à la fin de la première consultation. A l'issue de ce temps d'explication, il convient d'inviter le patient à se renseigner et à réfléchir aux traitements proposés (pharmacologique et non pharmacologique). Cet abord psychopédagogique ainsi que le fait de différer la prescription et/ou la prise en charge de type AC va permettre une approche collaborative permettant d'impliquer le patient dans le choix thérapeutique et va grandement renforcer l'adhésion et l'implication de celui-ci dans les soins [25,26]. Il convient ensuite de fixer le rendez-vous suivant à une semaine. Cette première consultation est donc un temps d'évaluation et d'explication, il s'agit d'un temps de préparation à l'intervention thérapeutique à laquelle le patient devra être adhérent afin qu'elle soit efficace.

Consultation type n° 2 : réévaluation - choix du traitement - début de l'AC

Cette consultation va permettre de choisir et de débiter la prise en charge (pharmacologique/non pharmacologique) en accord avec le patient. Lorsque le patient, sensible à vos explications, souhaite d'engager dans une AC, il convient de respecter plusieurs étapes. En premier, il convient de réexpliquer la démarche et réévaluer la motivation du patient (un patient ambivalent ou peu motivé ne réalisera pas les tâches prescrites). Ensuite, apporter des explications concernant la première tâche à réaliser : remplissage du formulaire de suivi quotidien ([Matériel complémentaire, Annexe 1](#)), lequel constitue la charpente de la prise en charge. Il est possible d'insister sur les modalités de réalisation de cette tâche ([encadré 1](#)) et sur les notions de plaisir/importance dans la réalisation des activités ([encadré 2](#)). A l'issue de la consultation remettre au patient le formulaire de suivi quotidien à remplir pour la prochaine consultation. Fixer le prochain rendez-vous à une semaine.

Consultation type n° 3 : réévaluation - auto-enregistrement - but et valeurs - activités

Reprendre le formulaire de suivi quotidien du patient. Dans le cas où le patient a eu des difficultés à la réalisation de cette tâche il est nécessaire d'en identifier la raison ([encadré 3](#)). Le formulaire de suivi quotidien va renseigner le thérapeute (ainsi que le patient) sur le niveau d'activité globale (nombre d'activité dans la semaine, moments de la journée où le patient est plus/moins actif, etc.). Il permet également d'identifier les comportements dysfonctionnels (entretenant la dépression) et les comportements fonctionnels qui permettent de lutter contre la dépression. L'identification de ces comportements est l'objectif principal de cette troisième consultation et vous pourrez vous

ENCADRÉ 1

Formulaire de suivi quotidien

À réaliser TOUS les jours

En une fois ou au fur et à mesure (selon la préférence du patient)

- Permet de consigner les activités de la journée, à l'écrit.
- Pas de nécessité de détailler les activités.
- Renseigne sur le niveau d'activité du patient.
- Permet l'identification des activités bénéfiques et des activités pouvant entretenir l'état dépressif.

ENCADRÉ 2

Évaluation des notions de plaisir et d'importance

Notions de plaisir et d'importance dans la réalisation des activités
Plaisir : Joie que procure l'activité réalisée.

P. ex., « Pensez à l'amusement, au plaisir que vous prenez à réaliser cette activité. »

Importance : Importance pour le patient de l'activité réalisée.

P. ex., « A quel point il vous tient à cœur de réaliser cette activité ? »

Évaluer l'intensité du plaisir/le niveau d'importance associé à l'activité réalisée de 0 (minimum) à 10 (maximum).

aider d'une démarche de questionnement structuré pour y arriver ([encadré 4](#)). Après avoir identifié avec le patient les comportements fonctionnels/dysfonctionnels, expliquer la prochaine tâche à réaliser : travail de recherche d'activités permettant de lutter contre la dépression en se basant sur les buts et les valeurs du patient ([encadré 5](#)). A l'issue de la consultation remettre au patient le formulaire de suivi quotidien à remplir pour la prochaine consultation ainsi que le formulaire d'exploration des domaines de vie, des buts et des valeurs ([Matériel](#)

ENCADRÉ 3

Si le formulaire de suivi quotidien n'est pas réalisé !

Identifier la raison, puis :

- Rappeler l'intérêt de l'auto-enregistrement quotidien écrit pour identifier les activités pouvant entretenir/combattre la dépression.
- Possibilité de réduire l'auto-enregistrement à 2-3 jours par semaine.
- Possibilité de remplir en séance le formulaire de suivi quotidien sur les dernières 48 h et se baser sur ce travail pour la suite de l'entretien.

ENCADRÉ 4

Evaluation des activités réalisées

Guider et amener le patient vers une identification des activités qui vont entretenir son état dépressif et à l'inverse des activités qui vont permettre de lutter contre la dépression
Ces questions sont données à titre d'exemples et sont à ajuster en fonction de la problématique, des habitudes d'entretien, de l'interlocuteur

- Reprendre les activités consignées par le patient.
- Pour chaque activité poser les questions suivantes, p. ex., « Cette activité correspond-elle à ce que l'on appelle un évitement (pour échapper ou ne pas se confronter à une difficulté) ? Quelles étaient les pensées associées à cette activité ? Quel effet immédiat a eu cette activité ? Est-ce que cette activité vous a permis de vous sentir moins rejeté(e), incapable, coupable... (à ajuster en fonction des pensées associées) ? Est-ce que cela vous a permis de vous sentir mieux ? Est-ce qu'à l'inverse cela vous a fait vous sentir plus triste, rejeté(e), incapable, coupable... ? Quels effets inattendus a eu cette activité ? Cette activité a-t-elle eu une répercussion sur vos autres activités ; a-t-elle favorisé la réalisation d'autres activités ou a-t-elle empêché la réalisation d'autres activités ? »
- Apprendre au patient à utiliser ce questionnement pour identifier les activités qui vont entretenir la dépression et à l'inverse les activités qui vont lui permettre de se sentir mieux.
- Le patient doit arriver de lui-même à évaluer les conséquences de ses activités sur son état dépressif.

complémentaire, Annexe 2). Fixer le prochain rendez-vous à une semaine.

Consultation type n° 4 : réévaluation - auto-enregistrement - hiérarchisation des activités

Reprendre le formulaire de suivi quotidien puis dans un second temps le formulaire d'exploration des domaines de vie/buts/

ENCADRÉ 5

Exploration des domaines de vie-buts/valeurs-activités

Permet au patient d'identifier les activités qu'il souhaite ajouter dans sa vie et ceci en adéquation avec ses buts et valeurs personnels.

- Identification des domaines de vie qui ont de l'importance pour le patient. P. ex., famille, loisir, travail, religion.
- Pour chaque domaine de vie identification de buts et valeurs personnels. P. ex., pour le domaine de vie famille : garder un contact régulier avec mon fils.
- Pour chaque but et valeur définis, élaboration d'activités concrètes. P. ex., pour le but personnel, garder un contact régulier avec mes enfants : appeler mon fils une fois par semaine.

valeurs et les activités trouvées par le patient. Il est important pour la suite de la prise en charge que le patient ait formulé des activités dont la réalisation est objectivable (p. ex., « Appeler mon frère Théo une fois par semaine » constitue une activité objectivable ; à l'inverse « Prendre des nouvelles de ma famille » constitue un exemple d'activité trop flou). Ainsi le premier objectif lors de cette séance sera d'accompagner le patient vers une reformulation des activités trouvées afin qu'elles soient précises et donc objectivables (*encadré 6*).

La deuxième partie de l'entretien sera consacrée à l'explication de la prochaine tâche : la sélection et le classement par ordre de difficulté croissante des activités considérées comme les plus importantes par le patient (*encadré 7*). N'hésitez pas à rappeler au patient qu'à cette étape de la prise en charge il ne s'agit pas de réaliser les activités trouvées mais de réfléchir de manière personnalisée aux activités dont la planification et réalisation future permettra de lutter contre la dépression. À l'issue de la consultation remettez au patient le formulaire de suivi quotidien à remplir pour la prochaine consultation ainsi que le formulaire de sélection et de classement des activités (*Matériel complémentaire, Annexe 3*). Fixez le prochain rendez-vous à une semaine.

Consultation type n° 5 : réévaluation - auto-enregistrement - planification des activités

Reprendre le formulaire de suivi quotidien puis le formulaire de sélection et de classement des activités. Par la suite choisir avec le patient 3 activités parmi les plus simples que le patient devra planifier et réaliser dans la semaine à venir. Une fois ces trois activités définies, identifier avec le patient quels seraient les obstacles ou difficultés à leur réalisation Et pour chaque difficulté identifiée aider le patient à élaborer des solutions. Il est important de comprendre que c'est le patient qui doit de lui-même identifier les difficultés et élaborer les solutions, votre rôle consiste à guider le patient dans ce travail et à lui fournir les outils nécessaires pour y arriver (*encadré 8*). À l'issue de la consultation remettre au patient le formulaire de planification des activités, le formulaire de suivi quotidien, ainsi que le formulaire de résolution de problème (*Matériel*

ENCADRÉ 6

Aide à la formulation des activités

Aider le patient à formuler des activités objectivables
Donner le plus de précision possible dans la formulation de l'activité afin que celle-ci devienne concrète et plus facilement réalisable.

Questions clés : Ou ? A quel moment de la semaine ? A quelle fréquence ? Avec Qui ? etc.

P. ex., « Appeler mon fils une fois par semaine, le samedi, car il ne travaille pas. »

ENCADRÉ 7

Sélection et classement des activités

- Sélection de 15 activités qui vont servir de point de départ au futur travail de planification.
- Évaluer et classer les activités par ordre de difficulté, de 1 (la plus facile à accomplir) à 10 (la plus difficile à accomplir). Les activités doivent être à la fois concrètes, évaluables et en rapport direct avec les valeurs identifiées par le patient dans le travail précédent.

complémentaire, Annexe 4) à remplir pour la prochaine consultation. Fixer le prochain rendez-vous à une semaine.

Consultation type n° 6 : réévaluation - auto-enregistrement - évaluation des activités

Reprendre à la fois le formulaire de planification des activités et le formulaire de suivi quotidien. Il s'agit d'évaluer avec le patient si les activités planifiées ont été réalisées et dans le cas contraire quels ont été les obstacles rencontrés. Pour les activités réalisées reprendre le questionnaire détaillé dans l'encadré 5 afin d'aider le patient à identifier les bénéfices de la réalisation de l'activité sur sa symptomatologie dépressive. Pour les activités non réalisées reprendre les obstacles rencontrés et évaluer les solutions utilisées (encadré 9). Guider le patient vers la

ENCADRÉ 8

Identification des obstacles/solutions pour la réalisation des activités

Identification des obstacles à la réalisation des activités planifiées : élaboration de solutions

Identification pour chaque activité à planifier des éventuels obstacles à leur réalisation

1 Pour chaque obstacle, élaboration de 1 à 3 solutions. Les solutions doivent être concrètes et réalisables par le patient.

2 Questionner le patient sur ses ressources.

- Ressources internes : « Quels sont vos qualités, vos compétences, vos expériences de situations similaires que vous pourriez utiliser pour gérer cet obstacle ? »
- Ressources externes : « Quels supports (matériels ou aide humaine) vous pourriez mobiliser pour gérer cet obstacle ? »

3 Dans le cas d'une activité considérée comme trop difficile :

fractionner l'activité planifiée en plusieurs étapes. P. Ex., une activité « Faire 30 minutes de sport » devient i) préparer ses affaires de sports, ii) choix de la date, du lieu ou pratiquer et d'un éventuel accompagnant, iii) réalisation de 10/20/30 minutes de sport (convenir du temps avec le patient). Plus l'activité sera considérée comme facile et plaisante par le patient plus il aura de chance de la réaliser.

ENCADRÉ 9

Évaluation des solutions utilisées

Évaluation de l'efficacité de la solution mise en oeuvre

« L'application de cette solution a-t-elle permis de dépasser la difficulté anticipée et de réaliser l'activité planifiée ? L'application de la solution a-t-elle permis un soulagement émotionnel ? »

Si la solution n'a pas permis le dépassement de la difficulté ou n'est pas associée à un soulagement émotionnel → Retour à la formulation et au choix d'une AUTRE solution.

Si la solution a permis un dépassement de la difficulté et s'associe à un soulagement émotionnel → On valorise ce choix et on conserve cette stratégie pour le futur et pour d'autres situations problématiques similaires.

formulation de nouvelles solutions et dans le cas où le patient considère l'activité comme trop difficile vers une reformulation de l'activité afin qu'elle soit considérée comme réalisable. Choisir ensuite avec le patient 3 nouvelles activités à planifier/réaliser et comme à la séance précédente guider le patient vers l'identification des obstacles/solutions. À l'issue de la consultation remettez au patient le formulaire de planification des activités, le formulaire de suivi quotidien, le formulaire de résolution de problème. Fixez le prochain rendez-vous en fonction de l'état clinique du patient (1 à 4 semaines). Nous conseillons un espacement progressif des consultations à partir de la sixième séance afin que le patient s'autonomise avec les outils appris.

Consultations types 7 à 10 : réévaluation - auto-enregistrement - évaluations des activités

Basées sur le modèle de la sixième consultation, le nombre de consultations nécessaire va varier d'un patient à un autre.

Consultation de préparation à la fin de la prise en charge structurée

Cette consultation sera à réaliser une fois que le patient s'est approprié les outils de planification d'activités, de résolution de problème et qu'il réalise la plupart des tâches planifiées, le tout s'associant à une amélioration de la symptomatologie dépressive. Il s'agira alors de faire une synthèse et de valoriser les efforts, les acquis et le chemin parcouru par le patient. Au cours de cette consultation il est important d'aider le patient à prendre du recul par rapport à l'évolution de ses comportements. À cet effet il peut être intéressant de faire comparer au patient ses formulaires de suivi quotidien de début et de fin de prise en charge. Toujours pour mesurer l'amélioration vous pouvez faire repasser au patient un autoquestionnaire d'évaluation de la dépression (BDI) et en comparer les résultats au questionnaire réalisé à la première consultation. Expliquez enfin au patient

qu'il peut désormais mettre en pratique ses acquis et que s'il le juge nécessaire il sera toujours possible de faire des séances de rappel (à effectuer à la demande du patient, sur le modèle de la consultation type n° 6).

Obstacles à la réalisation de l'AC

Les données de la littérature [13,15] font état de plusieurs obstacles à la réalisation et à la réussite de l'AC. Ces différents obstacles, qui seront à évaluer en début et au cours de la prise en charge, sont les suivants :

- une attente différente vis-à-vis des psychothérapies. Certains patients ont une vision plus traditionnelle de la psychothérapie et peuvent dans un premier temps se sentir désorientés ou découragés par le caractère très actif et concret de l'AC et du fait que le travail psychothérapeutique s'effectue majoritairement en dehors des séances. Pour ces patients il est important de ne pas se précipiter, de bien expliquer la logique psychothérapeutique de l'AC et notamment la valeur thérapeutique des tâches réalisées en dehors des séances ;
- le besoin de verbalisation, le risque de digression. Les patients consultant pour des difficultés psychologiques ont, pour la plupart, un vrai besoin de communiquer sur leurs difficultés. Cette réalité constitue une difficulté pour le patient à se conformer de manière stricte à une prise en charge structurée (sentiment d'un travail non personnalisé, de ne pas se sentir compris, écouté). Et cela constitue également un défi pour le thérapeute qui va devoir canaliser ce besoin de verbalisation, apporter une écoute empathique, recentrer le patient sur le travail psychothérapeutique le tout dans un temps de consultation limité. Ainsi, il faudra éviter le cas de figure où le patient souhaite absolument discuter des événements stressants qu'il a vécu dans la semaine et où le thérapeute tente en vain de ramener l'attention de celui-ci sur les tâches de la thérapie. Pour limiter le risque de cette difficulté il est recommandé d'identifier les patients ayant un intense besoin de verbalisation et de définir avec eux deux temps dans la séance : une première partie consacrée à la discussion des événements de la semaine et une seconde partie consacrée aux travaux d'AC. Il peut être intéressant pour ces patients de développer parmi les stratégies d'AC des comportements/possibilités d'obtenir du soutien social en dehors des séances ;
- la non-réalisation des tâches. La réalisation des tâches à domicile constitue un autre défi du traitement. Dès la première séance, le thérapeute doit faire part au patient de la place centrale qu'occupe le travail à domicile dans le processus thérapeutique, et ce afin d'aider le patient à comprendre la valeur des efforts fournis en dehors de la séance de thérapie. Le passage en revue des formulaires de suivi de la semaine au début de chaque séance permet de souligner l'importance du travail à domicile qui est à présent simplifié puisque le suivi et la planification prévus par le BATD-R se font sur un seul

formulaire. Si le patient vient à sa séance en n'ayant pas effectué le travail à domicile, le thérapeute doit d'abord vérifier s'il a compris la mission et s'il dispose des compétences pour la mener à bien. Si le travail à domicile n'a pas été effectué pour des raisons autres que la compréhension, le thérapeute doit lever les obstacles qui empêchent le patient de passer à l'action, tout en continuant à insister sur l'importance du travail à domicile pour le résultat du traitement. Il faut travailler en cours de séance sur les tâches non accomplies à domicile, mais nous ne recommandons pas d'effectuer l'entièreté du travail au cours de la séance afin de souligner que l'efficacité du traitement dépend du travail effectué par le patient en dehors des consultations.

Intérêts et limites de l'application d'un programme psychothérapeutique structuré en soins primaires

L'AC peut avoir une véritable place en soins primaires. De par son caractère simple et concret cet outil psychothérapeutique est généralement bien accepté par les patients et sa mise en pratique dans le cadre formel d'une consultation de 15 à 20 minutes est compatible avec la pratique en médecine générale. L'autre avantage de l'AC est son approche participative. Dans une démarche d'AC le patient est acteur de ses soins et le thérapeute va accompagner le patient plutôt que de lutter frontalement contre l'état dépressif. Cet aspect de la prise en charge constitue néanmoins la principale limite de l'AC et cette technique psychothérapeutique ne sera pas indiquée chez les patients présentant une symptomatologie dépressive trop sévère ou étant trop passif vis-à-vis des soins proposés.

À l'image du modèle des collaborative care de nos voisins anglais nous pensons qu'il est possible d'intégrer des interventions psychothérapeutiques brèves en soins primaires. La diffusion de l'AC auprès d'intervenants de soins primaires nous semble avoir un réel intérêt et permettrait aux médecins généralistes d'avoir à leur disposition un outil efficace et gratifiant faisant office d'alternative ou de complément aux antidépresseurs.

Déclaration d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.



Matériels complémentaires

Les matériels complémentaires (Annexes 1 à 4) accompagnant la version en ligne de cet article sont disponibles sur <http://www.sciencedirect.com> et <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2018.09.016>.

Références

- [1] World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève: World Health Organization; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1.
- [2] Haute Autorité de santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours-Diagnostic. In: Méthode recommandation pour la pratique clinique. Saint-Denis: La PlaineHAS; 2017. https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf.
- [3] Haute Autorité de santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours-prise en charge thérapeutique et suivi. In: Méthode recommandation pour la pratique clinique. Saint-Denis: La Plaine : HAS; 2017. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_pec.pdf.
- [4] National Institute for Health Clinical Excellence. Depression in adults: recognition and management. NICE: NICE clinical guideline 90. London; 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-andmanagement-975742636741>.
- [5] Institut national de santé publique du Québec. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal: INSPQ; 2012. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtocolSoinsInterv1reLigne.pdf.
- [6] Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. Saint-Denis: Afssaps; 2006.
- [7] Observatoire nationale des prescriptions et consommations des médicaments. Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire. Saint-Denis: Afssaps; 1998.
- [8] Jick H, Kaye JA, Jick SS. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA* 2004;292(3):338-43.
- [9] Altamura AC, Dell'osso B, Vismara S, Mundo E. May duration of untreated illness influence the long-term course of major depressive disorder? *Eur Psychiatry* 2008;23(2):92-6.
- [10] Bukh JD, Bock C, Vinberg M, Kessing LV. The effect of prolonged duration of untreated depression on antidepressant treatment outcome. *J Affect Disord* 2013;145(1):42-8.
- [11] Rotgé JY, Tignol J, Aouizerate B. Prise en charge de la dépression en soins primaires: revue et perspectives. *Encephale* 2007;33(4):552-60.
- [12] Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulancier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *Encephale* 2010;36:D73-82.
- [13] Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville : Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *Information Psychiatrique* 2014;90(5):341.
- [14] Alfnsson S, Parling T, Spännargård Å, Andersson G, Lundgren T. The effects of clinical supervision on supervisees and patients in cognitive behavioral therapy : a systematic review. *Cogn Behav Ther* 2017;1-23.
- [15] Cohen A. The primary care management of anxiety and depression: a GP's perspective. *Advances in Psychiatric Treatment. Adv Psychiatr Treat* 2008;14(2):98-105.
- [16] Simpson A, Richards D, Gask L, Hennessy S, Escott D. Patients' experiences of receiving collaborative care for the treatment of depression in the UK: a qualitative investigation. *Ment Health Fam Med* 2008;5(2):95-104.
- [17] Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons Ltd: Chichester, UK; 2012. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006525.pub2>.
- [18] Coupe N, Anderson E, Gask L, Sykes P, Richards DA, Chew-Graham C. Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study, utilising normalisation process theory. *BMC Fam Pract* 2014. <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-78>.
- [19] Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996;64(2):295-304.
- [20] Lejuez CW, Hopko DR, LePage J, Hopko SD, McNeil DW. A brief behavioral activation treatment for depression. *Cogn Behav Pract* 2001;8:164-75.
- [21] Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behav Modif* 2011;35(2):111-61.
- [22] Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub-group analysis. *PloS One* 2014;9(6):e100100.
- [23] Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
- [24] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
- [25] Peck CL, King NJ. Compliance and the doctor-patient relationship. *Drugs* 1985;30:78-84.
- [26] Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant. Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr* 2012;70(1):15-25.