

LES ATELIERS  
DU PRATICIEN

LUISA WEINER · ENZO LACHAUX

METTRE EN ŒUVRE  
UN PROGRAMME  
DE PSYCHOÉDUCATION  
POUR LA DÉPRESSION

DUNOD

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>	<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
	

© Dunod, 2022  
 11, rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-082579-0

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Remerciements

Merci à nos collègues qui ont participé au développement du programme IDEM-dépression, en particulier à Sébastien Weibel, Hervé Javelot, Elena Garcia Krafes et Sonia Garcia.

À Charles M. Schulz, pour l'inspiration de *Peanuts*.

Et surtout à Gilles Bertschy, qui a encouragé et enrichi notre programme dans toutes ses étapes.

Luisa Weiner

Merci à toi Luisa, pour ton soutien et toutes les opportunités créées.

Merci à Sébastien Weibel et Gilles Bertschy, pour votre confiance.

Merci aux patients qui, par leur courage dans les heures les plus noires, nous poussent à toujours vouloir proposer mieux.

Enzo Lachaux



# Table des matières

Comment lire ce manuel .....	1
------------------------------	---

## **PARTIE 1 Le programme IDEM-dépression : la théorie**

<b>Chapitre 1 – Bases du programme</b> .....	4
<b>1</b> ■ <b>QUELQUES MOTS D'INTRODUCTION</b> .....	6
<b>2</b> ■ <b>QU'EST-CE QUE LA PSYCHOÉDUCATION ?</b> .....	6
La psychoéducation au sein des TCC .....	10
<b>3</b> ■ <b>LA DÉPRESSION : QUELQUES DÉFINITIONS</b> .....	11
<b>4</b> ■ <b>POURQUOI PROPOSER UN PROGRAMME DE PSYCHOÉDUCATION POUR LA DÉPRESSION ?</b> .....	13
<b>5</b> ■ <b>LE DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME IDEM-DÉPRESSION</b> .....	14

## **Chapitre 2 – Fondements théorico-cliniques : les thérapies comportementales et cognitives**

<b>1</b> ■ <b>DÉFINITIONS</b> .....	25
Comportementalisme .....	25
Cognitivisme .....	29
<b>2</b> ■ <b>COMPRENDRE LA DÉPRESSION : LES MODÈLES EXPLICATIFS (FESTER, LEWINSOHN, BECK, SELIGMAN)</b> .....	32
Modèles comportementaux .....	32
Modèles cognitifs .....	34
<b>3</b> ■ <b>LES TCC DE 3<sup>E</sup> VAGUE</b> .....	38
La 3 <sup>e</sup> vague des TCC .....	38
Activation comportementale et valeurs de vie .....	39
Pleine conscience et Défusion .....	44
Acceptation et Validation .....	47
Balance dialectique : entre acceptation et changement .....	52
<b>4</b> ■ <b>ATTITUDE DE L'ANIMATEUR ET DYNAMIQUE RELATIONNELLE</b> .....	53

## **Chapitre 3 – Comment proposer un programme de psychoéducation pour la dépression ?**

<b>1</b> ■ <b>CADRE OPTIMAL : OÙ, QUOI, QUAND ET AVEC QUI ?</b> .....	64
<b>2</b> ■ <b>INTÉGRER UN NOUVEAU PARTICIPANT AU PROGRAMME IDEM-DÉPRESSION</b> .....	68
<b>3</b> ■ <b>LE DÉROULEMENT DES SÉANCES</b> .....	71
Le début des séances .....	72
Moment de pause .....	75
Fin des séances .....	76
<b>4</b> ■ <b>COMMENT SÉLECTIONNER LE THÈME DE LA SÉANCE ?</b> .....	77

# PARTIE 2 Le programme IDEM-dépression : la pratique

Chapitre 4 – Le programme IDEM séance par séance	84
<b>1</b> ● <b>LA DÉPRESSION, UNE AFFECTION RÉPANDUE</b>	86
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	86
Structure et articulation de la séance	87
Pièges et attentions particulières	91
<b>2</b> ● <b>LES ÉMOTIONS</b>	92
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	92
Structure et articulation de la séance	95
Pièges et attentions particulières	101
<b>3</b> ● <b>LES RUMINATIONS</b>	102
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	102
Structure et articulation de la séance	103
Pièges et attentions particulières	107
<b>4</b> ● <b>ERGOTHÉRAPIE : DE LA THÉORIE À L'ACTION</b>	107
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	107
Structure et articulation de la séance	108
Pièges et attentions particulières	110
<b>5</b> ● <b>LE CORPS PRIS DANS LA DÉPRESSION</b>	111
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	111
Structure et articulation de la séance	111
Pièges et attentions particulières	113
<b>6</b> ● <b>LE VISAGE DÉPRESSIF</b>	114
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	114
Structure et articulation de la séance	116
Pièges et attentions particulières	119
<b>7</b> ● <b>L'ENTOURAGE</b>	119
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	119
Structure et articulation de la séance	120
Pièges et attentions particulières	122
<b>8</b> ● <b>LE SOMMEIL</b>	123
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	123
Structure et articulation de la séance	123
Pièges et attentions particulières	128
<b>9</b> ● <b>L'ALIMENTATION</b>	129
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	129
Structure et articulation de la séance	129
Pièges et attentions particulières	134
<b>10</b> ● <b>LA PLEINE CONSCIENCE AU QUOTIDIEN</b>	135
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	135
Structure et articulation de la séance	136
Pièges et attentions particulières	141
<b>11</b> ● <b>LES THÉRAPIES PSYCHOLOGIQUES</b>	142
Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance	142
Structure et articulation de la séance	142
Pièges et attentions particulières	144

<b>12</b>	● <b>LES THÉRAPIES BIOLOGIQUES</b> .....	145
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	145
	Structure et articulation de la séance .....	145
	Pièges et attentions particulières .....	147
<b>13</b>	● <b>L'ENVIE, L'ÉNERGIE ET LES VALEURS</b> .....	148
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	148
	Structure et articulation de la séance .....	148
	Pièges et attentions particulières .....	153
<b>14</b>	● <b>LES TROUBLES COGNITIFS</b> .....	153
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	153
	Structure et articulation de la séance .....	154
	Pièges et attentions particulières .....	158
<b>15</b>	● <b>LE SPECTRE BIPOLAIRE</b> .....	158
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	158
	Structure et articulation de la séance .....	159
	Pièges et attentions particulières .....	161
<b>16</b>	● <b>LES IDÉES DE SUICIDE</b> .....	161
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	161
	Structure et articulation de la séance .....	163
	Pièges et attentions particulières .....	170
<b>17</b>	● <b>INTRODUCTION À L’AFFIRMATION DE SOI</b> .....	170
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	170
	Structure et articulation de la séance .....	171
	Pièges et attentions particulières .....	177
<b>18</b>	● <b>LA PSYCHOLOGIE DES FORCES</b> .....	177
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	177
	Structure et articulation de la séance .....	178
	Pièges et attentions particulières .....	184
<b>19</b>	● <b>BILAN</b> .....	185
	Informations pour l'animateur à transmettre au cours de la séance .....	185
	Structure et articulation de la séance .....	185
	Pièges et attentions particulières .....	190
<b>Chapitre 5 – Fiches et synthèses de séance</b> .....		196
<b>1</b>	● <b>LA DÉPRESSION, UNE AFFECTION RÉPANDUE</b> .....	198
<b>2</b>	● <b>LES ÉMOTIONS</b> .....	200
	Alors que faire ? .....	201
<b>3</b>	● <b>LES RUMINATIONS</b> .....	202
	Dynamique dans la dépression .....	202
	Alors comment briser la mécanique ? .....	202
<b>4</b>	● <b>ERGOTHÉRAPIE : DE LA THÉORIE À L’ACTION</b> .....	203
<b>5</b>	● <b>LE CORPS PRIS DANS LA DÉPRESSION</b> .....	204
<b>6</b>	● <b>LE VISAGE DÉPRESSIF</b> .....	205
	Quelles actions mettre en place ? .....	206
<b>7</b>	● <b>L’ENTOURAGE</b> .....	207
<b>8</b>	● <b>LE SOMMEIL</b> .....	209
	Alors que faire ? .....	210
<b>9</b>	● <b>L’ALIMENTATION</b> .....	211

<b>10</b>	● <b>LA PLEINE CONSCIENCE AU QUOTIDIEN</b> .....	212
	Comment faisons-nous les choses du quotidien ? Comment est notre esprit quand nous faisons ces choses ? .....	212
	Comment pouvons-nous pratiquer la pleine conscience ? .....	213
<b>11</b>	● <b>LES THÉRAPIES PSYCHOLOGIQUES</b> .....	214
	Exemples de psychothérapies dans la dépression .....	214
	Mais quand faire une psychothérapie ? .....	215
<b>12</b>	● <b>LES THÉRAPIES BIOLOGIQUES</b> .....	215
	Comment ça marche ? .....	216
	Comment trouver le « bon traitement » ? .....	216
	Quelles sont les grandes familles de médicaments utilisées dans les troubles de l'humeur ? .....	216
	Les autres traitements biologiques .....	217
<b>13</b>	● <b>L'ENVIE, L'ÉNERGIE ET LES VALEURS</b> .....	218
<b>14</b>	● <b>LES TROUBLES COGNITIFS</b> .....	220
	Quel impact dans la dépression ? .....	220
	Les processus cognitifs .....	221
	Comment améliorer nos capacités cognitives ? .....	221
<b>15</b>	● <b>LE SPECTRE BIPOLAIRE</b> .....	222
	Le trouble bipolaire, maladie à double facette ? .....	223
	Lexique des troubles de l'humeur .....	223
<b>16</b>	● <b>LES IDÉES DE SUICIDE</b> .....	224
	Mais en quoi les idées de suicide sont-elles liées à d'autres signes dépressifs ? .....	224
	Comment l'expliquer ? .....	225
<b>17</b>	● <b>INTRODUCTION À L'AFFIRMATION DE SOI</b> .....	226
<b>18</b>	● <b>LA PSYCHOLOGIE DES FORCES</b> .....	227
	Comment cultiver un bonheur sur le long terme ? .....	228
<b>19</b>	● <b>BILAN</b> .....	229

# Comment lire ce manuel

Très souvent, les manuels de programmes thérapeutiques décrivent longuement les séances qui les composent de manière à explorer les concepts au fur et à mesure de leur déroulement. Cette méthodologie est logique, d'autant plus lors de la mise en place d'un programme structuré qui suit une chronologie.

C'est sur ce point que la structure de ce manuel va différer : le groupe de psychoéducation de la dépression présenté ici est à la fois structuré et ouvert, c'est-à-dire que les séances ne suivent pas une chronologie fixe et sont donc indépendantes les unes par rapport aux autres. Dans les faits, les auteurs l'ont conçu de manière à ce que des participants puissent y assister en étant hospitalisés ou en suivi ambulatoire, en continu ou ponctuellement. Ces conditions permettent une grande flexibilité favorisant l'accès au soin. Néanmoins, elles rendent nécessaire de bien connaître les principes actifs thérapeutiques et de les instiller systématiquement dans chaque séance.

Pour ce faire, nous proposons donc une articulation abordant les aspects théoriques communs à toutes les séances puis, dans la seconde partie de l'ouvrage, le déroulé des subtilités spécifiques de chaque séance, une à une.

Nous espérons sincèrement que cet ouvrage permettra à des psychologues, psychiatres, infirmiers, soignants mais également étudiants inscrits dans des parcours professionnels divers de pouvoir augmenter leur expertise concernant la dépression et de rendre accessible une intervention de psychoéducation dans leur lieu d'exercice institutionnel et/ou libéral.

# Partie 1

## **Le programme IDEM- dépression : la théorie**

Chapitre 1 – Bases du programme	4
Chapitre 2 – Fondements théorico-cliniques : les thérapies comportementales et cognitives	22
Chapitre 3 – Comment proposer un programme de psychoéducation pour la dépression ?	62

# Chapitre **1**

## **Bases du programme**



1	Quelques mots d'introduction	6
2	Qu'est-ce que la psychoéducation ?	6
3	La dépression : quelques définitions	11
4	Pourquoi proposer un programme de psychoéducation pour la dépression ?	13
5	Le développement du programme IDEM-dépression	14

# 1 QUELQUES MOTS D'INTRODUCTION

Le programme IDEM-dépression a été développé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour répondre aux besoins des adultes traversant un épisode dépressif, quelle que soit sa sévérité. Les bases théoriques principales de ce programme de psychoéducation sont les thérapies comportementales et cognitives (TCC). Comme nous le verrons plus tard dans ce chapitre, les TCC sont une grande famille de psychothérapies pour laquelle les données d'efficacité dans le cadre de la dépression sont abondantes. Alors que la dépression est un trouble extrêmement fréquent comparativement à d'autres troubles psychiatriques, la psychoéducation pour la dépression reste toutefois sous-développée. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs, dont l'un des principaux est lié à la nature dynamique et plurielle du trouble, rendant difficile l'offre en clinique courante de programmes de psychoéducation groupaux structurés. En effet, la majorité des groupes de psychoéducation existants pour d'autres troubles suivent un format fermé, avec un nombre de séances ordonné préétabli. Or, les cliniciens impliqués dans le champ de la dépression savent qu'il s'agit d'un trouble caractérisé par des épisodes potentiellement sévères et graves, mais fortement évolutifs. Ainsi, le clinicien confronté à une personne souffrant de dépression doit pouvoir proposer rapidement un accompagnement psychothérapeutique adéquat ; ceci peut néanmoins s'avérer incompatible avec le calendrier d'un groupe fermé qui dépend par exemple d'un nombre de participants suffisant avec, qui plus est, un profil psychopathologique relativement homogène.

C'est pour répondre à ce type de défi clinique que nous avons développé le programme IDEM-dépression. Ce programme de psychoéducation est l'un des seuls à notre connaissance ayant été construit spécifiquement pour les personnes souffrant de dépression. Avant de détailler le contenu de ce programme, nous allons tout d'abord nous centrer sur les définitions de ses éléments constitutifs (la psychoéducation et les TCC), puis nous évoquerons ses bases théoriques et les éléments d'évaluation de sa pertinence clinique (Weiner *et al.*, 2016).

## 2 QU'EST-CE QUE LA PSYCHOÉDUCATION ?

La psychoéducation consiste à donner des informations à propos d'un trouble psychiatrique donné et de ses mécanismes afin que les personnes concernées puissent acquérir des compétences pour y faire face. Ainsi, la psychoéducation contribue à l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle et

d'empowerment des personnes ayant des troubles psychiatriques, ce qui est aujourd'hui considéré comme essentiel à leur rétablissement. Dans le cadre de la psychoéducation, les informations peuvent être fournies de manière informelle et non structurée ou alors de manière plus structurée à l'aide de programmes spécifiques.

Dans un format structuré, la psychoéducation est aujourd'hui considérée comme une psychothérapie à part entière faisant partie de la grande famille des thérapies comportementales et cognitives (TCC). La psychoéducation est alors le plus souvent proposée au patient et/ou à sa famille dans un format de groupe fermé, c'est-à-dire avec un nombre de séances suivant un ordre préétabli comprenant un groupe de participants fixe. De nos jours, la psychoéducation dans un format structuré est considérée comme l'une des interventions clés pour le rétablissement et la réhabilitation psychosociale des personnes ayant des troubles psychiatriques chroniques, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire (Bonsack *et al.*, 2015). Dans le cadre du trouble bipolaire, il s'agit même de l'intervention psychologique ayant le plus de preuves dans le traitement prophylactique du trouble, avec une réduction du nombre de rechutes thymiques – notamment maniaques – chez les personnes ayant bénéficié d'un programme groupal comparativement au traitement usuel (ou *treatment as usual* ; pour une méta-analyse, voir Bond & Anderson, 2015).

Il ne fait donc pas de doute que la psychoéducation soit rentrée dans les mœurs. Le terme fait désormais partie du langage courant des professionnels exerçant dans le champ de la santé mentale – soit en tant que tel, soit sous l'appellation « éducation thérapeutique »<sup>1</sup> –, ce qui souligne la place qui lui est accordée dans les pratiques. Néanmoins, le terme « psychoéducation » est relativement récent, puisqu'il a vu son apparition dans le champ scientifique dans les années 1980. En effet, l'une des premières équipes à s'y être intéressée est celle de Carol Anderson et collaborateurs aux États-Unis dans le champ de la schizophrénie. En 1980, ces auteurs ont publié une étude *princeps* qui a démontré pour la première fois l'importance thérapeutique des approches psychoéducatives. Dans leur étude, ils ont montré qu'indépendamment de l'observance médicamenteuse, la psychoéducation proposée aux familles de personnes avec schizophrénie permettait une réduction de 30 à 40 % du nombre de rechutes sur une période d'un an (Anderson

---

1. En France, le terme « éducation thérapeutique » est réservé aux approches formelles et structurées labélisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) (Lacroix, 2007). De ce fait, tout programme de psychoéducation structuré, tel le programme IDEM-dépression, peut avoir ce label et être reconnu par l'ARS.

et al., 1980). Cette étude a ainsi joué un rôle révélateur sur l'importance des interventions psychologiques, notamment psychoéducatives, pour l'amélioration clinique et du bien-être des personnes ayant une schizophrénie. Il est important de rappeler que depuis la découverte des premiers traitements neuroleptiques, le traitement de la schizophrénie était vu surtout sous ce prisme. L'importance de combiner approches médicamenteuses et psychologiques dans le traitement de troubles psychiatriques chroniques, dont l'étiologie supposée était essentiellement biologique, était donc complètement nouvelle. Cette approche bio-psycho-sociale a non seulement permis d'améliorer la qualité des traitements proposés aux personnes concernées, mais également la compréhension même du trouble – qui est désormais vu davantage comme résultant d'une diathèse-stress.

Dans le champ des troubles de l'humeur, une évolution similaire a été observée dans le cadre du trouble bipolaire. En effet, la découverte majeure de l'efficacité du lithium dans ce trouble a pendant longtemps contribué à la non prise en compte des facteurs psychosociaux pouvant jouer un rôle dans la prophylaxie des épisodes thymiques. Ce n'est que dans les années 1990 que la psychoéducation a commencé à être proposée aux personnes avec trouble bipolaire. La visée principale de ces interventions psychoéducatives était initialement d'améliorer l'adhésion au traitement pour diminuer les rechutes dépressives et maniaques. Au fil des années 2000, un certain nombre de programmes structurés et holistiques ont vu le jour, ce qui a contribué à la dissémination de la psychoéducation auprès des équipes cliniques (pour une revue, voir Reinares et al., 2014). Ces programmes, composés en moyenne d'une vingtaine de séances, s'adressent uniquement aux personnes ayant un trouble bipolaire stabilisé, c'est-à-dire peu ou pas symptomatiques. Comme nous le verrons plus loin, comparativement à la schizophrénie et au trouble bipolaire stabilisé, les programmes de psychoéducation pour la dépression – qu'elle soit inscrite dans le cadre d'un trouble bipolaire ou unipolaire – sont peu nombreux alors que la dépression concerne un nombre beaucoup plus important de personnes.

Depuis les années 2000, la philosophie sous-jacente aux approches psychoéducatives a commencé à évoluer d'une vision médicale et purement centrée sur la diminution des symptômes à une vision davantage psychosociale, centrée sur le rétablissement. Ainsi, les programmes de psychoéducation intègrent aujourd'hui davantage de concepts comme les valeurs, les objectifs de vie ou la diminution de l'auto-stigmatisation. Ces concepts, issus des recherches menées en psychologie, soulignent l'importance de considérer le trouble psychiatrique au-delà de sa

dimension médicale. Nous reviendrons sur ce point lorsque nous aborderons les fondements cliniques du programme IDEM-dépression dans le chapitre 2.

Outre ces évolutions portant sur les fondements épistémologiques de la psychoéducation, la recherche menée dans ce champ a également permis de mieux comprendre quels sont les principes actifs des interventions psychoéducatives. Ceci est essentiel pour le clinicien qui pourra favoriser l'utilisation de ces principes et ainsi augmenter la pertinence de ses interventions. Parmi ces éléments, l'un des principaux est lié au format même de la psychoéducation. Les données dont nous disposons aujourd'hui montrent que la psychoéducation fonctionne mieux, en termes d'efficacité, lorsqu'elle est proposée en groupe comparativement au format individuel (Bond et Anderson, 2015). Ceci peut paraître surprenant car, lorsque nous décidons de proposer la psychoéducation à nos patients, nous pouvons supposer que la transmission d'informations est l'élément clé sur lequel repose l'efficacité de l'intervention. Les études semblent nous indiquer que ceci n'est cependant pas le cas – la « simple » acquisition d'informations ne se traduit pas systématiquement par un changement d'attitudes et de comportements. Si nous réfléchissons à la manière dont nous avons incorporé nos propres savoirs, nous pouvons peut-être mieux cerner les mécanismes en jeu dans l'efficacité des approches psychoéducatives. Souvent nous apprenons dans un contexte social, en regardant ceux qui « sont comme nous » exercer une compétence donnée<sup>2</sup>. Pour cela, nous avons besoin d'évaluer nos propres savoirs et mesurer notre capacité à mettre en œuvre les compétences apprises dans une situation donnée où elle est désirable – c'est ce que nous appelons le sentiment d'efficacité personnelle (Bandura, 2019). Ce sentiment est souvent diminué chez les personnes avec trouble psychiatrique, tout simplement parce qu'elles n'ont pas eu l'occasion de côtoyer des personnes « comme elles » qui savaient déployer les compétences désirées dans ce contexte. Au contraire, l'image que nous avons des troubles psychiatriques reste teintée d'une stigmatisation importante. Ceci est impliqué dans la honte ressentie par les personnes concernées, qui peuvent avoir tendance à dissimuler leur trouble, et dans la diminution de leur sentiment d'efficacité personnelle, c'est-à-dire leur croyance en leur capacité à faire face. Ainsi, la psychoéducation en groupe, par rapport à la psychoéducation individuelle, a l'avantage de favoriser l'apprentissage social dont semble dépendre l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle, la diminution de l'impact de la honte et de l'auto-stigmatisation (Weiner *et al.*, 2016 ; Weiner *et al.*, 2021). En complément

---

2. Il s'agit de l'une des sources majeures de nos apprentissages (Bandura, 2019), mais nous apprenons également d'autres manières qui seront détaillées dans le chapitre 2.

du contenu du programme en lui-même – autrement dit, les informations à proprement parler –, ces leviers semblent donc essentiels pour permettre aux patients de mettre en œuvre de nouvelles compétences pour changer leur vie : le contenu informatif est une condition nécessaire mais pas suffisante qui ne se substitue pas à l'apport du contexte de groupe.

Comme nous le verrons dans les chapitres 2 et 3, le clinicien qui utilisera le programme IDEM-dépression devra être particulièrement attentif à ces leviers. Un certain nombre de techniques d'engagement et de gestion du groupe ainsi que l'utilisation d'un style communicationnel particulier pourront favoriser les changements – enseignés dans le cadre du programme – que les patients souhaitent voir dans leur vie.

## La psychoéducation au sein des TCC

Dans un format non structuré, c'est-à-dire lorsqu'elle n'est pas proposée en tant que programme à part entière, la psychoéducation est l'un des éléments thérapeutiques centraux des TCC. À ce titre, elle survient dès les premiers entretiens réalisés avec le patient, suite à l'établissement du diagnostic médical et fonctionnel. Par exemple, chez un patient présentant une dépression, la phase de psychoéducation survient typiquement après l'établissement du diagnostic et de l'analyse fonctionnelle et précède la phase suivante comportant l'utilisation de stratégies comportementales et cognitives spécifiques.

Pourquoi la psychoéducation est-elle incontournable et essentielle en TCC ? Pour répondre à cette question, il est important de rappeler certains éléments constitutifs des TCC qui les distinguent d'autres approches. Les TCC sont une psychothérapie dont les origines sont situées dans le laboratoire dès la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Ce n'est qu'à partir des années 1950 que les principes empiriques issus du laboratoire ont pu être transposés vers la clinique des troubles psychologiques. De ce fait, les TCC sont une approche éminemment empirique et évolutive, comme l'approche scientifique. Le clinicien formé aux TCC propose une lecture basée sur les modèles d'apprentissage pour rendre compte des difficultés des patients ; son rôle consiste en la construction d'un savoir partagé – articulant à la fois les connaissances basées sur la littérature scientifique et la problématique individuelle du patient. Pour ce faire, le clinicien s'appuiera sur la conceptualisation du cas (ou analyse fonctionnelle), qui sera partagée avec le patient. Les objectifs de la thérapie seront déterminés à partir de cette conceptualisation du cas collaborative et empirique (Kuyken et al., 2008). Ainsi, dans les TCC, le savoir est co-construit et les hypothèses thérapeutiques qui en découlent sont partagées

avec le patient – cette philosophie collaborative et empirique est l’une des raisons pour lesquelles la psychoéducation est inhérente à l’approche TCC. L’esprit collaboratif et empirique des TCC est également central dans le programme IDEM-dépression. Nous reviendrons sur les principaux composants définissant les TCC présents dans le programme IDEM-dépression plus loin (chapitre 2).

### **3** **LA DÉPRESSION : QUELQUES DÉFINITIONS**

La dépression est l’une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes en population générale, ainsi que l’une des principales causes de handicap et de morbidité dans le monde. En effet, les taux de prévalence sur la vie entière de la dépression sont élevés – 12 % chez les hommes et 26 % chez les femmes (APA, 2013). Si nous ajoutons à ces taux les épisodes dépressifs récurrents et ceux s’inscrivant dans un trouble bipolaire de l’humeur, la dépression devient l’un des troubles les plus fréquemment rencontrés en psychiatrie.

Cliniquement, les manifestations de la dépression peuvent être plurielles. Au-delà des symptômes clés qui sont l’humeur dépressive et/ou la perte d’intérêt ou de plaisir, les personnes peuvent présenter une mosaïque symptomatologique très personnelle. Celle-ci peut inclure ou non des dysfonctions physiologiques (sommeil, appétit et sexualité), cognitives (indécision, difficultés de concentration, pessimisme et idées de suicide) et psychomotrices (diminution des activités, ralentissement ou agitation) (APA, 2013). De plus, certains symptômes, notamment ceux de la sphère végétative et psychomotrice, peuvent connaître des modifications différentes en fonction des individus. Ainsi, certaines personnes avec dépression auront une hypersomnie, une hyperphagie et un ralentissement psychomoteur, tandis que d’autres auront une insomnie, une anorexie et une agitation psychomotrice au premier plan par exemple (APA, 2013). Outre ces éléments rendant la présentation clinique de la dépression complexe et plurielle, la sévérité de chacune de ces manifestations – si elles sont présentes chez l’individu – peut varier. Ces variations sont observables d’une personne à l’autre, mais aussi, chez un même individu, d’un moment à l’autre. Elles sont potentiellement d’autant plus marquées lorsque la dépression s’inscrit dans le cadre d’un trouble bipolaire ou lorsqu’elle est associée à des comorbidités – qu’elles soient somatiques ou psychiatriques. Dans le cadre du trouble bipolaire en particulier, nous pouvons être plus souvent confrontés, en tant que cliniciens, à des dépressions dites « atypiques » ou à des dépressions « avec caractéristiques mixtes » (APA, 2013). Ces dernières sont caractérisées par une labilité de

l'humeur et une irritabilité marquées (Weibel & Bertschy, 2016) et, plus globalement, par la présence simultanée de symptômes dépressifs et hypomaniaques (APA, 2013). De plus, il est évident que les personnes ayant un trouble bipolaire risquent de connaître des changements d'humeur plus marqués (états d'hypomanie, par exemple) que celles ne présentant pas ce trouble (APA, 2013).

Ces éléments cliniques nous indiquent que lorsque nous constituons un groupe psychoéducatif pour personnes avec dépression, nous serons très probablement confrontés à la multiplicité de formes de dépression, avec des présentations, des comorbidités et des sévérités différentes. Ceci peut être un frein à la mise en place de groupes fermés ; néanmoins, cette hétérogénéité et ce dynamisme symptomatologiques peuvent également être de puissants leviers thérapeutiques. Nous reviendrons sur ce point plus loin (chapitre 3).

En ce qui concerne l'étiologie de la dépression, l'état des connaissances suggère qu'elle aussi est plurielle, conjuguant des facteurs biologiques et psychosociaux. Parmi ces facteurs, nous pouvons citer une vulnérabilité accrue au stress<sup>3</sup>, déterminée par des facteurs génétiques, inflammatoires et des événements de vie précoce particulièrement stressants (Saveanu & Nemeroff, 2012). Au niveau neurobiologique, nous pouvons relever les anomalies de trois grands systèmes monoaminergiques – à savoir, la sérotonine (5-hydroxytryptamine, 5HT), la noradrénaline (NA) et la dopamine (DA) – qui constituent les cibles principales des approches médicamenteuses de la dépression (Saveanu & Nemeroff, 2012). Les anomalies de ces systèmes de neurotransmetteurs sont donc impliquées dans la dépression, sans qu'aucun d'entre eux ne puisse expliquer l'ensemble de la symptomatologie dépressive. Une approche conceptuelle plus récente de la neurobiologie de la dépression consiste à la considérer comme un trouble impliquant plusieurs régions et réseaux cérébraux. Spécifiquement, une réduction de la taille de l'hippocampe et du noyau caudé et une augmentation du volume de l'hypophyse ont été démontrées dans des études en imagerie cérébrale par résonance magnétique (IRM) (Saveanu & Nemeroff, 2012). Les études en tomographie par émission de positon (TEP) soutiennent quant à elles l'hypothèse selon laquelle la dépression est caractérisée par une activité réduite dans les zones corticales frontales et une hyperactivité dans l'amygdale et d'autres régions limbiques. Le cortex cingulaire subgénual en particulier semble être d'une importance capitale ; cette région cérébrale constitue une cible pour de nouveaux traitements pour la dépression, dont la stimulation cérébrale profonde (Saveanu & Nemeroff, 2012).

---

3. Celle-ci se manifeste notamment par la sécrétion excessive de cortisol et d'autres hormones de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA ; Saveanu & Nemeroff, 2012).

Sur le plan psychologique, l'influence des événements de vie précoce stressants sur l'émergence de la dépression est bien établie (Chapman *et al.*, 2004). De plus, il est important de noter que les personnes présentant ce type d'antécédents ont (a) des taux de rémission plus faibles, (b) des épisodes plus longs, (c) une évolution plus chronique de la maladie et (d) une apparition plus précoce des symptômes dépressifs (Chapman *et al.*, 2004 ; Saveanu & Nemeroff, 2012). Pour ces personnes en particulier, les approches psychothérapeutiques combinées ou non à de la pharmacothérapie paraissent particulièrement indiquées (Saveanu & Nemeroff, 2012). Nous aborderons les aspects psychologiques de la dépression plus en détail dans le chapitre 2.

Bien que les traitements pharmacologiques et psychologiques soient des stratégies thérapeutiques efficaces dans la réduction de symptômes dépressifs ainsi que dans l'amélioration du fonctionnement psychosocial des patients, une proportion considérable des patients déprimés ne connaît pas de rémission symptomatique satisfaisante (Aguglia *et al.*, 2014). De plus, les patients ayant expérimenté un épisode dépressif majeur présentent un risque de rechute accru, notamment lorsque des symptômes résiduels persistent (Hollon *et al.*, 2005). Hormis la présence de symptômes résiduels, d'autres facteurs, tels qu'une faible observance médicamenteuse et un sentiment d'efficacité personnelle réduit, sont également impliqués dans le risque de rechute dépressive (Gopinath *et al.*, 2007).

Pour résumer, la dépression est un trouble pluriel et dynamique avec des taux de prévalence très importants et un risque de rechute et de non-réponse ou de réponse partielle aux approches thérapeutiques qui reste élevé. Compte tenu de ces éléments, il est essentiel de développer l'accès à des approches thérapeutiques adaptées et efficaces. Étant donné que celles-ci doivent répondre aux besoins d'un grand nombre de patients, il est nécessaire qu'elles soient flexibles et structurées, afin qu'elles puissent être faisables par des professionnels d'horizons différents exerçant dans des contextes cliniques divers.

## 4 POURQUOI PROPOSER UN PROGRAMME DE PSYCHOÉDUCATION POUR LA DÉPRESSION ?

La psychoéducation en groupe est la psychothérapie de première intention pour le trouble bipolaire, où elle permet notamment d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle des patients (Bond & Anderson, 2015). Il peut donc paraître étonnant de constater qu'il existe très peu de programmes de psychoéducation

à destination de personnes avec dépression. Ceci est d'autant plus surprenant que les personnes avec dépression présentent en moyenne un niveau faible de connaissances de leur trouble et un sentiment d'isolement social et d'efficacité personnelle réduits (Donker et al., 2009). Or, les interventions psychoéducatives en groupe pourraient justement répondre à ces besoins. Parmi ces interventions, la plus ancienne est le *Coping With Depression Course* (CWDC), basé sur le modèle comportemental de Lewinsohn & Clarke (1984). L'une des plus récentes est le programme ENVIE, basé sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (voir chapitre 2) (Ducasse et al., 2015). Néanmoins, le CWDC et le programme ENVIE sont destinés à un sous-groupe de patients dépressifs présentant une symptomatologie dépressive légère à modérée, en raison de l'investissement nécessaire à la participation à un groupe fermé. Ceci limite donc l'accès d'un grand nombre de patients à ces programmes. De plus, compte tenu de la symptomatologie dynamique de la dépression, sa mise en place dans un contexte de soins courants est difficile. Or, comme nous l'avons mentionné précédemment, il existe des bénéfices spécifiques dus au format groupal, qui permettraient de réduire certains signes associés à la dépression tels que l'isolement social, et de favoriser la décentration (aptitude à observer les pensées et émotions en tant qu'évènements psychiques transitoires) (Stice et al., 2007). De plus, la psychoéducation en groupe est une alternative psychothérapique à coût relativement réduit, comparativement à des psychothérapies plus intensives, telles que les TCC individuelles dont l'efficacité est reconnue dans le traitement de la dépression (Hollon et al., 2005).

Ces constats nous ont donc conduits à développer un programme de psychoéducation groupal pour la dépression qui répond aux besoins d'efficacité – c'est-à-dire basé sur des modèles et des données probants – et de faisabilité spécifiques à ce trouble. Nous abordons maintenant la manière dont nous avons construit le programme IDEM-dépression afin qu'il réponde à ces besoins.

## 5 LE DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME IDEM-DEPRESSION

Le programme IDEM-dépression a été développé aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) en 2011 par Luisa Weiner, psychologue, et Gilles Bertschy, psychiatre (Weiner et al., 2016). Outre les spécificités inhérentes à la dépression que nous venons de détailler, l'organisation du service de psychiatrie des HUS a également contribué à la construction d'un programme qui soit à la fois structuré

et flexible. En effet, aux HUS, les unités d'hospitalisation, l'hôpital de jour et le suivi ambulatoire des patients sont regroupés au sein du même bâtiment. Ce type d'organisation est relativement peu répandu dans la mesure où, le plus souvent, du fait de la sectorisation des soins psychiatriques, l'hospitalisation complète et les soins ambulatoires sont proposés dans des sites géographiquement éloignés.

Cette organisation spécifique aux HUS nous a conduits à penser un programme groupal de psychoéducation pour la dépression qui puisse cibler des personnes en dépression sévère – le plus souvent bénéficiant d'une hospitalisation complète – et des personnes en dépression modérée ou légère – bénéficiant d'un suivi en ambulatoire ou en hôpital de jour. Étant donné les durées limitées des hospitalisations complètes, il était également important que les personnes bénéficiant d'une hospitalisation complète puissent accéder le plus vite possible au programme de psychoéducation. C'est pourquoi il était nécessaire que le groupe soit ouvert et intensif – pour que les patients puissent potentiellement y accéder dès la semaine d'admission à l'hôpital –, tout en gardant, bien sûr, une efficacité sur leur humeur et leur sentiment d'efficacité personnelle.

Ainsi, le format ouvert que nous avons choisi d'adopter permettait de répondre au caractère dynamique et pluriel des tableaux dépressifs auxquels nous étions confrontés aux HUS. De plus, il répondait également au besoin, souvent exprimé par les patients, d'une continuité entre soins intra et extra-hospitaliers. En effet, les patients ayant initié le programme lors d'une hospitalisation complète pouvaient le poursuivre une fois l'hospitalisation finie. Ceci avait pour but de favoriser la transition entre des soins hospitaliers intensifs et des soins ambulatoires, d'une part, et de permettre aux patients de rejoindre le programme en cas de rechute, d'autre part.

Bien que nous décrivions ici le cadre spécifique de développement du programme IDEM-dépression, il est important de souligner que, dès ses débuts, nous l'avons pensé flexible, c'est-à-dire pouvant s'adapter à des contextes d'exercice multiples. Comme nous le précisons davantage plus loin et dans l'article que nous avons publié en 2016 dans la revue *L'Encéphale*, dès 2012, le programme IDEM-dépression a été proposé dans plusieurs centres hospitaliers alsaciens. Dans l'un d'entre eux, il était proposé uniquement en intra-hospitalier, à des patients bénéficiant d'une hospitalisation complète, alors que dans d'autres, il était proposé en hôpital de jour ou dans un contexte ambulatoire. Dans les deux contextes, nous avons trouvé que le programme était faisable et que la satisfaction des patients et des animateurs était élevée (Weiner et al., 2016).

Concrètement, pour favoriser la flexibilité nécessaire à ce qu'il soit faisable et la structure nécessaire à sa dissémination et à son efficacité, nous avons opté pour un modèle modulaire. Dans ce type de modèle, il s'agit de construire des modules à partir des processus psychologiques identifiés dans la littérature scientifique comme étant impliqués dans le maintien de la dépression chez la plupart des personnes (Philippot et al., 2019). Parmi ces processus psychologiques, nous pouvons par exemple mentionner la rumination et l'inhibition comportementale, qui sont reconnues comme centrales dans le maintien de la dépression (Philippot et al., 2019). Au-delà des processus psychologiques spécifiques, nous nous sommes également référés à des modèles comportementaux et cognitifs de la dépression – dont les principes et l'efficacité sont reconnus dans ce trouble (cf. chapitre 2) – ainsi qu'aux données de la littérature scientifique en neurosciences et en psychopharmacologie appliquées à la dépression. C'est donc à partir de notre expérience clinique et des données scientifiques en psychologie, neurosciences et psychopharmacologie que nous avons tout d'abord déterminé les modules thématiques les plus pertinents, puis nous les avons construits sur un support PowerPoint accompagné d'un guide destiné aux thérapeutes. Initialement, dix-sept modules ont été sélectionnés et développés (cf. tableau 1 issu de Weiner et al., 2016).

Les objectifs transversaux à tous les modules du programme IDEM-dépression sont les suivants :

- 1) Informer les patients à propos de la dépression et de ses mécanismes.
- 2) Les sensibiliser aux approches et aux principes thérapeutiques empiriquement validés dans la dépression.
- 3) Instiller de l'espoir, diminuer la honte et augmenter l'efficacité personnelle.

Ces objectifs sont à l'origine de l'acronyme IDEM : Information, Découverte, Échange et Mobilisation. Les aspects Information et Découverte renvoient à l'aspect psychoéducatif du programme, tandis que l'Échange et la Mobilisation se réfèrent respectivement à l'espoir conjugué à la décentration due au format groupal et à l'un des principes thérapeutiques centraux du programme : l'activation comportementale (cf. chapitre 2).

Afin de cibler ces éléments, le programme est organisé en des séances de 2 heures divisées chacune en deux parties distinctes, entrecoupées par une pause de 15 minutes : la première partie est plus orientée psychoéducation et échange ; la deuxième partie est plus centrée sur les pratiques et expériences. Ce format, plus

expérientiel, a été privilégié à un format purement informatif car l'action favorise l'apprentissage, d'une part, et elle est au cœur de l'activation comportementale, présentée théoriquement mais également en pratique dans toutes les séances.

Pour évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du programme, nous avons proposé à 65 patients ayant participé à IDEM-dépression aux HUS, mais également dans deux autres centres hospitaliers alsaciens, de compléter une échelle visuelle analogique (EVA) de 10 cm évaluant leur humeur avant et après chaque séance du programme. Dans les EVA, zéro indiquait une humeur très basse tandis que cent indiquait une humeur élevée. Nos résultats suggèrent une amélioration significative de l'humeur des participants suite à la participation aux séances du programme IDEM-dépression (figure 1, issue de Weiner et al., 2016). De plus, de manière descriptive, les participants rapportaient une moindre sévérité de leur dépression et une amélioration de leur estime de soi suite à la participation au programme. En ce qui concerne la satisfaction à l'égard du programme IDEM-dépression, les résultats sont, ici aussi, encourageants : la satisfaction, évaluée à partir d'un questionnaire standardisé, est très élevée (Weiner et al., 2016). Le retour qualitatif des participants a également été positif et nous a permis de faire des hypothèses quant aux mécanismes d'action du programme (tableau 2, issu de Weiner et al., 2016). En particulier, nous nous sommes aperçus de l'importance du format groupal dans la diminution de la honte et de l'auto-stigmatisation associées à la dépression (Weiner et al., 2016). Comme nous l'avons déjà mentionné, le format groupal favorise l'apprentissage social, qui peut sous-tendre quant à lui certains changements d'attitudes et de comportements (Weiner et al., 2016). Nous verrons dans le chapitre suivant les fondements théoriques qui constituent le socle conceptuel du programme IDEM-dépression.

Thème de la séance	Mots clés
Dépression	Symptomatologie, épidémiologie, modélisation comportementale, décentration
Émotions	Identification, régulation émotionnelle, modélisation cognitivo-comportementale
Ruminations	Identification, décentration, acceptation, activation comportementale, résolution de problèmes
Des pensées à l'action	Ergothérapie, activation comportementale
Corps dépressif	<i>Embodiment</i> , activation comportementale, relaxation, posture