



HAL
open science

Description des méthodes de bibliothérapie dans la dépression : revue de la littérature

Camille Antoine

► **To cite this version:**

Camille Antoine. Description des méthodes de bibliothérapie dans la dépression : revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04509744

HAL Id: dumas-04509744

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04509744v1>

Submitted on 18 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Camille ANTOINE

le 26/10/2023

Description des méthodes de bibliothérapie dans la dépression :
Revue de la littérature

Directrice de thèse : Dr GLONDU-LASSIS Murielle

JURY

Présidente : Pr OLIE Emilie
Assesseuses : Pr REBOUL Marie-Catherine
Dr GLONDU-LASSIS Murielle

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Camille ANTOINE

le 26/10/2023

Description des méthodes de bibliothérapie dans la dépression :
Revue de la littérature

Directrice de thèse : Dr GLONDU-LASSIS Murielle

JURY

Présidente : Pr OLIE Emilie
Assesseuses : Pr REBOUL Marie-Catherine
Dr GLONDU-LASSIS Murielle

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HERTAULT Jean	NAVARRO Maurice
ALLIEU Yves	CAMU William	HUMEAU Claude	NAVRATIL Henri
ALRIC Robert	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	OTHONIEL Jacques
ARNAUD Bernard	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	PAGES Michel
ASENCIO Gérard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	PEGURET Claude
ASTRUC Jacques	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PELISSIER Jacques
AUSSILLOUX Charles	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PETIT Pierre
AVEROUS Michel	COTTALORDA Jérôme	KLEIN Bernard	POUGET Régis
AYRAL Guy	D'ATHIS Françoise	LAFFARGUE François	PUJOL Henri
BAILLAT Xavier	DEMAILLE Jacques	LALLEMANT Jean Gabriel	RABISCHONG Pierre
BALDET Pierre	DESCOMPS Bernard	LAMARQUE Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALDY-MOULINIER Michel	DIMEGLIO Alain	LAPEYRIE Henri	REBOUL Jean
BALMES Jean-Louis	DUBOIS Jean Bernard	LEROUX Jean-Louis	RIEU Daniel
BANSARD Nicole	DUJOLS Pierre	LESBROS Daniel	ROCHFORD Henri
BILLIARD Michel	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	SAINT-AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SANY Jacques
BONNEL François	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MATHIEU-DAUDE Pierre	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GRASSET Daniel	MEYNADIER Jean	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	GUILHOU Jean-Jacques	MICHEL François-Bernard	TOUITOU Isabelle
BUREAU Jean-Paul	GUITER Pierre	MION Charles	VIDAL Jacques
	HEDON berbard	MIRO Luis	VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	JONQUET Olivier
BASTIEN Patrick	LANDAIS Paul
BLANC François	LARREY Dominique
BONAFE Alain	LE QUELLEC Alain
BOULENGER Jean-Philippe	MARES Pierre
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MAURY Michèle
CLAUSTRES Mireille	MESSNER Patrick
COMBE Bernard	MILLAT Bertrand
DAURES Jean-Pierre	MONNIER Louis
DAUZAT Michel	MOURAD Georges
DAVY Jean-Marc	PREFAUT Christian
DEDET Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel	RIBSTEIN Jean
GROLLEAU RAOUX Robert	SCHVED Jean-François
GUERRIER Bernard	SULTAN Charles
GUILLOT Bernard	TOUCHON Jacques
HERISSON Christian	UZIEL Alain

Docteurs Emerites

PRAT Dominique
 PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CANOVAS François	Anatomie
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive

HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOENIG Michel	Génétique
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LECLERCQ Florence	Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Amaud	Pneumologie ; addictologie
BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérard	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Amaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement, addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique

LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
ROUBILLE François	Cardiologie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
SULTAN Ariane	Nutrition
VINCENT Thierry	Immunologie

PU-PH de 2ème classe

AYRIGNAC Xavier	Neurologie
BELZEAUX Raoul	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
BERTRAND Martin	Anatomie
BOBBIA Xavier	Médecine d'urgence
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DONNADIEU Hélène	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FRANDON Julien	Radiologie et imagerie médicale
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GANDET Thomas	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GELIS Anthony	Médecine physique et de réadaptation
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LATTUCA Benoît	Cardiologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIVIER François	Pédiatrie
ROGER Claire	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

2^{ème} classe :

CHAZAL Nathalie (Biologie cellulaire)

MOREAUX Jérôme (Sciences biologiques fondamentales et cliniques)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

DEBIEN Blaise (Médecine d'urgence)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

MARTRILLE Laurent Médecine légale et droit de la santé

RICHARD Bruno Médecine palliative

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère Génétique

CARRIERE Christian Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BRET Caroline Hématologie biologique

BROUILLET Sophie Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

CHIRIAC Anca Immunologie

COSSEE Mireille Génétique

FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie

GIRARDET-BESSIS Anne Biochimie et biologie moléculaire

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

LAVIGNE Géraldine Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier Médecine et Santé au Travail

MATHIEU Olivier Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BARATEAU Lucie	Physiologie
BERGOUIGNOUX Anne	Génétique
BOETTO Julien	Neurochirurgie
DESHAYES Emmanuel	Biophysique et médecine nucléaire
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
ENGELMANN Ilka	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GATINOIS Vincent	Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès	Physiologie
HERBAUX Charles	Hématologie, transfusion
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
LEVEQUE Maude	Parasitologie et mycologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
RANISAVELJEVIC Noémie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; Gynecologie médicale
SOUICHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BECAMEL Carine	Neurosciences
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

Maîtres de Conférences de classe normale

CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
HERVE ANDRE Emilie	
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David
OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

BADIN Mélanie
CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MINET Mathilde
PAVAGEAU Sylvain
SERAYET Philippe

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
GAVOTTO Arthur	Pédiatrie
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
POULEN Gaetan	Neurochirurgie
ROCH Benoît	Pneumologie, addictologie
URSIC BEDOYA José	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BRISOT Dominique	FAURE Elsa	MARTIN Lucille	SEGURET Fabienne
AGUILHON Sylvain	BRONER Jonathan	FILLERON Anne	MATTATIA Laurent	SENESSE Pierre
AKKARI Mohamed	CAIMMI Davide Paolo	FILLOLS Mélanie	MEROUEH Fadi	SERRE Jean-Emmanuel
ALRIC Jérôme	CARR Julie	FOURNIER Philippe	MEYER Pierre	SKALLI El Medhi
AMEDRO Pascal	CARTIER César	GAILLARD Nicolas	MICHEL Moïse	SOLA Christelle
AMOUROUX Cyril	CASPER Thierry	GALMICHE Sophie	MILESI Christophe	SOULLIER Camille
ANTOINE Valéry	CASSINOTTO Christophe	GENY Christian	MORAU Estelle	SOUKSI MEDIONI Isabelle
ARQUIZAN Caroline	CATHALA Philippe	GERONIMI Laetitia	MORQUIN David	STOEBNER DELBARRE Anne
ATTALIN Vincent	CAZABAN Michel	GINIES Patrick	MOSER Camille	TEOT Luc
BADR Maliha	CHARBIT Jonathan	GRECO Frédéric	MOUSTY Eve	THIRION Marina
BAIS Céline	CHEVALLIER Thierry	GROSSIN Delphine	MOUTERDE Gaël	TUNEZ Virginie
BARBAR Saber Davide	CHEVALLIER-MICHAUD Jo	GUEDJ Anne Marie	PERNIN Vincent	VACHIERY-LAHAYE Florence
BASSET Didier	COLIN Olivier	GUYON Gaël	PERRIGAULT Pierre François	VERNES Eric
BATIFOL Dominique	CONEJERO Ismael	HEDON Christophe	PEYRON Pierre-Antoine	VIALA Maurice
BATTISTELLA Pascal	CONSEIL Mathieu	HENRY Vincent	PICARD Eric	VINCENT Laure
BAUCHET Luc	CORBEAU Catherine	JAMMET Patrick	PICOT Marie Christine	WAGNER Laurent
BELL Ariane	COROIAN Flavia-Oana	JEDRYKA François	POQUET Hélène	WALTHER LOUVIER Ulrike
BENEZECH Jean-Pierre	COUDRAY Sarah	JREIGE Riad	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
BENNYNS Karim	CUNTZ Danielle	KINNE Mélanie	PUPIER Florence	
BERNARD Nathalie	DARDALHON Brigitte	LABARIAS Coralie	QUANTIN Xavier	
BERTCHANSKY Ivan	DAVID Aurore	LABORDE Caroline	RAFFARD Laurence	
BIBOULET Philippe	DE BOUSTRAY Marie	LACAMBRE Mathieu	RAPIDO Francesca	
BIRON-ANDREANI Christine	DE LA TRIBONNIÈRE Xavie	LANG Philippe	RIBRAULT Alice	
BLANC Brigitte	DEBIEN Blaise	LAZERGES Cyril	RICHAUD-MOREL Brigitte	
BLANCHARD Sylvie	DELPONT Marion	LE GUILLOU Cédric	RIDOLFO Jérôme	
BLANCHET Catherine	DENIS Hélène	LEGLISE Marie Suzanne	RIPART Sylvie	
BLATIERE Véronique	DEVILLE de PERIERE Gilles	LE MOINE DONY Marie-Christine	RONGIERES Michel	
BOGE Gudrun	DI CASTRI Alberto	LETERTRE Simon	ROULET Agnès	
BOURRAIN Jean Luc	DJANIKIAN Flora	LOPEZ Régis	RUBENOVITCH Josh	
BOUYABRINE Hassan	FAIDHERBE Jacques	LUQUIENS Amandine	SANTONI Fannie	
BRINGER-DEUTSCH Sophie	FATTON Brigitte	MANZANERA Cyril	SASSO Milène	
BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	FAUCHERRE Vincent	MARGUERITTE Emmanuel	SCHULDINER Sophie	

Remerciements

Mes remerciements vont :

Au professeur Olie, psychiatre au CHU de Montpellier, pour me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Au professeur Reboul, pour avoir manifesté de l'intérêt pour le sujet lors des débuts et avoir accepté de faire partie ce jury.

Au Dr Glondu-Lassis, merci de t'être engagée pour m'encadrer dans ce travail, de m'avoir guidée et soutenue.

A mes parents, de m'avoir permis d'emprunter ce chemin et d'aller au bout. Merci de m'avoir donné le goût de la lecture, avec les histoires du soir. Merci pour tant d'amour et de sagesse que vous m'avez apporté, et m'apportez encore.

A Grand-père, qui attend patiemment cette thèse depuis longtemps déjà.

A Juju, pour le bonheur de notre complicité et la chance que j'ai d'être ta sœur. Merci pour nos échanges, ta relecture, ton humour.

A Lucas pour ton écoute, ton soutien et enthousiasme indéfectibles. C'est grâce à toi que ce travail a abouti, merci d'avoir su rebondir et m'encourager dans tous les moments d'errance. Je ne te remercierai pas assez ici de tout ce que tu m'apportes ! Merci aussi pour toute l'assistance technique sans laquelle j'en serais encore à installer Zotero probablement..

A Nemo pour les conseils, les encouragements et l'amitié devenue famille.

Sarah, merci pour le partage des premiers pas dans la vie d'étudiante et l'amitié qui est née, la précieuse parenthèse grenadine, j'espère manger des fruits de tes arbres. Sophia, merci pour tous ces rires partagés, et ta confiance. A Mouk, pour les discussions et les aventures qui nous emmènent loin !

A Monica et Doudou qui ont partagé mon quotidien pendant la rédaction de cette thèse, merci pour ces années de colocation. A Pablo et Mathilde pour les conversations sur la bibliothérapie, entre autres. Merci aux amis de Montpellier et autour pour tous les précieux moments de ces dernières années.

A mes maîtres de stage, Monique, Marie-Laure, Philippe qui m'ont appris le métier de médecin généraliste dans leur magnifique pays cévenol. Merci pour votre partage et votre engagement.

A l'équipe d'internes de l'hôpital de Sète, Camille, Pauline, Simon, Marine, Vince et Valentin pour l'aventure COVID à l'hôpital. Merci à Jean-Baptiste, Maxime, Gabriel, Imad, Flavien, et toutes les équipes infirmières et aide-soignantes d'avoir été patients avec nous.

Merci à Manoelle de m'avoir transmis avec passion les enjeux sociaux de la PMI et l'amour de la pédiatrie. A Luc pour les discussions spirituelles et la décision pragmatique.

A Philippe, Yann et Marie pour votre partage, et votre confiance.

Merci à tous les membres de l'association Quoi de neuf et Avicenne à Florac, pour cette expérience du médico-social rural mobile. Merci à Eléonore pour la deuxième journée A votre santé !

Merci à Jean-Michel, Cécilia et Hubert de m'accueillir dans votre cabinet, c'est un plaisir de travailler et de continuer à apprendre à vos côtés.

Table des matières

Remerciements.....	16
I. INTRODUCTION	19
II. MÉTHODE.....	22
A. Première sélection.....	22
B. Deuxième sélection	23
C. Synthèse	25
III. RÉSULTATS.....	26
A. Articles inclus.....	26
1. Première sélection.....	26
2. Deuxième sélection.....	27
B. Analyse synthétique.....	27
1. Supports.....	27
a. Manuels de psychologie.....	28
b. Livres de fiction.....	34
c. Supports mixtes.....	37
2. Mises en place.....	38
a. Bibliothérapie non guidée	38
b. Bibliothérapie avec contact minimal.....	41
c. Bibliothérapie guidée.....	46
IV. DISCUSSION.....	51
Glossaire.....	57
Bibliographie.....	58
Table des figures.....	66
Annexes.....	67
Serment d’Hippocrate du conseil de l’ordre des médecins.....	87
Serment d’Hippocrate de la faculté de Montpellier.....	88
Résumé.....	89
Abstract.....	90

I. INTRODUCTION

La dépression est l'un des troubles mentaux les plus fréquemment rencontrés, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que 5 % de la population adulte souffre de dépression, soit environ 280 millions de personnes dans le monde. Cette pathologie multifactorielle et complexe, dont les critères diagnostiques consensuels se trouvent dans le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM V (1)), constitue l'une des principales causes d'incapacité dans le monde (2).

Une des réponses apportée est pharmacologique et la consommation d'antidépresseurs ne cesse d'augmenter selon les chiffres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) (3). L'approche biochimique est dominante, d'autant plus depuis l'arrivée de la famille des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), plus efficaces et mieux tolérés que les anciennes molécules (4). Cependant, ces médicaments ne sont pas systématiquement efficaces, ils le sont rarement seuls, et sont inadaptés dans les cas d'épisodes dépressifs mineurs à modérés, ou subsyndromiques. De plus, ces traitements sont coûteux et pourvoyeurs d'effets indésirables fréquents et nombreux (perturbation de l'état de vigilance, de la concentration, troubles de la fonction sexuelle, troubles gastro-intestinaux, états maniaques, syndrome de sevrage, etc.) (5).

En parallèle de la pharmacopée, se sont développées les Interventions Non Médicamenteuses (INM) dont la définition est « une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. » (7). On y retrouve des interventions psychologiques, physiques, nutritionnelles, numériques et autres. Ces interventions permettent une approche multidimensionnelle et complémentaire des traitements pharmacologiques.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en fait partie, elle fait son apparition dans les années 1950 aux Etats-Unis, théorisée par Aaron Beck (psychiatre) et Albert Ellis (psychothérapeute). Elle a démontré son efficacité dans la prise en charge de la dépression (7) et s'est même montrée efficace précocement et sur le long terme chez des patients résistants à un traitement médicamenteux (8). Parmi les INM psychologiques se trouve aussi l'art thérapie qui inclut la thérapie par la peinture, la musique, la poésie, le théâtre et la bibliothérapie (9).

Dans cet article, nous allons nous intéresser à cette dernière méthode, la *bibliothérapie*. Le terme est composé de deux mots d'origine grecque *biblion* signifiant « livre » et *therapeia* qui signifie « thérapie ». Leur association nous amène au concept relativement ancien des vertus thérapeutiques de la lecture (Annexe 1). Le mot «Bibliothérapie» est plus récemment défini dans le Webster international de 1961 (dictionnaire de référence américain) comme « le processus de l'interaction dynamique entre la personnalité du lecteur et la littérature, utilisé à des fins d'introspection et de meilleure connaissance de soi ; l'emploi de supports imprimés sélectionnés comme adjuvants thérapeutiques en médecine et en psychiatrie » (10).

En parallèle de la thérapie par la lecture de livres de littérature et de poèmes développée dans différents contextes hospitaliers au vingtième siècle aux Etats-unis (11), la théorisation de la psychothérapie fait émerger dans les années 1970, le courant littéraire des *self-help books* (ou livres d'auto-assistance). La définition du terme *self-help* est « l'action de s'améliorer ou de surmonter ses problèmes sans l'aide des autres, en particulier ses problèmes émotionnels sans aide professionnelle » selon le dictionnaire américain Merriam Webster (12). Le terme regroupe aujourd'hui diverses pratiques de soins avec un minimum d'implication des professionnels (13). Les livres d'auto-assistance sont aujourd'hui présents par dizaines dans la plupart des librairies, et constituent un marché important. Ils ne sont que très rarement évalués pour leur efficacité, cependant tous se promettent thérapeutiques (14).

Une méta-analyse des études randomisées sur la bibliothérapie conduite par Marrs en 1995 retrouve, malgré les limitations qu'il décrit, un effet modéré mais significatif de cette méthode dans divers problèmes de santé (15). Concernant la dépression, la difficulté d'accès aux soins, ainsi que la stigmatisation des troubles de santé mentale sont des éléments conduisant à un renoncement aux soins. La bibliothérapie est étudiée dans ce contexte, et perçue comme pouvant permettre un accès rapide à une aide psychologique, avec les avantages d'être peu coûteuse et vécue comme moins stigmatisante, d'autant qu'elle serait accessible en soins primaires. Cette utilisation des livres est largement étudiée et utilisée dans les pays anglo-saxons (16).

Au Pays de Galles, le programme de lecture pour la santé « Reading Well » en partenariat avec la NHS (National Health Service) et The Royal College of Gps (General practitioners) propose un corpus de livres sélectionné par des experts en santé et des patients, traitant de divers thèmes de santé, dont la dépression (17). Les recommandations anglaises du NICE (National Institute for Health and Care Excellence), l'équivalent de la HAS (Haute Autorité de Santé), incluent « Guided self-help » (soit auto-assistance guidée) comme une option de traitement à part

entière dans la dépression modérée et sévère, en précisant un support structuré de thérapie cognitivo-comportementale, d'activation comportementale, d'éducation psychologique ou de résolution de problèmes (18).

En ce qui concerne la France, en 1994 le philosophe Marc-Alain Ouaknin publie *Bibliothérapie. Lire c'est guérir*, ouvrant la voie à la réflexion sur le pouvoir thérapeutique des livres. La première thèse de médecine générale sur le sujet est rédigée par Pierre-André Bonnet en 2009, dans laquelle il a interrogé les médecins généralistes et les patients sur la nature de l'effet thérapeutique de la lecture (19). En 2021, la thèse de Keren-Or Dahan met en évidence une faible connaissance de la bibliothérapie par les médecins généralistes interrogés, et la pratique intuitive de ceux qui l'emploient, souvent guidés par leur propre expérience du bénéfice thérapeutique de la lecture. Elle dévoile une attitude favorable des praticiens ainsi qu'une demande de formation et de création d'un registre de livres classés par troubles (22). Régine Détembel est elle kinésithérapeute et formatrice en bibliothérapie créative à Montpellier. Elle est autrice d'un essai *Les livres prennent soin de nous* en 2017.

La bibliothérapie rejoint aussi le concept de *médecine narrative* décrite par la médecin américaine Rita Charon (23). Ce courant s'intéresse à l'importance du récit du patient et à la singularité de son vécu dans la prise en soins et la relation thérapeutique. A ce sujet, en 2020 la thèse de Naïs Herbreteau s'est intéressée au vécu de la maladie par les patients dans les autopathographies sous forme de BD, et exprime la nécessité de créer un corpus de ressources utilisables autant dans le soin que la pédagogie (24).

Dans la lignée du recours psychologique que peuvent représenter les livres sacrés ou non, les réflexions philosophiques, les fictions et les poèmes, à quoi ressemble aujourd'hui la bibliothérapie pour le trouble de l'humeur?

Devant la diversité des possibilités d'utilisation de la lecture dans le soin, nous allons réaliser un état des lieux, à l'aide d'une revue de la littérature, des méthodes d'utilisation de la bibliothérapie dans la prise en charge de la dépression.

Cette thèse a pour objectif d'éclaircir les modalités de la bibliothérapie écrite utilisée dans la dépression. Une revue de la littérature nous permettra de décrire et d'analyser la recherche à ce sujet, dans le but d'appréhender les supports et les méthodes employés.

II. MÉTHODE

A. Première sélection

La sélection d'articles a débuté le 8 février 2022 et s'est terminée le 30 Janvier 2023. La méthode de cet article a suivi la checklist 2020 du Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (23).

Les bases de données Pubmed, Embase, Cochrane library, et PsyINFO ont été interrogées. Les mots-clés de recherche utilisés étaient « Bibliotherapy » ou « written self-help » ou « book therapy » et « Depression ». A partir de ces mots-clés les termes correspondants en Medical Subject Headings (MeSH) employés ont été les suivants :

- Depression : [Dépression – Episode dépressif caractérisé]
- Bibliotherapy : [Bibliothérapie]

- Critères d'inclusion

Il n'y a pas eu d'application de filtre d'année ou de pays, ni de type d'étude initialement. Lors de cette première étape, les articles inclus étaient ceux traitant de l'utilisation de la **bibliothérapie avec un support écrit, guidé ou non**, dans la prise en charge de la **dépression chez les adultes**.

Ont été incorporées des études randomisées quantitatives, des méta analyses, mais aussi des études qualitatives, articles de revue ou avis d'experts, pour avoir une vue d'ensemble des possibilités et des points de vue. Ceci dans le but d'explorer quelle littérature est utilisée, fiction ou non et avoir une vision d'ensemble du sujet et des méthodes.

- Critères d'exclusion

Par rapport aux populations étudiées, les études traitant de la dépression chez les enfants et les adolescents (âge <19) ont été exclues. Cet âge correspond à la majorité légale en France et les études sur les adolescents utilisent cette limite (28).

Les articles traitant d'autres pathologies que la dépression ou bien de dépression liée à d'autres pathologies psychiatriques, ou en lien avec des maladies ou handicap physiques ont aussi été exclues, ainsi que les articles traitant de populations spécifiques (VIH, etc.).

Les études utilisant la bibliothérapie comme outil en prévention de la dépression ont aussi été exclues.

L'utilisation d'un support uniquement numérique (logiciel, etc.) a aussi conduit à l'exclusion, mais celles qui comparaient l'utilisation d'un support numérique avec la bibliothérapie par le livre ont été conservées.

L'analyse et la lecture des articles a été réalisée de septembre 2022 à janvier 2023 grâce à un tableau (Tableau 1 ; Annexe 2) en détaillant les entrées suivantes pour chaque article rajouté :

- le titre de l'article
- l'année de parution
- le nom des auteurs
- le journal de publication
- l'objectif de l'étude ou de l'article
- la méthode de l'étude
- le livre utilisé
- les échelles d'évaluation
- les résultats
- les limites
- la discussion

B. Deuxième sélection

Pour réaliser une synthèse concise de l'axe de recherche, c'est-à-dire de décrire les méthodes de mise en place, les articles qui n'exposaient pas une méthode de bibliothérapie ont été éliminés.

Les articles de revue écrits par un seul auteur, les avis d'expert ou les revues narratives de la littérature qui n'exploraient pas une méthode de mise en place de la bibliothérapie ont donc été exclus. Les articles traitant de la mise en place d'une telle méthode de lecture pour la prise en charge de la dépression ont été extraits des méta analyses précédemment incluses.

Cette sélection d'articles a ensuite été analysée à l'aide d'un deuxième tableau (Tableau 2 ; Annexe 2) pour les catégoriser selon leur méthode de bibliothérapie.

Un article de 1978 de Glasgow et Rosen (25) divise les prises en charge selon le temps de contact avec le thérapeute, et leur classification est reprise par de nombreux auteurs (26).

Les méthodes ont donc été catégorisées selon ces trois possibilités :

- **Bibliothérapie non guidée (self administered)** : Le livre est la base du traitement, il n'y pas de contact avec un thérapeute, même s'il peut y avoir contact avec les chercheurs pour la mise en place du programme, ou un premier contact explicatif, sans conseil thérapeutique.
- **Bibliothérapie avec un contact minimal (minimal contact)** : Il existe un contact avec un thérapeute, généralement sous la forme d'un échange hebdomadaire court, mais le traitement repose principalement sur le livre.
- **Bibliothérapie guidée (therapist administered)** : Il y a un suivi régulier par un thérapeute avec lequel le patient peut échanger sur les sujets du livre. La lecture peut être le point de départ de séances de discussions ou de psychothérapie.

Les autres entrées de catégorisation par rapport à la méthode de bibliothérapie étaient :

- la théorie de psychologie
- le livre utilisé
- la présence d'exercices ou non
- le type de suivi (non guidé, minimal ou guidé)
- la fréquence et durée du suivi
- le contenu du suivi (contrôle ou support)
- thérapie de groupe ou individuelle
- l'accompagnement par un professionnel de santé ou non
- l'exploration d'un mécanisme de changement s'il y en avait un.

Les études ont aussi été catégorisées selon les critères suivants :

- le type d'étude
- la population (nombre et âgé ou non)
- le recrutement (clinique ou non)
- la présence d'un diagnostic de dépression (oui ou non, quelle échelle)
- la présence d'une randomisation (oui ou non)
- l'attrition (>20 % ou au dessous)
- la présence d'un groupe contrôle (oui ou non)
- les échelles de mesure
- les résultats (significatif ou non)
- le suivi (durée)

C. Synthèse

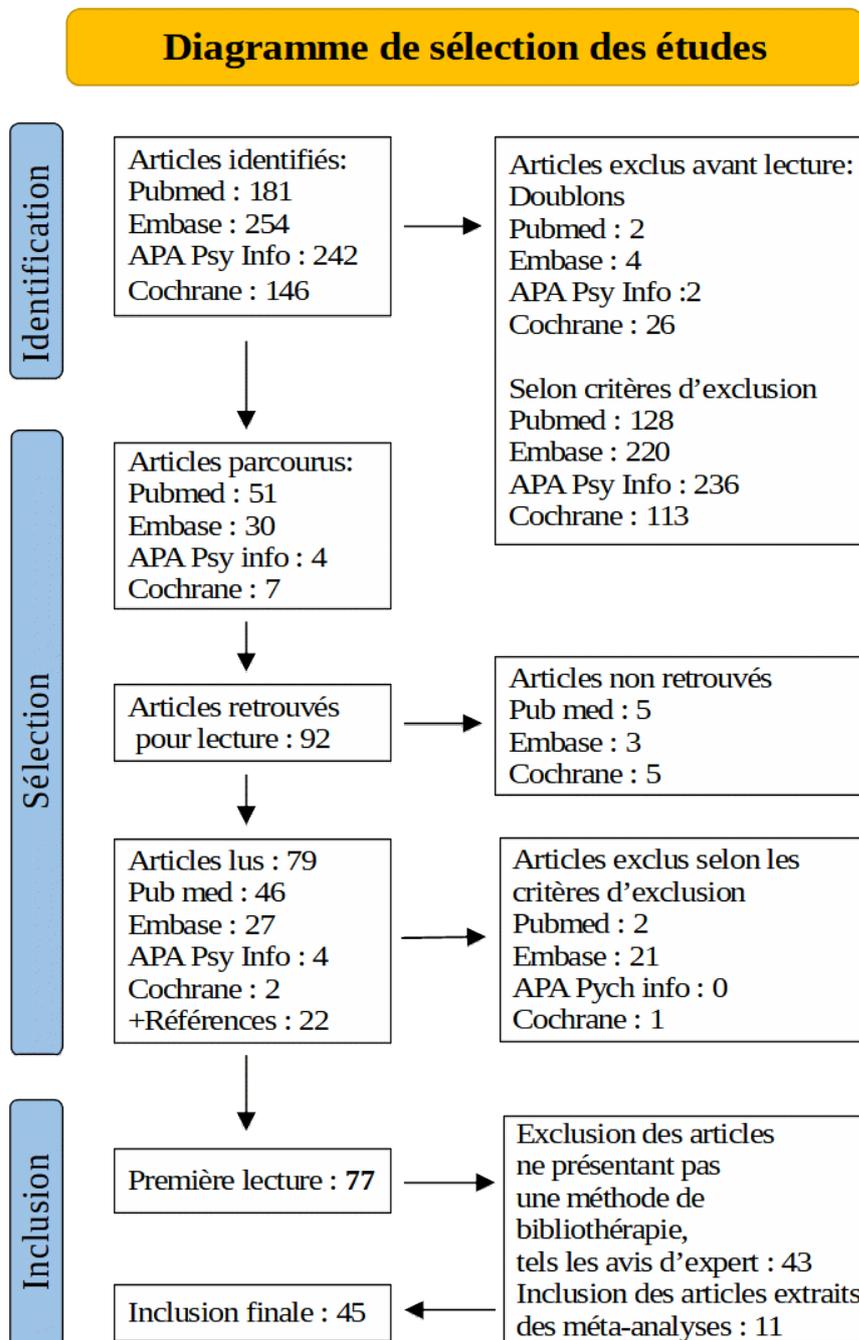
Les outils de la bibliothérapie sont tout d'abord explicités en s'intéressant aux supports, donc aux livres utilisés et leurs théories ou processus. Ceci a été effectué à partir de la première sélection d'articles, plus générale, puis précisé en rapport avec la deuxième sélection d'articles.

Ensuite les méthodes de mise en place et d'accompagnement retrouvées sont regroupées et détaillées, selon les trois catégories : non guidé, guidé à minima et guidé. Les articles sont regroupés selon leurs caractéristiques communes.

III. RÉSULTATS

A. Articles inclus

1. Première sélection



La première phase de recherche a abouti à un corpus de 77 articles datés entre 1980 et 2022. Le détail de la nature des articles est le suivant :

Méta-analyses: 13

Etudes qualitatives: 9

Etudes quantitatives: 37 (dont 33 études randomisées)

Articles de revue/ avis: 13 + 4

Cohorte observationnelle: 1

L'analyse de ces articles peut être retrouvée en Annexe 2.

2. Deuxième sélection

Après la lecture et l'analyse dans un premier tableau des 77 articles, les articles traitant de la bibliothérapie de manière générale ou imprécise ont été éliminés, comme des articles où un seul auteur donne son avis sur le sujet. Par exemple, l'un d'eux s'intéressait à la difficulté d'étudier l'efficacité de la bibliothérapie du fait que la lecture d'un livre dans le cadre d'une étude est très différent de la lecture pour soi (27). Les articles explorant la perception de la bibliothérapie par les patients ont aussi été exclues, l'un d'eux recueille par exemple l'avis de 536 participants (28).

Les études analysant la qualité des livres d'autosoin ont aussi été éliminées. Un article par exemple, analyse la qualité du contenu de 97 livres d'autosoin en Angleterre, mais n'expose pas de méthode de bibliothérapie (29). Deux articles traitaient du suivi à 2 ans et à 3 ans d'une même mise en place, les deux ont été exclus puisqu'il s'agissait d'une même étude de base (30) (31).

Les treize méta analyses n'ont pas été incluses dans la synthèse, mais il en a été extrait 11 articles qui n'étaient pas déjà inclus.

Cette deuxième étape a donc, pour les raisons citées exclu 43 et ajouté 11 articles. Un corpus de **45 études** a donc été formé, dont la catégorisation peut être retrouvée dans le tableau 2 (Annexe 2).

B. Analyse synthétique

1. Supports

Le contenu est-il la base du remède ? Nous allons tout d'abord analyser les supports de lecture utilisés dans les études incluses.

Il est possible de diviser la recherche en deux catégories. La première, majoritaire, se penche sur l'utilisation de livres d'éducation psychologique et la seconde utilise la littérature de fiction. Nous allons exposer les théories sur lesquelles elles reposent pour ensuite s'intéresser aux supports ayant été étudiés.

a. Manuels de psychologie

Face à l'augmentation de l'utilisation des antidépresseurs, accompagnés de leur coût et de leurs effets indésirables, de nombreuses études montrent que les interventions psychologiques (thérapie cognitive, comportementale ou interpersonnelle) sont aussi efficaces que les médicaments (32), ont un effet soutenu dans le temps (33) (32) et moins d'effets indésirables. Ces résultats justifient l'intérêt existant à développer la prise en charge psychologique, et pour ceci l'utilisation du livre comme support de psychothérapie autonome pour les patients semble idéale.

Les manuels de psychologie permettent aux patients d'accéder aux ressources et techniques de psychothérapie malgré le manque de personnel soignant disponible.

La grande majorité des études portant sur la bibliothérapie dans la dépression utilise ce type de livre. Ils reposent sur une forme de psycho-éducation, en expliquant aux patients la pathologie et ses symptômes, mettant en lumière les mécanismes psychiques à l'œuvre, puis proposent des méthodes de déconstruction et de correction des réflexes en jeu. Ils incluent souvent des exemples de situations avec des exercices.

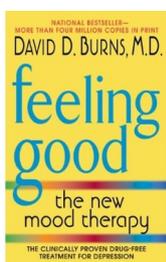
L'utilisation de ces livres repose sur la théorie que l'apprentissage de compétences est le principal mécanisme de changement (35). Certains auteurs appellent ceci la bibliothérapie cognitive.

La majorité de ces livres se base sur **la théorie cognitivo-comportementale**. Les patients peuvent apprendre des compétences cognitives, par exemple reconnaître leurs pensées automatiques négatives, les critiquer en les mettant face à la réalité des faits, c'est-à-dire à leurs accomplissements. Ceci repose sur l'idée qu'en changeant nos pensées nous pouvons changer nos émotions. L'autre composante est comportementale et passe par l'incitation à réaliser des activités qui provoquent du plaisir, programmer des événements, pour contrer le cercle vicieux de l'inactivité.

Certains articles portent sur l'utilisation de livres de **psychologie positive**, qui consiste à renforcer les pensées et actions positives qui provoquent du plaisir (35).

D'autres, plus rares portent sur la **thérapie rationnelle émotive**, une forme de TCC théorisée par Albert Ellis qui repose sur un modèle ABC. A sont les événements déclencheurs, B les interprétations de ces événements et C les conséquences ou comportements. Ce type de thérapie vise à changer la perception ou interprétation que l'individu se fait des événements dans le but de changer de comportement (37). Certains articles utilisent des livres basés sur la résolution de problèmes, qui fait aussi partie des armes de la thérapie cognitivo-comportementale. Le travail de la résolution de problème est un travail cognitif consistant à s'entraîner à réagir positivement, croire en ses capacités à faire face à des situations stressantes, et faire appel à un comportement rationnel de résolution contenant des stratégies, plutôt que subir des réactions impulsives ou d'évitement. C'est ce qu'on appelle « coping » en anglais (38).

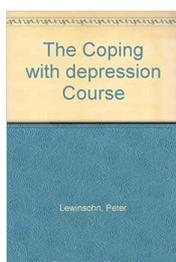
- **Feeling Good**



Le livre le plus étudié est **Feeling Good** écrit en 1980 par David Burns (39), un psychiatre américain ayant largement contribué à diffuser la théorie de la thérapie cognitivo-comportementale de Beck. Le livre est de 398 pages décomposé en sept parties, et le niveau de lecture est de sixième (6th grade). Il est accompagné d'un livre d'exercices pour s'entraîner et mettre en pratique les suggestions de la thérapie cognitivo-comportementale. Il a été traduit en français sous le titre *Etre bien dans sa peau* (40).

Onze études incluses dans cette revue utilisent ce livre. *Feeling Good* a obtenu des résultats équivalents à une prise en charge habituelle (41), une psychothérapie individuelle (42), un livre de thérapie comportementale *Control your depression* (43) ainsi qu'un livre d'auto-examen (44). Il s'est montré supérieur à l'absence de traitement dans les groupes contrôles (45) (46) et à la lecture d'un livre placebo de logothérapie intitulé *Man's search for meaning* (47).

- **Coping with depression**



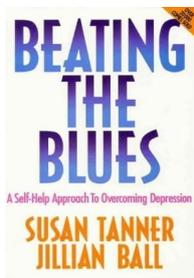
Le deuxième livre le plus étudié est **Coping with depression** (48), et est utilisé dans dix études. Il a été écrit par les psychologues américains Peter M. Lewinsohn, David O. Antonuccio, Julia L. Steinmetz and Lin Terry. Il est aussi basé sur la théorie cognitivo-comportementale avec un modèle de psycho-éducation. Il a été adapté sous différentes formes: audio, télévision. Il a été étudié sous forme de thérapies individuelles (guidées ou non) et de groupe, en prévention et

en traitement, chez des adultes et des adolescents (49–53).

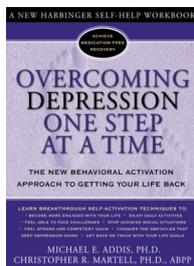
Le patient est plutôt considéré comme un élève et le thérapeute comme un professeur. Il repose sur la théorie de l'apprentissage social de Bandura, et la théorie rationnelle-émotive de Ellis. Le patient apprend des manières de s'adapter, les outils enseignés entrent dans le champ de capacités sociales, la restructuration de pensées négatives, l'activation comportementale en incitant et planifiant des activités. Cognitivement il s'agit de l'incitation à augmenter les pensées provoquant une émotion positive et diminuer les pensées provoquant des émotions négatives (54). Les études incluses dans cette revue utilisent surtout le programme dans les thérapies de groupe.

- **Autres**

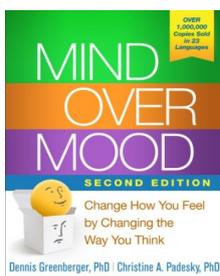
- Basés sur la TCC



Beating the Blues : A self help approach to overcoming depression (53) est un livre de TCC écrit par deux psychologues américaines Susan Tanner and Jillian Ball. Il est utilisé dans une étude australienne (54).

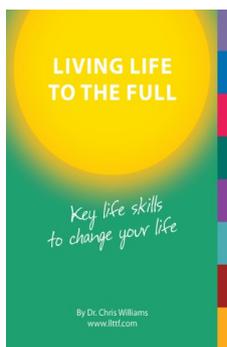


Overcoming depression one step at a time (57) est un livre basé sur la TCC écrit en 2004 par Addis et Martell, il explique la théorie d'activation comportementale dans la dépression. Le niveau de lecture est de 4ème (8th grade) il est constitué de 180 pages dont 68 pages d'exercices. Il est utilisé dans une étude (58).



Mind over mood (59) de Greenberger and Padesky, est un livre d'auto soins basé sur la TCC, écrit en 1995. Il fait 200 pages, comprenant 37 pages à compléter par le lecteur. Il explique les pensées automatiques, ou pensées intrusives et intègre la création d'un journal de ces pensées.

Il est utilisé dans une étude en Angleterre en 2001 (60), puis dans une étude taïwanaise en 2008 (61).



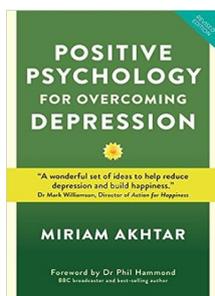
Living life to the full (62) est un programme développé par Chris William, un psychiatre anglais, avec le soutien du National Health System NHS et l'IAPT (Improving access to psychological therapies). Il consiste en huit sessions explorant chacune un principe de TCC en groupe avec un support écrit (63).

Dans six des études incluses, le manuel de TCC a été écrit pour l'étude.

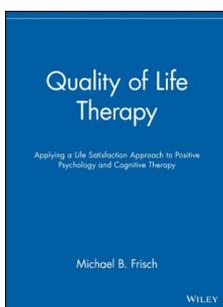
The Good mood guide (64) par exemple a été écrit pour une étude australienne (65) par Philips A., Edelman S., Perkins D., Barisic M., Deane F., & Gould G puis réutilisé dans une étude Thaïlandaise où il a été traduit (66). Il contient huit chapitres.

Les autres articles ne précisent pas de titre ou d'auteur, et le support n'est pas accessible. Souvent la base théorique est décrite et repose sur l'analyse des pensées, des sentiments et des comportements, avec une partie dédiée aux exercices.

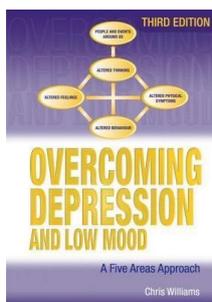
- Basés sur d'autres théories



Positive psychology for overcoming depression (67) est un livre d'autosoin basé sur la théorie de la psychologie positive écrit par M. Akhtar, une psychologue britannique. Il est utilisé dans une étude (36). Le livre a été traduit en français sous le titre *la psychologie positive pour surmonter la dépression*.



Quality of Life Therapy (68) écrit par Michael B. Frisch, un psychologue de la psychologie positive est utilisé dans une étude pilote, qui comprend des éléments de TCC mais aussi comment gérer les insatisfactions dans divers domaines de la vie (69).



Overcoming depression : a 5 area approach (70) est composé de différents livrets sur des sujets tel que la résolution de problèmes, l'affirmation de soi, l'utilisation d'antidépresseurs, surmonter les problèmes de sommeil, etc. ; le contenu a été développé par des professionnels et para-professionnels de santé dont Chris Williams. Le premier à lire s'intitule *Understanding depression* puis selon l'analyse du patient et ce qu'il souhaite travailler, ou ce qui lui pose problème, les autres livrets sont donnés (71).

Bye bye blues : overcoming depression est un livre d'autosoin écrit par Wolersheim en 1980, qui explique les principes de la thérapie d'adaptation (72)

Une étude utilise un guide de thérapie rationnelle émotive de la théorie d'Ellis (73).

Le livre le plus étudié est donc *Feeling good* de David Burns. Ceci concorde avec une méta-analyse anglaise de 2005 qui s'est intéressée aux études randomisées sur les livres d'autosoin dans la dépression, en particulier lesquels avaient été le plus rigoureusement étudiés et lesquels étaient disponibles. Seulement deux livres étaient retrouvés disponibles : *Feeling Good*, le plus étudié, puis *Managing anxiety and depression* (76).

Les livres cités plus haut ont été écrits par des praticiens en santé mentale (psychiatres ou psychologues), se centrent sur une pathologie et se basent sur la recherche en psychothérapie. Ce sont des critères importants concernant le choix des livres d'autosoin disponibles sur le marché. Dans une étude faite par des psychologues américains, sur les 50 livres d'autosoin les plus vendus pour l'anxiété et la dépression, les livres se basant sur la TCC avaient un meilleur classement de qualité. Ils déplorent cependant que plus de 50 % d'entre eux ne préparent pas le patient à d'éventuels revers ou obstacles, et rappellent la place qu'il faut réserver à l'auto évaluation de l'évolution ainsi que l'importance d'informer sur les symptômes qui doivent faire chercher l'aide d'un professionnel (77).

D'autres études anglaises nous indiquent que la popularité d'un livre d'autosoin ne signifie pas qu'il est scientifiquement fondé, et que beaucoup d'entre eux ont un niveau de lecture élevé, les rendant peu accessibles (32).

Une étude de cette même équipe analyse la présence d'éléments clés de l'alliance thérapeutique dans trois livres. Ils ont sélectionné les trois livres les plus vendus dans les trois niveaux

de lecture¹ établis dans leur étude précédente : *A self help guide to managing depression* ; *Overcoming depression* et *Mind over Mood : change the way you think to change the way you feel*. Ils retrouvent l'utilisation de facteurs communs à la psychothérapie comme l'empathie, la bienveillance, la sincérité qui permettent d'établir une relation de soin. Cependant il manquait des facteurs permettant de développer et de maintenir la relation, notamment la réactivité et la possibilité de réponses flexibles et individualisées. Ce manque ne permet pas au lecteur de se préparer aux éventuels retours en arrière. Les auteurs plaident pour un accompagnement dans la lecture de ces livres et donc pour la bibliothérapie guidée (78).

Par rapport à l'utilisation des livres par les professionnels, une enquête américaine de 1991 interroge les thérapeutes enseignants dans 47 universités et dresse une liste des livres que ceux-ci utilisent dans leur pratique. Ils recensent dix livres utilisés dans la dépression. Le livre *Feeling Good* arrive en première place, utilisé par le plus de thérapeutes (77).

En comparaison avec le nombre de livres d'auto-assistance disponibles, on constate qu'un très petit nombre d'entre eux a été étudié, seulement une dizaine retrouvés ici. Les plus utilisés sont les livres basés sur la TCC. Ils comprennent des éléments communs à la psychothérapie, cependant les contenus ne se valent pas tous, et les éléments actifs de chaque n'ont été que très peu décortiqués et analysés. Les niveaux de lecture sont aussi parfois inadaptés.

1 : bas niveau (entre 9,4 et 12,6 ans) ; niveau moyen (13,7 à 14,9 ans) et haut niveau (15,4 à 17 et plus)

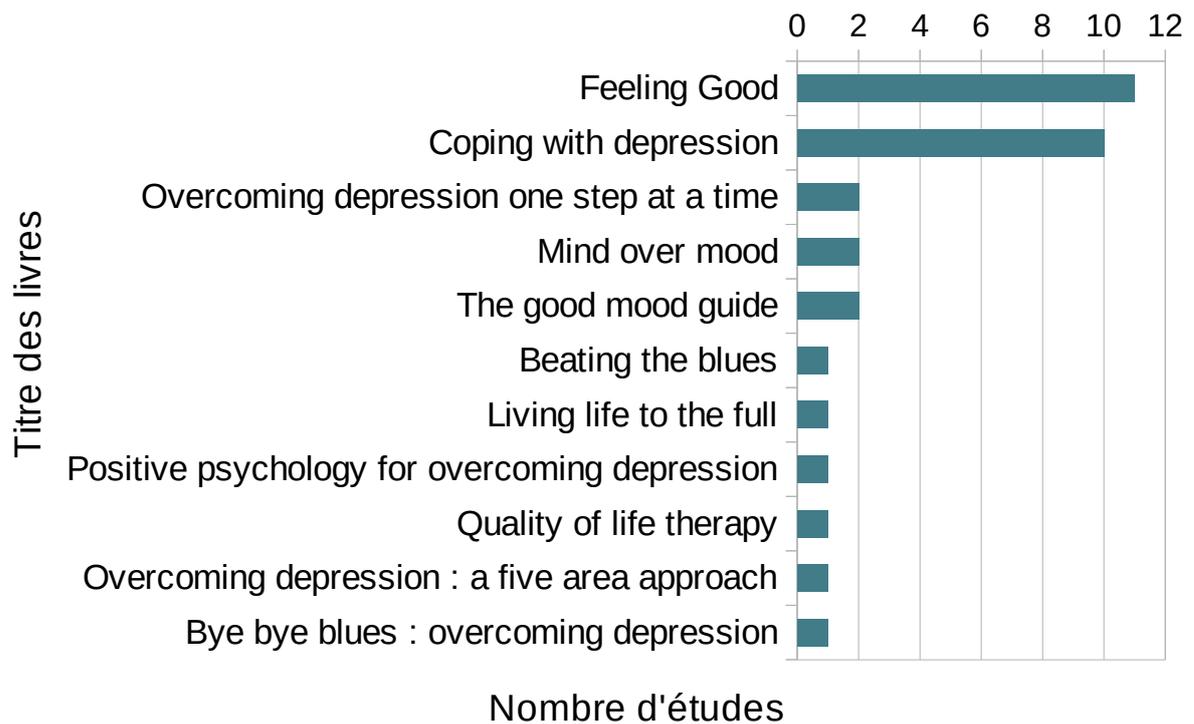


Figure 1: Fréquence d'emploi des livres de psychologie dans les études

b. Livres de fiction

Comparé au nombre d'études relayant l'utilisation de manuels de TCC, il en existe assez peu explorant l'utilisation de livres de fiction, de littérature ou de poésie dans la dépression. Il s'agit pourtant de la bibliothérapie originelle, et de supports rapportés par des médecins généralistes (19) et par les patients.

Les mécanismes d'action et donc l'effet de la lecture de fiction sur la dépression semble difficile à évaluer, ou en tout cas n'a pas souvent été mis en place dans les études quantitatives. En effet les processus psychologiques de la dépression et de la littérature pris séparément sont complexes. Les outils d'analyse de la médecine EBM (Evidence Based Medicine) permettent la généralisation, en s'assurant de la reproductibilité, par l'analyse d'un grand nombre, l'uniformité. La recherche a donc longtemps ignoré les aspects individuels, subjectifs, émotionnels qui composent une grande partie de l'interaction entre un livre et un lecteur. On peut regretter que les études sur la bibliothérapie n'explorent pas le contenu des textes, leurs différentes interprétations possibles par exemple, alors que des outils d'analyse qualitative en littérature existent (78).

La méthode scientifique d'étude de la bibliothérapie explique que la recherche se soit davantage penchée sur des manuels, dont le contenu est « maîtrisé », tout au moins basé sur un rationnel cognitif plus exploré.

De manière similaire à la psychothérapie, où des facteurs « communs » tels que l'alliance thérapeutique ou la qualité du thérapeute jouent un rôle important dans la guérison, autant ou plus que le type de thérapie, il est probable que la lecture fasse appel à des mécanismes communs thérapeutiques.

A travers des études qualitatives ou avis d'experts de la première phase de recherche, il ressort des éléments qui se recoupent et qu'il me semble intéressant d'exposer.

Les processus à l'œuvre décrits par Caroline Shrodes dans sa thèse sur la bibliothérapie comme modèle psychodynamique en 1950 seraient **l'identification** permettant **la catharsis** puis la création d'une vision, d'une profondeur, d'une compréhension (« insight ») (79).

L'interrogation de lecteurs sur l'effet thérapeutique de la lecture révèle des **manières de savoir et des manières de ressentir**, passant par l'identification. Les façons de ressentir décrites sont le sentiment d'expériences communes, avec la validation de celles-ci (elles sont réelles donc acceptables), un sentiment de confort (de paix) et de réassurance (de pouvoir relire aussi), source d'espoir et d'inspiration (pour la résolution de problèmes, ou l'existence d'autres possibilités) et enfin la catharsis (un sentiment de libération, de lâcher la peur ou la colère etc.). Les manières de savoir décrites sont des gains de compréhension (de leur situation ou d'évènements) et des gains d'informations (80).

Un chercheur canadien en Poétique, K. Oatly, explique la différence entre le but scientifique, qui serait de décrire, expliquer, informer, et le but des arts (dont la littérature) qui serait plutôt la rencontre des esprits. Il détaille les mécanismes qu'implique la simulation d'une narration, le lecteur s'implique dans les intentions des personnages et ressent des émotions par rapport aux évènements auxquels il est confronté. Le philosophe russe Bakhtin suggère que le roman est un des endroits de dialogue les plus importants, entre les personnages et entre le lecteur et les personnages, un lieu de rencontres avec ses conséquences émotionnelles et intellectuelles. La position du lecteur peut varier de l'observation (sans responsabilité, mais qui fait ressentir des émotions) à l'identification, ou l'on peut se confondre de manière très intime avec le personnage. **Ces rencontres provoquent sur le plan psychologique des émotions, des souvenirs et des pensées.** Oatly retrace quelques études qualitatives analysant la distance esthétique des réponses des

personnes à un texte, il retrouve que les personnes recréent dans leur réponse à la littérature leur relation habituelle avec le monde.

Il suggère que les personnes avec une habitude de distanciation au monde devraient lire des histoires avec une implication émotionnelle forte. Au contraire les personnes déjà « envahies » par l'extérieur bénéficieraient de lectures plus distantes émotionnellement.

Quand les conditions de l'histoire, de la structure du discours, de la narration se rencontrent à la bonne distance, il est possible de **ressentir des émotions intimes et spécifiques auxquelles on peut réfléchir et peut être comprendre pour la première fois** (81).

Un article de 2020 sur les liens entre la culture, la dépression et l'anxiété, s'empare de la théorie des niveaux de construction, c'est-à-dire des effets de l'abstraction sur la distance psychologique. Ils émettent l'hypothèse que des représentations concrètes impacteraient positivement des personnes dépressives (qui sont trop éloignées, isolées du monde) et des représentations abstraites impacteraient positivement les personnes anxieuses (trop proches de tout, saisies par chaque chose) (84). Ceci rejoint la logique de distance esthétique de Oatly.

Parmi les études sélectionnées en deuxième lieu, il en existe deux qui mettent en place une méthode de bibliothérapie avec des livres de littérature dans la dépression.

Une étude israélienne de 2008 étudie l'impact de l'utilisation d'un livre de littérature dans les thérapies de groupe. Un passage de littérature est choisi par le thérapeute et lu à voix haute puis les personnes échangent. Elle est nommée **bibliothérapie affective**, et repose sur les théories de psychodynamie, c'est-à-dire que les personnes ont des mécanismes de défense (comme refuser des émotions) pour ne pas ressentir les douleurs psychologiques. L'utilisation de la littérature, comme outil tiers, permet l'accès à des émotions niées ou repoussées. Ces groupes se basent sur l'expression des sentiments, l'exploration cognitive et affective, dont l'analyse par les auteurs et romanciers remonte à bien avant les débuts de la discipline de la psychologie. A travers les pensées et émotions exprimées dans les œuvres littéraires, le patient peut développer une compréhension de lui-même, qui est un chemin thérapeutique.

L'étude retrouve que le groupe utilisant la bibliothérapie présente **moins de résistance et plus d'exploration affective que le groupe de thérapie simple** (38).

Une étude anglaise de 2012 explore les catalyseurs du changement dans un groupe de lecture pour personnes dépressives, faisant partie du programme Get into Reading. L'analyse qualitative révèle que la lecture à voix haute de littérature de fiction a un pouvoir apaisant, anxiolytique, comme un pouvoir méditatif, alors que la lecture de poésie a tendance à provoquer la ré-

flexion, la concentration sur les mots, les expressions, motivant l'interaction entre les personnes plutôt que l'expérience individuelle. Le rôle du thérapeute ou facilitateur avait son importance dans les choix des textes, la création d'une cohésion de groupe et l'appui de certaines interventions des participants. Enfin, le rôle du groupe était important, et après douze mois de séances les participants prenaient beaucoup plus facilement la parole, se soutenaient dans l'expression de leurs sentiments ou leurs avis (analyse des verbatim et tournures de phrases), un esprit de cohésion et d'espoir était instauré.

La présence d'un langage permettant d'exprimer des émotions et expériences complexes semble être un moyen de s'en dégager, ou au moins de les appréhender (83).

c. Supports mixtes

Un autre article anglais analyse les ressentis des patients et des médecins généralistes sur la bibliothérapie en soins primaires, dans le cadre d'un protocole où les généralistes prescrivent des livres que les patients vont chercher à la bibliothèque. Il n'y a pas de distinction faite entre les supports de fiction et des supports de psychologie. Les réactions sont globalement celles d'enthousiasme et de surprise, un sentiment de pouvoir sur sa guérison. Cependant, il ressort aussi des éléments stigmatisants et des problèmes d'accessibilité (84). Il n'est malheureusement pas fourni de liste de livres conseillés dans l'étude (85).

Deux autres supports entrent dans cette catégorie mixte, il s'agit de manuels de TCC mais adaptés culturellement.

Une étude au Pakistan en 2014 a utilisé une traduction en Urdu d'un livre de TCC explorant des éléments d'analyse cognitives et comportementales, mais le texte est rédigé avec des métaphores et expressions de la culture locale. Le livre adopte une forme narrative avec des personnages incarnés, facilitant l'identification (86).

Une étude Iranienne en 2016 utilise aussi une mise en scène de psychothérapie où le récit prend la forme d'un patient échangeant avec son psychothérapeute, celui-ci lui donne des éléments de thérapie cognitivo-comportementale avec adaptation culturelle et métaphores. Les patients reçoivent aussi des messages quotidiens contenant des phrases évocatrices du livre ou de sagesse ainsi que des indications les passages à lire (87).

2. Mises en place

a. Bibliothérapie non guidée

La bibliothérapie non guidée repose sur le livre comme principe actif et n'implique pas de thérapeute, il peut exister un contact dans le cadre de l'étude mais il n'y a pas de conseils ou d'échanges thérapeutiques. Il s'agit de la situation qui reproduit le plus la réalité du *self-help* où les patients lisent un livre en autonomie, cependant reproduire l'autonomie dans le cadre d'une étude s'avère compliqué.

- **Salle de lecture**

Deux études utilisent un lieu dédié pour la mise en place de la bibliothérapie.

L'une d'elle utilise *A new guide to rational living* sous forme de livre écrit et de livre audio chez des patients sur liste d'attente d'une prise en charge psychologique. Ceux-ci sont invités à venir dans une pièce dédiée de l'hôpital de jour deux fois par semaine pendant une heure sur une durée de huit semaines. Les pensées rationnelles sont trouvées augmentées dans les deux groupes d'intervention, cependant seule la bibliothérapie écrite a eu un impact sur l'échelle de neuroticité utilisée. Les auteurs hypothétisent que l'audiothérapie est peut-être moins efficace du fait de sa passivité (73).

La seconde étude emploie le livre *Mind over mood* chez des patients aussi sur liste d'attente. Ils reçoivent un premier entretien explicatif puis sont invités à se rendre dans une pièce pendant une heure une fois par semaine pendant six semaines, sans emporter le livre chez eux. Le taux de participation est de moitié et il n'y a pas de groupe contrôle, mais chez les patients s'étant rendus dans la pièce, il est retrouvé une modification significative sur General Health Questionnaire (GHQ)(Annexe 8), Beck hopelessness scale et Dysfonctionnal attitude scale (DAS) (Annexe 5). Les patients ont commenté qu'ils auraient aimé pouvoir échanger au sujet du livre (60).

Ces études expérimentent la mise en place d'une salle de lecture dédiée pour les patients sur liste d'attente d'une prise en charge psychologique. Il s'agit d'une option intéressante puisqu'elle apporte de l'aide à des patients qui n'en auraient pas eu dans l'immédiat. L'adhésion semble partielle en termes de présence et de satisfaction, mais il est retrouvé une efficacité sur différentes échelles de symptômes de dépression.

- **Lecture à domicile**

Le livre *Bye Bye Blues : Overcoming depression* lu en autonomie sur onze semaines avec un contact à la 5ème semaine a été comparé à une thérapie de soutien, une thérapie d'adaptation en groupe et un groupe contrôle. Tous les groupes se sont significativement améliorés sur l'Inventaire de Dépression de Beck ou Beck Depression Inventory (BDI)(Annexe 4) sans différence entre les bras, avec un maintien de l'effet à 6 mois (72).

En Australie la lecture de *Beating the Blues* sur douze semaines est comparée à un programme de thérapie cognitivo comportementale par internet (programme Sadness), à un livre de méditation *Silence your mind* et un groupe contrôle. Les résultats révèlent une amélioration des échelles de dépression, d'anxiété et de neuroticisme dans les trois interventions, la bibliothérapie et la thérapie par ordinateur ont maintenus leurs résultats à 6 mois contrairement au livre sur la méditation (56).

La bibliothérapie non guidée pendant une durée de onze à douze semaines s'est avérée efficace avec ces deux livres. On peut noter que les patients lisaient seuls mais dans les deux cas recevaient un suivi, sous forme de questionnaires par mail ou de point à mi-chemin. De plus le recrutement était volontaire, par annonces médiatiques, et les personnes n'étaient pas totalement en autonomie puisqu'elles étaient dans l'étude.

- **Programme national**

Une étude datant de 2010 prend place en Irlande dans le cadre du programme *Books on prescription* dans lequel les généralistes ou psychologues émettent des prescriptions de livres (autant de manuels de psychologie que d'œuvres de fiction) que les patients vont ensuite récupérer à la bibliothèque. Il s'agit d'une étude qualitative qui interroge le vécu des patients et des prescripteurs.

- L'expérience est vécue de manière « enthousiaste », « inventive » et « bizarre », il est décrit un sentiment d'autodétermination, de responsabilité par rapport à l'état de santé, une libération des médicaments, une grande accessibilité et flexibilité. Certains l'ont aussi trouvée « ridicule », ou « stigmatisante » (de devoir demander le livre à la bibliothécaire par exemple)

- Les facteurs facilitant le changement étaient l'identification avec la littérature, la provocation d'une lucidité, et les caractéristiques individuelles telles que la persistance, la détermination, le niveau de lecture aussi.

- Le rôle des professionnels a été trouvé déterminant, l'expérience était dépendante de la réception par le bibliothécaire, sa connaissance du programme, ainsi que la confiance du généraliste ou du prescripteur dans le processus.

Cette étude a lieu dans un cadre réel de bibliothérapie organisée, où le généraliste prescrit un livre au patient comme prise en charge de la dépression. Il peut s'agir d'un traitement complémentaire à un traitement médicamenteux ou non. Cette forme est non guidée puisque les patients lisent le livre sans accompagnement même s'il est possible qu'ils revoient le médecin ou psychologue, les consultations ne sont pas dédiées au livre.

On peut constater l'ambivalence par rapport aux sentiments de liberté et d'auto-détermination dans cette forme de prise en charge contre balancés par l'importance de la bienveillance de la réception par la bibliothèque et la conviction du médecin prescripteur, qui montre l'importance du soutien. De plus la possibilité de l'autonomie est fortement dépendante de la personnalité et du niveau de lecture (84).

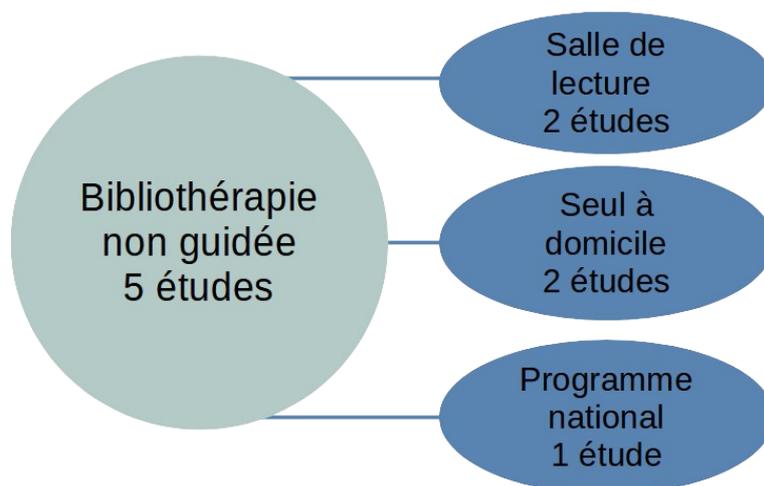


Figure 2: Mises en place dans la bibliothérapie non guidée

b. Bibliothérapie avec contact minimal

Il s'agit de l'utilisation du livre en autonomie comme principal support thérapeutique, la lecture est accompagnée par des échanges courts avec les chercheurs.

- **Bibliothérapie seule**
 - Suivi par téléphone

Le cas de Feeling Good

L'accompagnement dans les études qui suivent est constitué de contacts téléphoniques entre cinq et dix minutes, une fois par semaine pendant quatre semaines. Il s'agit d'un contact de contrôle par les chercheurs, il n'y a pas de soutien psychologique ni d'échange thérapeutique. Ils servent à remplir des questionnaires de l'étude, répondre à des questions pratiques et surveiller l'évolution des patients.

La plupart (6/9) de ces recherches ont été menées par la même équipe américaine dont Forest Scogin, Christine Jamison et Mark Floyd. Tous les recrutements sont effectués par annonces médiatiques, les populations sont donc volontaires et non issues de milieux cliniques.

- *Population adulte non âgée*

Cette méthode de soutien téléphonique avec le livre *Feeling Good* est utilisée dans cinq études en population adulte, elle s'est montrée supérieure à trois groupes contrôles (44–46), sans différence significative avec un livre d'auto-examen (44), et un livre d'organisation (46) (non maintenu dans le temps) et équivalente à une prise en charge habituelle de soins primaires pouvant inclure psychothérapie et traitement médicamenteux (41).

L'une de ces études est roumaine et incluait des questionnaires explorant les attitudes négatives avec les outils suivants : Automatic Thought Questionnaire (ATQ)(Annexe 3), Dysfonctionnel Attitude Scale (DAS) et General Attitude and Belief Scale (GABS)(Annexe6). Elle retrouve que **la bibliothérapie améliorerait la dépression en diminuant les pensées automatiques négatives** (sur l'ATQ) (46). A noter que les patients inclus étaient tous des étudiants en psychologie.

On peut relever ici qu'un livre d'auto-examination a été retrouvé aussi efficace que Feeling Good, de même qu'un livre d'auto-organisation, cependant ce dernier n'a pas vu son effet maintenu à 3 mois.

- *Population âgée*

Dans la population âgée de plus de soixante ans, le livre Feeling Good avec un accompagnement téléphonique hebdomadaire de cinq à dix minutes pendant quatre semaines s'est avéré efficace dans quatre études. Les personnes incluses souffraient d'une dépression légère à modérée, avec un score supérieur à 10 sur l'échelle de Hamilton (Hamilton rating scale for depression, HRSD)(Annexe 10), sauf une étude où l'inclusion était fixée à HRSD>0 (88). Les échelles de mesure utilisées dans ces études étaient la HRSD mais aussi BDI et la Geriatric Depression Scale (GDS)(Annexe 7).

Parmi ces quatre études, le livre s'est avéré plus efficace que trois groupes contrôles et qu'un livre « placebo » intitulé *Man's search for meaning* (un livre de conseils généraux pour maîtriser ses émotions) (42,43,47). Il a été retrouvé aussi efficace qu'un autre livre de TCC plus axé sur le comportement (*Control your depression*) (43) et qu'une psychothérapie individuelle d'une durée de douze semaines (42). Il a été trouvé d'efficacité équivalente à un groupe contrôle dans une étude avec une attrition très importante (88).

La bibliothérapie utilisant le livre *Feeling Good* accompagné d'un contact minimal par téléphone a donc été retrouvée efficace dans ces neuf études en population adulte plus ou moins âgée. Elles ont des échantillons réduits (maximum 96 patients) et le recrutement a été réalisé par médias pour la plupart induisant un biais de recrutement. Les patients étaient en effet déjà intéressés par la bibliothérapie. Il peut sembler curieux que deux autres livres « placebos » se soient retrouvés aussi efficaces que le livre de TCC Feeling Good, même si l'un d'eux ne s'est pas maintenu dans le temps, il est possible que les éléments communs à la lecture aient produit un effet.

Autres livres

- Appel téléphonique hebdomadaire

Sur le même format que Feeling Good, le livre *Overcoming depression one step at a time* a été lu sur quatre semaines avec un appel téléphonique hebdomadaire de moins de dix minutes. Malgré le fait que les auteurs du livre recommandent de le lire en huit semaines, il est retrouvé une efficacité sur l'échelle HRSD mais pas sur l'échelle GDS. L'étude a aussi trouvé que le pour-

centage de pages lues et d'exercices complétés prédisaient chacun séparément le changement des symptômes somatiques et affectifs de l'échelle de Hamilton (58).

- Un seul appel téléphonique

Une mise en place similaire est retrouvée dans deux études américaines des années 1980. Elles emploient toutes les deux un livre de TCC écrit pour l'étude. Les patients ont tout d'abord assisté à une réunion de groupe de présentation et d'explications. Une des études a remis le livre lors de cette réunion, l'autre lors d'un second rendez-vous seul à seul, puis les participants ont lu à leur rythme pendant sept semaines avec seulement un appel téléphonique à la quatrième semaine.

La bibliothérapie obtient des résultats équivalents à la thérapie individuelle, ainsi qu'à la thérapie en grand groupe et en petit groupe, tous les bras ayant montré plus d'efficacité que le groupe contrôle (89). La deuxième étude retrouve aussi une amélioration des questionnaires BDI et ATQ mais n'a pas de groupe contrôle. Elle s'est intéressée au profil des personnes sur qui la bibliothérapie avait été le plus efficace (90).

- Message quotidien

Une étude iranienne de 2016 utilise aussi le téléphone mais sous forme de messages avec des textos quotidiens accompagnant un livre de TCC adapté culturellement que nous avons décrit en première partie. Les patients issus de centres de soins ruraux sont divisés en un bras de traitement habituel, un bras de bibliothérapie (lire le livre en trente jours) et un bras de bibliothérapie avec les textos quotidiens. Les deux groupes de bibliothérapie ont vu leur échelle de Beck diminuer significativement post-lecture, sans différence entre les deux groupes. Cependant l'amélioration s'est maintenue à trois mois uniquement dans le groupe sans message quotidien (87).

Les auteurs trouvent cet effet cohérent avec la littérature dans laquelle le texto n'a pas un effet qui perdure dans le temps, ils hypothétisent que le groupe avec les messages se reposaient sur ceux ci plus que le livre et donc l'amélioration s'est arrêtée avec l'arrêt des messages, contrairement au livre, dans lequel on peut se replonger.

Cette étude appuie le fait que la théorie cognitivo-comportementale est adaptable culturellement. De plus, ils ont eu recours à des aidants familiaux qui pouvaient lire le livre au patient à domicile en cas d'illétrisme. Cette méthode ayant peut être contribué à la très faible attrition de cette étude.

Au total, le suivi téléphonique court, au maximum hebdomadaire et d'une durée de dix minutes, ajouté à la lecture d'un livre de thérapie cognitivo-comportementale s'est avéré efficace. Par contre, l'utilisation de textos quotidiens ne semble pas permettre une amélioration durable.

- Suivi par e-mail

Deux études utilisent l'e-mail hebdomadaire pour accompagner la lecture. Une étude Taïwanaise retrouve cette méthode efficace avec le livre *Mind over mood* sur l'échelle de Beck, principalement sur les symptômes émotifs, peu sur les symptômes physiques. Il a aussi été trouvé que l'apprentissage de ressources cognitives agissait comme médiateur de l'amélioration (61).

Un article anglais utilise le suivi par mail pour comparer un livre de psychologie positive (*Positive psychology for overcoming depression*) et un livre de TCC (*Overcoming depression*). Ils sont retrouvés d'efficacité équivalente sur l'échelle de Beck après huit semaines de lecture (36).

Le suivi par mail avec une fréquence d'un mail par semaine semble efficace en appoint d'un livre de TCC ou de psychologie positive.

- Suivi postal

Une étude utilise la lecture du livre *Feeling Good* accompagné d'une carte postale par semaine pendant quatre semaines chez une population particulière puisque carcérale. Il est retrouvé une amélioration significative des échelles BDI II et HRSD chez les prisonniers prenant part à la bibliothérapie (volontaires) comparés à un traitement différé (91).

Cette possibilité de traitement pourrait améliorer le bien être psychologique des prisonniers et aider à la diminution des conflits par exemple, sous réserve d'autres études.

La bibliothérapie avec un livre de psychologie accompagné d'un suivi par téléphone, e-mail ou postal (hebdomadaire au plus fréquent, unique au moins fréquent), s'est avérée efficace utilisée seule dans la prise en charge de la dépression chez des patients volontaires.

- **Bibliothérapie ajoutée aux soins habituels**

- Suivi par téléphone

Les recrutements des trois études qui suivent ont été réalisés en cabinet de médecine générale ou en sortie de centres de soins.

Le livre *Coping with depression* utilisé en plus d'une prise en charge habituelle par le médecin généraliste, accompagné d'un premier entretien téléphonique puis de six appels téléphoniques de moins de quinze minutes sur quatre mois a trouvé une efficacité supérieure à une prise en charge habituelle par le médecin généraliste (92).

En Thaïlande c'est le livre *The Good Mood Guide* qui a été utilisé en plus de la prise en charge habituelle accompagné d'un appel téléphonique par semaine pendant douze semaines. Les résultats montrent une efficacité supérieure à la prise en charge habituelle seule. De plus l'échelle de résilience obtient des résultats significativement différents dans les deux groupes et est corrélée à l'échelle de dépression. Les auteurs suggèrent que la résilience serait un médiateur de la bibliothérapie (66).

Enfin une étude pakistanaise utilise un livre de TCC adapté culturellement accompagné d'un appel téléphonique par semaine. Un aidant est aussi informé et peut aider le patient à domicile avec la lecture et les exercices. Le groupe recevant le livre en plus du traitement habituel a vu une plus grande amélioration sur l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)(Annexe 9) (86).

Ces résultats suggèrent qu'un livre de TCC utilisé en plus de la prise en charge habituelle chez une population clinique dans diverses parties du monde, couplé d'un accompagnement téléphonique, sont efficaces dans la prise en charge de la dépression.

- Suivi postal

Le suivi postal est utilisé dans une étude particulière reposant sur des livrets individualisés rédigés par des psychiatres sur différents aspects de la dépression et d'éléments de réponse.

Différents livrets sont envoyés par la poste aux patients selon leurs réponses à un questionnaire et leurs souhaits, en plus de la prise en charge habituelle. Il n'est pas retrouvé d'impact de l'ajout des livrets par rapport au traitement habituel seul après 6 mois (93).

Ainsi, la bibliothérapie avec un contact minimal par téléphone ou par mail utilisant un livre de TCC seul ou surajouté à une prise en charge habituelle semble efficace dans la majorité des études incluses dans cette revue (sauf une). Les échantillons sont cependant restreints.

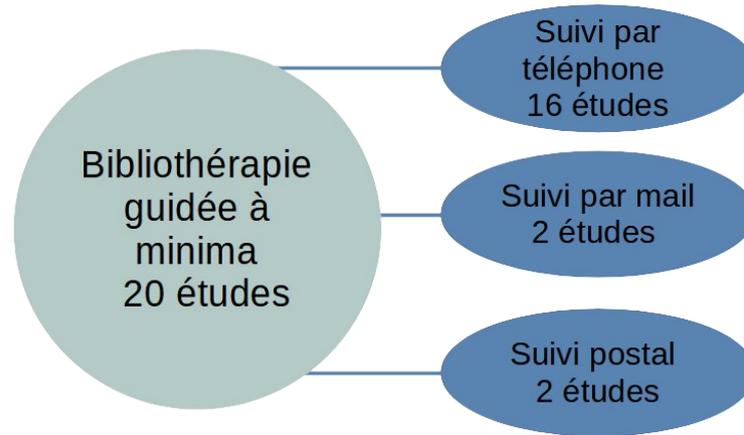


Figure 3: Mises en place dans la bibliothérapie guidée à minima

c. Bibliothérapie guidée

La bibliothérapie guidée est l'utilisation d'un livre dans la prise en charge psychologique avec un accompagnement par un thérapeute, en face à face ou en groupe.

- **Thérapie de groupe**

- Coping with depression

Huit études utilisent le livre *Coping with depression* que nous avons décrit plus haut avec une thérapie de groupe.

- *Population adulte*

Trois de ces études sont des études pilotes réalisées entre 1983 et 1984, et n'utilisent pas de groupe contrôle, la thérapie est délivrée par des psychologues formés, en douze sessions de deux heures sur huit semaines se basant sur la TCC du livre. Elles portent sur de petits échantillons mais une amélioration significative du BDI est retrouvée dans les trois études (50,94,95). Une autre étude n'a pas retrouvé d'impact significatif de l'ajout de devoirs aux séances (52).

Lorsque l'utilisation du livre en thérapie de groupe est comparée à son utilisation en thérapie un à un, ou seul avec soutien par téléphone, il n'est pas retrouvé de différence d'efficacité, tous les groupes s'améliorent significativement par rapport au groupe contrôle. Douze sessions

entre cinquante minutes et deux heures sur huit semaines étaient donnés par des psychologues formés. Ici la thérapie cognitivo-comportementale semble efficace quelle que soit sa forme (51,53).

- *Population âgée*

Concernant la population âgée, deux études retrouvent l'utilisation de *Coping with depression* efficace en thérapie de groupe en séances de deux heures par semaine sur une durée de six à dix semaines. L'une d'elle compare l'emploi d'un intervenant professionnel et non professionnel, les deux étant formés pendant huit semaines à l'utilisation du livre, sans retrouver de différence significative (96,97).

L'utilisation de *Coping with depression* semble donc efficace chez les adultes et les personnes âgées, avec ou sans devoirs. Il a le plus été étudié accompagné d'une thérapie de groupe en douze séances de deux heures mais semble être aussi efficace avec un soutien individuel ou téléphonique.

Il semblerait aussi que la thérapie réalisée par un intervenant non professionnel mais formé au programme *Coping with depression* obtienne les mêmes résultats qu'un psychothérapeute professionnel.

- Autres livres s'apparentant à la TCC

Le livre *Feeling Good* utilisé comme support de thérapie de groupe a montré une efficacité semblable à un groupe de soutien mutuel sous forme de séances de quatre-vingt-dix minutes par semaine pendant dix semaines. Les résultats sont semblables que l'intervention soit cognitivo-comportementale ou de soutien et que l'intervenant soit professionnel ou non (98).

Dans une étude anglaise, la lecture du livre *Living life to the full* accompagné de séances en groupe de quatre-vingt dix minutes toutes les semaines pendant huit semaines, avec un membre d'une association luttant contre la dépression (non professionnel mais expérimenté) est retrouvé supérieur à un traitement différé sur le Patient Health Questionnaire (PHQ9)(Annexe 11) (63).

On peut citer aussi une étude pilote sans groupe contrôle, retrouvant une amélioration significative sur les échelles de Hamilton et de Beck utilisant un livre intitulé *Quality of life Therapy* accompagné de séances hebdomadaires pendant quinze semaines avec l'auteur (69).

Dans ces deux dernières études le livre est lu individuellement par les patients et les séances de groupe servent à débattre des points importants ou posant problème ainsi qu'à revoir les exercices.

- Livres de littérature

Une étude anglaise décrite plus haut interroge un groupe de lecture guidé par un intervenant littéraire, où les personnes sont adressées par leur médecin généraliste pour dépression ou anxiété. Les patients lisent à voix haute des livres ou extraits choisis par l'intervenant puis échangent sur leurs ressentis. L'analyse qualitative nous renseigne sur les mécanismes à l'œuvre et les changements provoqués, ils sont globalement enthousiastes. Il n'a cependant pas été retrouvé de différence significative sur le PHQ9 (83).

Une étude israélienne emploie le même procédé dans un hôpital, la littérature de fiction est lue oralement puis les sentiments sont échangés, en compagnie d'un thérapeute expérimenté et d'un travailleur social en six sessions sur neuf mois. Le groupe utilisant la littérature montre moins de résistance et plus d'exploration affective que le groupe sans bibliothérapie (35).

Ces analyses qualitatives sur l'utilisation des œuvres de fiction nous renseignent sur les mécanismes thérapeutiques de la lecture orale en groupe. On peut noter que cette méthode est aussi plus inclusive, puisqu'il est possible d'écouter et d'échanger sans savoir lire.

Les livres de TCC ont montré leur efficacité en thérapie de groupe sous forme de support pour les séances ou en lecture autonome avec des séances pour débattre. L'utilisation de littérature de fiction a été peu explorée et plus souvent de manière qualitative que quantitative.

- **Thérapie individuelle**

Deux études utilisent une mise en place similaire en comparant les soins primaires seuls avec l'utilisation d'un livre et un accompagnement personnel ajoutés à ces soins.

L'une d'elle retrouve l'utilisation du livre *Overcoming depression, a five area approach* accompagnée de trois entretiens de quarante minutes avec un psychologue en formation sur quatre mois, provoquant une différence significative sur le BDI et Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome measure (CORE-OM) (71).

La seconde retrouve une différence mais non maintenue dans le temps en utilisant le livre *Managing anxiety and depression* avec un accompagnement de trois rendez-vous, par un infir-

mier ayant reçu une formation TCC de trois jours. Les personnes ayant eu accès à la bibliothérapie étaient globalement plus satisfaits (99).

Une autre variation expérimentée est à travers le généraliste. Il est donné à celui-ci un livret avec des méthodes de TCC, il a été créé un format pour le patient et un format pour le praticien. L'inclusion est faite par les généralistes, ils utilisent les livrets chez certains patients et poursuivent leur pratique habituelle chez d'autres. Cette étude explore de nombreuses hypothèses intéressantes, sur l'utilisation par le généraliste du livret et de médicaments pour la dépression, ainsi que sur la réception des patients à un traitement par bibliothérapie. Malheureusement elle comporte de nombreuses limites étant réalisée en contexte clinique, avec une grande attrition, il n'est pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes, mais les avis des patients et de médecins étaient favorables, et ont trouvé les outils utiles. Il s'agirait de plus d'un format facilement applicable en soins primaires (38).

L'utilisation d'un livre de TCC, accompagné de séances hebdomadaires de quinze minutes pendant quatre semaines, menées par un assistant psychologue n'a pas été retrouvée plus bénéfique qu'une liste d'attente dans une petite étude anglaise (100).

Une autre mise en place expérimentée est le soutien à domicile chez les personnes âgées. *Coping with depression* avec trois passages à domicile par une infirmière sur douze semaines et deux rendez vous téléphoniques en plus de la prise en charge en soins primaires n'a pas provoqué de bénéfice comparé aux soins seuls chez des patients de soixante quinze ans ou plus. Les visites infirmières ne permettaient pas d'échanger sur le livre mais plutôt de suivre l'évolution et surveiller le patient (49).

Une seconde étude utilise seize livrets basés sur des axes de TCC, ils sont choisis individuellement. Les passages à domicile (en moyenne sept) sont réalisés par des membres volontaires de la communauté, après une formation de trente heures à la TCC. Cette intervention n'a pas montré de différence significative par rapport à une liste d'attente, cependant les tendances à l'amélioration étaient liées à plus de sessions et d'exercices complétés ainsi qu'un lien plus fort avec la personne de la communauté (101).

Ces articles s'intéressant à l'accompagnement de la lecture de livres de TCC par des rendez-vous individuels ne semblent pas probants, ils sont cependant peu nombreux et comprennent des limitations importantes en termes d'effectif et de méthodologie. Ils suggèrent l'idée intéressante de suivis pouvant passer par les généralistes, ou de passages à domicile pour les personnes

âgées en dépression, ainsi qu'une aide pouvant être apportée par des personnes formées de la communauté.

Enfin une étude australienne de 2008 incluant quatre-vingt-quatre personnes a constitué trois groupes, l'un d'eux lisait *The good mood guide* seul après une période d'attente (unguided), un autre avait le livre et un appel téléphonique de cinq minutes par semaine (minimally guided) et un autre, un appel téléphonique de trente minutes par semaine (guided), durant huit semaines. La ligne téléphonique est une ligne existant déjà pour les personnes dépressives en milieu rural (Life line rural Australia), gérée par des thérapeutes professionnels. Les deux groupes avec un soutien téléphonique (que ce soit cinq ou trente minutes) ont vu une amélioration significative de leur état sur BDI. Il y a eu une grande attrition dans le groupe sans contact téléphonique (65).

Cette étude comparant les trois formats semble être en faveur d'un accompagnement au moins téléphonique hebdomadaire, pour l'incitation au suivi du traitement et l'efficacité.

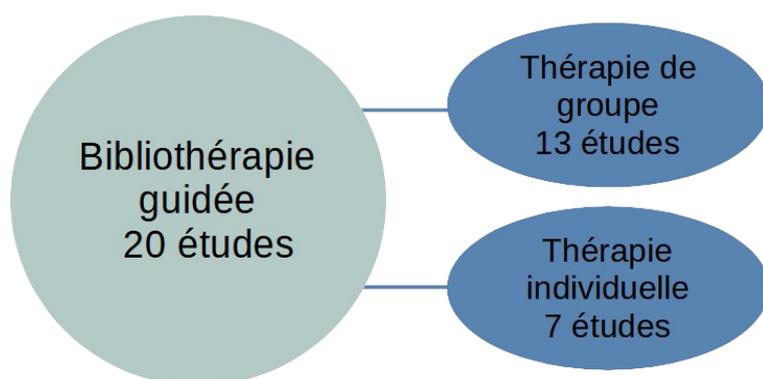


Figure 4: Mises en place dans la bibliothérapie guidée

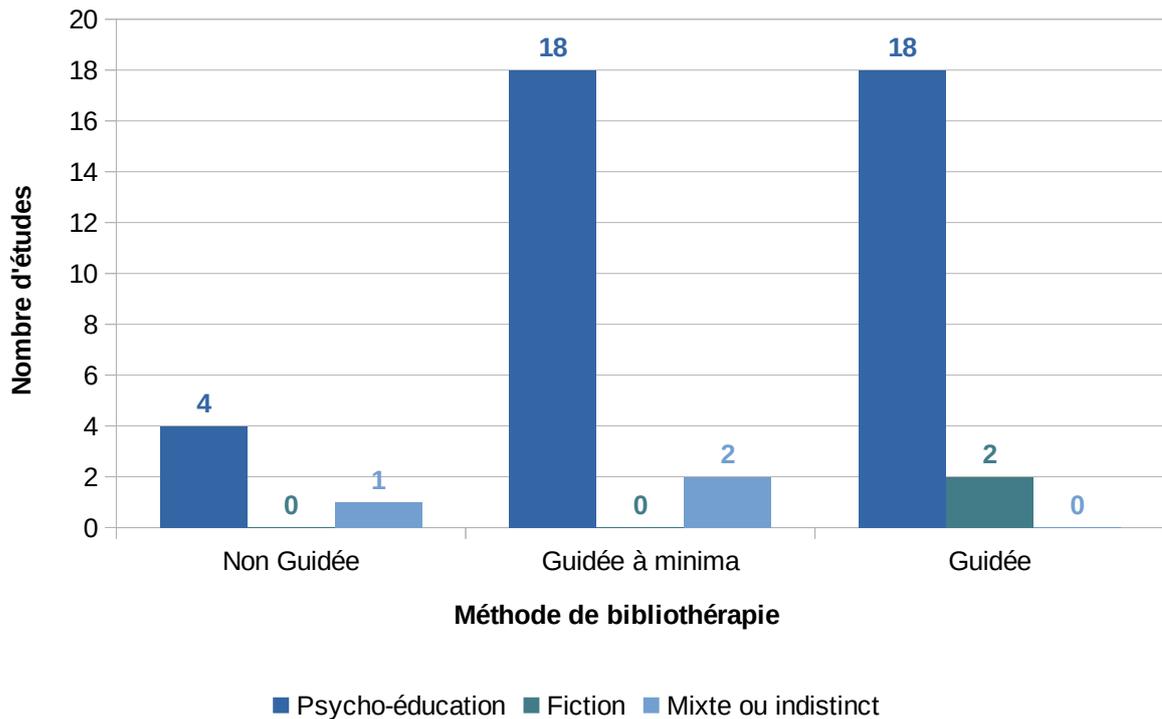


Figure 5: Nombre d'études selon le support et la méthode de bibliothérapie

IV. DISCUSSION

Cette revue de littérature nous permet de catégoriser diverses formes et méthodes de bibliothérapie à partir de quarante cinq études pour tenter de clarifier ses modalités.

Tout d'abord, les supports peuvent être divisés en trois genres, reposant sur des théories différentes mais pouvant interagir : ceux basés sur la psychologie, les livres de fiction et les livres mêlant les deux. La première catégorie est de loin la plus étudiée, parmi celle-ci, les livres *Feeling Good* de D. Burns et *Coping with depression* de P .M. Lewinsohn sont les plus utilisés. Très peu de livres ont fait l'objet de comparaison d'efficacité. Cela semblerait nécessaire avant de pouvoir en recommander un dans un cadre de soins, même s'il n'a pas été retrouvé d'effet néfaste de la lecture : une méta-analyse de 1996 retrouve que les taux de patients s'aggravant sur les échelles de dépression au cours des cinq études incluses, étaient équivalents à ceux retrouvés en psychothérapie (102).

Ensuite, il est retrouvé trois types d'accompagnement : non guidé, avec un contact minimal ou guidé . Pour chacun, les durées, fréquences et natures des suivis ont pu être précisées. La

mise en place la plus fréquemment étudiée est l'utilisation du livre comme unique prise en charge, accompagnée de manière minimale par un rendez-vous téléphonique de dix minutes par semaine pendant quatre semaines.

D'autres idées intéressantes sont retrouvées : l'utilisation d'une salle de lecture en autonomie, qui permet un cadre et une fréquence ; l'accompagnement dans la lecture par un aidant proche semble efficace pour assister les personnes illettrées ; l'utilisation de textos quotidiens, elle, ne semble pas bénéfique à l'accompagnement de la bibliothérapie.

Dans le cadre de la bibliothérapie guidée, les accompagnants étaient constitués de personnes volontaires de la communauté, formées ou non, de psychologues professionnels ou doctorants mais aussi de médecins généralistes, infirmiers et bibliothécaires. Les études ayant mis en place un suivi individuel n'ont pas obtenu la même efficacité que les autres méthodes, ceci peut sembler étrange, et est à mettre en perspective des biais des études, en particulier l'attrition.

Il semble difficile de distinguer une méthode d'accompagnement supérieure, même si l'effet de groupe semble apporter des échanges intéressants dans les études qualitatives (35,83). La formation de l'accompagnant, le contenu et la méthode d'accompagnement n'influençaient pas l'effet thérapeutique de la bibliothérapie dans une méta-analyse incluant 34 études en 2007 (103).

L'importance du soutien humain et la demande de suivi de la part des patients est soulignée dans de nombreuses études. Ces résultats sont confortés par les éléments d'un article sur les facteurs communs et les stratégies d'alliance thérapeutique développées dans les livres de psychologie. Ils sont capables d'instaurer la relation avec empathie et sincérité mais le développement et le maintien de celle-ci semblent nécessiter des qualités de flexibilité et d'adaptation principalement humaines (76). Avec ces éléments et le nombre d'études employant un suivi, même peu fréquent, il semble cohérent de plaider pour la bibliothérapie guidée dans la prise en charge de la dépression. Ceci est conforté par une méta-analyse et méta-régression de 2007 sur les facteurs influençant l'effet de la bibliothérapie, il est retrouvé que la bibliothérapie guidée est plus efficace que l'autosoin seul (103).

Appuyant ce point de vue, un article paru dans la revue française *Exercer* en 2016 décrit l'élaboration d'un consensus d'experts pour l'utilisation de la bibliothérapie dans la dépression en soins primaires. Leurs propositions étaient que le médecin devait avoir lu le(s) livre(s) conseillé(s) ; l'effet thérapeutique devait être évalué de manière objective ; le livre devait être présenté au patient au moment de la prescription en fixant des objectifs d'efficacité et de suivi ;

le médecin devait rechercher l'adhésion et la motivation du patient ; un feedback devait être réalisé, en s'appuyant sur le livre proposé, et en fonction des objectifs fixés (104).

Cette revue contribue à constituer des repères sur les natures et durées des accompagnements possibles. La durée maximale de la prise en charge retrouvée dans les articles était de douze mois, dans un article, cependant la plupart étaient des traitements plus courts s'étendant de quatre semaines à quinze semaines. Une méta-analyse de 2017 retrouve une efficacité maintenue dans le temps de la bibliothérapie, lors de suivis entre trois mois et trois ans après le traitement (105).

Nous avons pu révéler des mécanismes participant possiblement à l'action thérapeutique de la lecture. La modification des pensées automatiques négatives a été retrouvée comme médiatrice dans une étude roumaine (48). Dans un article thaïlandais, l'augmentation de la résilience liée à la lecture s'est trouvée corrélée à l'amélioration de l'état dépressif (68). C'est l'apprentissage de ressources cognitives qui est trouvée responsable de l'effet de la bibliothérapie dans l'étude Taïwanaise (60).

Certaines limites de la bibliothérapie ont pu être mises en lumière. Par exemple, sa généralisation se heurte au problème de l'illétrisme. La lecture orale peut s'avérer être une alternative, en groupe ou avec l'aide d'une personne de l'entourage. L'audiothérapie elle, s'est trouvée moins persistante (dans une étude). Nous avons constaté qu'il existait des études dans différentes parties du monde avec une adaptation des supports ayant montré une efficacité. Ceci est conforté dans une méta-analyse de 2016 utilisant un score d'adaptation culturelle des supports de bibliothérapie. Elle est retrouvée d'autant plus efficace que le livre a un niveau d'adaptation élevé (106).

Une autre limite de la bibliothérapie est sa réception et son efficacité hétérogènes selon les caractères. Les études avec recrutement médiatique évitent ce problème puisque les personnes participantes sont enclines à la lecture. Certaines études qualitatives ont pu repérer des ressentis ambivalents comme la stigmatisation à aller chercher un livre prescrit dans le cadre d'une prise en charge d'un trouble mental à la bibliothèque, d'autres qui ressentaient cela comme moins stigmatisant que la consultation d'un professionnel de santé. Concernant ce sujet, une étude de 1988 s'est intéressée aux traits de personnalité susceptibles d'être compatibles avec la thérapie par la lecture. Il ressort des profils psychologiques pour lesquels la bibliothérapie a plus de chance d'avoir un effet (90). Une méta-analyse anglaise ne retrouve pas d'impact significatif

de la sévérité de la dépression sur l'efficacité des interventions dites de « faible intensité » (livres d'autosoin, vidéos pédagogiques et autres contenus numériques)(22). Cependant, la lecture est une activité nécessitant de la concentration, que tous les patients en état dépressif ne sont pas toujours capables de mobiliser. Ces éléments nous orientent vers une nécessaire sélection des patients susceptibles d'être réceptifs à une proposition de prise en charge par la bibliothérapie.

Allant contre l'idée d'une thérapie en autonomie du *self-help* pur qui permettrait un accès libre sans moyens humains, il semble apparaître que le livre ne remplace pas le thérapeute, et qu'un accompagnement est nécessaire. Cependant il reste un outil intéressant dans le panel des INM pour le traitement de la dépression. Et ce d'autant que les patients et les soignants expriment globalement un sentiment d'enthousiasme et d'espoir envers cette approche.

Cette revue de littérature présente elle-même des limites, il s'agit tout d'abord d'une revue descriptive sans méta-analyse. Elle n'a pas été réalisée à partir d'un outil algorithmique de sélection mais « à la main » et par une seule personne. Il existe donc un biais de sélection des études, auquel s'ajoute le biais de publication. Ensuite, le nombre d'études incluses est limité, ceci étant lié aux critères d'inclusion et à la recherche encore peu étendue sur le sujet. Cependant cette faible inclusion concorde avec d'autres méta-analyses retrouvées qui contiennent entre cinq et quarante articles.

Les études incluses sont peu robustes, puisque les effectifs sont faibles et les biais sont nombreux. Très peu des essais suivent les recommandations Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) pour la qualité des études randomisées.

De nombreuses études comportent des biais de recrutement. Les populations sont souvent des personnes volontaires recrutées par annonces médiatiques, ce qui ne représente pas la population clinique. Les études avec recrutement médiatique obtiennent effectivement de meilleurs résultats que celles avec recrutement clinique (103). On peut noter aussi que les personnes avec des comorbidités psychiatriques ou physiques ou présentant des risques suicidaires étaient systématiquement exclues.

Ensuite, le fait que le traitement soit la lecture d'un livre rend la comparaison en double aveugle difficile, elle n'est présente dans aucune étude, ce qui endommage la qualité des résultats.

L'analyse synthétique s'est heurtée au problème de l'hétérogénéité des études et de l'approche bibliothérapeutique. Cet aspect est aussi l'une des forces de cet article. Le souhait était d'inclure toutes les approches, aussi différentes soient elles. Sans pouvoir conclure à un modèle d'efficacité supérieure, nous pouvons discerner deux catégories de bibliothérapie : l'une que l'on pourrait nommer créative ou littéraire et l'autre cognitive. Elles peuvent être pratiquées sous des formes très variables, et peuvent aussi s'entre-mêler. Elles semblent être adaptées aux contextes de soins hospitaliers et primaires.

Cet article est le premier à recenser les supports et méthodes de mise en place utilisées dans la recherche sur la bibliothérapie dans la dépression. Il contribue à établir une base pour la poursuite des investigations, et peut d'ores et déjà servir de point de départ aux praticiens.

Un autre point fort est l'analyse des mécanismes à l'œuvre pendant la lecture. Les éléments psychologiques connus pouvant expliquer un changement d'émotion et de cognition, tels que l'apprentissage, l'identification ou la catharsis, ont été discutés.

Il serait nécessaire de réaliser des études avec un recrutement plus large et en population clinique.

De plus, les livres de fiction ont été très peu étudiés, la plupart de la recherche s'étant focalisée sur les livres de thérapie cognitivo-comportementale. Il semblerait intéressant dans ce sens, d'explorer plus précisément les mécanismes de changements psychiques induits par la lecture, peut-être au moyen de grilles de lecture permettant de décrire les émotions ressenties et les pensées provoquées par les extraits.

Il serait aussi intéressant de combler le décalage entre l'utilisation des livres (de fiction et non fiction) dans la pratique et l'absence de formation des professionnels. Une étude américaine de 2005 décrit par exemple la mise en place d'un outil pour juger de la qualité d'un livre comme support en bibliothérapie ainsi que d'un programme de formation à la bibliothérapie pour les étudiants (108), cet outil n'a cependant pas été utilisé dans d'autres études.

La poursuite de ces recherches pourrait permettre l'élaboration de guides contenant les livres évalués et les méthodes pour l'accompagnement dans la pratique de la bibliothérapie.

Au-delà des supports écrits, il se développe aussi beaucoup de supports audiovisuels ou numériques de thérapie par TCC, dont les évaluations sont en cours mais non incluses dans cette revue. Ces supports variables peuvent aussi être envisagés comme des adaptations possibles aux différentes facilités ou préférences des patients, tout comme la possibilité d'utiliser un médium

plutôt psychologique ou plutôt littéraire. Ceci pourrait renforcer le choix et donc l'adhésion des patients dans leur prise en charge, améliorant possiblement les résultats.

La bibliothérapie serait adaptée aux premières étapes d'un « stepped health care » pour la prise en charge de la dépression ou dépression légère, comme le suggèrent plusieurs études récentes (109), et les recommandations anglaises. Elle s'est aussi montrée efficace dans la prévention de la dépression chez des personnes à risque (110).

Il est difficile d'imaginer que la lecture d'un même livre ait un effet reproductible sur différents individus, mais les émotions éprouvées peuvent se recouper et les histoires et points de vue peuvent être sujets à discussion. En ce sens, le livre est un outil de travail psychique dont il serait intéressant d'explorer plus profondément les rouages.

Malgré la recherche encore débutante au sujet de son impact thérapeutique, la littérature reste un support de réflexion, d'apprentissage et de partage utilisé par les thérapeutes et les patients où chacun est libre de cheminer.

Glossaire

ATQ : Automatic Thought Questionnaire

BDI : Beck Depression Inventory

CONSORT : Consolidated Standards of Reporting Trials

CORE-OM : Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome measure

DAS : Dysfonctionnal Attitudes Scale

DSM: Diagnostic and statistical manual of mental health disorders OCDE: Organisation de coopération et de développement économique

EBM : Evidence Based Medicine

GABS : General Attitude and Belief Scale

GDS : Geriatric Depression Scale

GHQ : General health Questionnaire

Gp : general practionner

HAD : Hospital Depression and Anxiety Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

INM : interventions non médicamenteuses

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

NHS: National Health Service

NICE : National Institute for health and care excellence

OMS : Organisation mondiale de la santé

PHQ9 : Patient Health Questionnaire

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

Bibliographie

1. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
2. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Pharmaceutical Market [Internet]. [cité 27 oct 2022]. Disponible sur: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PHMC#
4. Olfson M, Marcus SC, Druss B, Elinson L, Tanielian T, Pincus HA. National Trends in the Outpatient Treatment of Depression. *JAMA*. 9 janv 2002;287(2):203-9.
5. Fava M, Graves LM, Benazzi F, Scalia MJ, Iosifescu DV, Alpert JE, et al. A cross-sectional study of the prevalence of cognitive and physical symptoms during long-term antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*. nov 2006;67(11):1754-9.
6. Ninot G. Intervention non-médicamenteuse INM : un concept pour lever les ambiguïtés sur les médecines douces et complémentaires. *Hegel*. 2018;1(1):2-3.
7. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med*. déc 2019;42(6):1117-41.
8. Li JM, Zhang Y, Su WJ, Liu LL, Gong H, Peng W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. oct 2018;268:243-50.
9. Velehorsch C, Bleau P, Vermani M, Furtado M, Klassen LJ. Understanding the role of adjunctive nonpharmacological therapies in management of the multiple pathways to depression. *Psychiatry Res*. déc 2014;220:S34-44.
10. Definition of BIBLIOTHERAPY [Internet]. [cité 4 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/bibliotherapy>
11. Crothers SM. The Atlantic. 1916 [cité 4 nov 2022]. *A Literary Clinic*. Disponible sur: <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1916/09/literary-clinic/609754/>
12. Definition of SELF-HELP [Internet]. [cité 1 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/self-help>
13. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Med J Aust* [Internet]. mai 2002 [cité 8 févr 2022];176(10). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04508.x>
14. Papalini V. Self-Help et bien-être : la prescription dans la culture de masse. *Quest Commun*. 1 déc 2012;(22):301-18.

15. MARRS RW. A meta-analysis of bibliotherapy studies. *Am J Community Psychol.* déc 1995;23(6):843-70.
16. CUIJPERS P. Bibliotherapy in unipolar depression: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* juin 1997;28(2):139-47.
17. Mental health | Reading Well booklists | Books | Reading Well [Internet]. [cité 28 oct 2022]. Disponible sur: <https://reading-well.org.uk/books/books-on-prescription/mental-health>
18. Recommendations | Depression in adults: treatment and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 4 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/chapter/Recommendations#treatment-for-a-new-episode-of-less-severe-depression>
19. BONNET PA. La bibliothérapie en médecine générale. :104.
20. Adeline-Duflot MF. BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE. 2021;
21. CHARON R. Narrative medicine: Honoring the stories of illness. New York, NY, US: Oxford University Press; 2006. xvi, 266 p. (Narrative medicine: Honoring the stories of illness).
22. HERBRETEAU N. Des BD pour mieux soigner: étude du partage de l'expérience vécue dans les autopathographies dessinées. 2020;
23. PAGE MJ, MCKENZIE JE, BOSSUYT PM, BOUTRON I, HOFFMANN TC, MULROW CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 29 mars 2021;n71.
24. ACKERSON J, SCOGIN F, MCKENDREE-SMITH N, LYMAN RD. Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(4):685-90.
25. GLASGOW RE, ROSEN GM. Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychol Bull.* 1978;85(1):1-23.
26. FARRAND P, WOODFORD J. Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clin Psychol Rev.* févr 2013;33(1):182-95.
27. MCKENDREE-SMITH NL, FLOYD M, SCOGIN FR. Self-administered treatments for depression: A review. *J Clin Psychol.* mars 2003;59(3):275-88.
28. HANSON K, WEBB TL, SHEERAN P, TURPIN G. Attitudes and Preferences towards Self-help Treatments for Depression in Comparison to Psychotherapy and Antidepressant Medication. *Behav Cogn Psychother.* mars 2016;44(2):129-39.
29. RICHARDSON R, RICHARDS DA, BARKHAM M. Self-help books for people with depression: A scoping review. *J Ment Health.* janv 2008;17(5):543-52.
30. FLOYD M, ROHEN N, SHACKELFORD JAM, HUBBARD KL, PARNELL MB, SCOGIN F, et al. Two-Year Follow-Up of Bibliotherapy and Individual Cognitive Therapy for Depressed Older Adults. *Behav Modif.* mai 2006;30(3):281-94.

31. Smith NM, Floyd MR, Scogin F, Jamison CS. Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1997;65(2):324-7.
32. Medications Versus Cognitive Behavior Therapy for Severely Depressed Outpatients: Mega-Analysis of Four Randomized Comparisons [Internet]. [cité 3 mai 2023]. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ajp.156.7.1007>
33. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry.* avr 2005;62(4):417-22.
34. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *J Affect Disord.* oct 2008;110(3):197-206.
35. Shechtman Z, Nir-Shfir R. The Effect of Affective Bibliotherapy on Clients' Functioning in Group Therapy. *Int J Group Psychother.* janv 2008;58(1):103-17.
36. Hanson K. Positive Psychology for Overcoming Symptoms of Depression: A Pilot Study Exploring the Efficacy of a Positive Psychology Self-Help Book versus a CBT Self-Help Book. *Behav Cogn Psychother.* janv 2019;47(1):95-113.
37. EFFECTS OF RATIONAL EMOTIVE THERAPY, RATIONAL EMOTIVE BIBLIOTHERAPY, AND PSYCHODYNAMICALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY ON ADJUSTMENT IN ADULT CLINICAL OUTPATIENTS - ProQuest [Internet]. [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.proquest.com/openview/069616a2828bbcf43166135d9fb83379/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
38. Holdsworth Roger Paxton, Sue Seidel N. Parallel evaluations of new guidance materials for anxiety and depression in primary care. *J Ment Health.* janv 1996;5(2):195-208.
39. Burns DD. *Feeling good: the new mood therapy.* 1st ed. New York: Morrow; 1980. 393 p.
40. Burns DD. Être bien dans sa peau [Internet]. Saint-Lambert, Québec : Héritage; 1994 [cité 4 oct 2023]. 398 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/etrebiendanssape0000burn>
41. Naylor EV, Antonuccio DO, Litt M, Johnson GE, Spogen DR, Williams R, et al. Bibliotherapy as a Treatment for Depression in Primary Care. *J Clin Psychol Med Settings.* sept 2010;17(3):258-71.
42. Floyd M, Scogin F, McKendree-Smith NL, Floyd DL, Rokke PD. Cognitive Therapy for Depression: A Comparison of Individual Psychotherapy and Bibliotherapy for Depressed Older Adults. *Behav Modif.* mars 2004;28(2):297-318.
43. Scogin F, Jamison C, Gochneaur K. Comparative Efficacy of Cognitive and Behavioral Bibliotherapy for Mildly and Moderately Depressed Older Adults. :5.
44. Bowman D, Scogin F, Lyrene B. The Efficacy of Self-Examination Therapy and Cognitive Bibliotherapy in the Treatment of Mild to Moderate Depression. *Psychother Res.* janv 1995;5(2):131-40.

45. Jamison C, Scogin F. The outcome of cognitive bibliotherapy with depressed adults. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(4):644-50.
46. Moldovan R, Cobeanu O, David D. Cognitive Bibliotherapy for Mild Depressive Symptomatology: Randomized Clinical Trial of Efficacy and Mechanisms of Change: Cognitive Bibliotherapy for Mild Depressive Symptomatology. *Clin Psychol Psychother.* nov 2013;20(6):482-93.
47. Scogin F, Hamblin D, Beutler L. Bibliotherapy for Depressed Older Adults: A Self-Help Alternative. *The Gerontologist.* 1 juin 1987;27(3):383-7.
48. Lewinsohn PM, éditeur. *The Coping with depression course: a psychoeducational intervention for unipolar depression.* Eugene, OR: Castalia Pub. Co; 1984. 213 p.
49. Joling KJ, van Hout HPJ, van't Veer-Tazelaar PJ, van der Horst HE, Cuijpers P, van de Ven PM, et al. How Effective Is Bibliotherapy for Very Old Adults With Subthreshold Depression? A Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Psychiatry.* mars 2011;19(3):256-65.
50. Steinmetz JL, Lewinsohn PM, Antonuccio DO. Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):331-7.
51. Brown RA, Lewinsohn PM. A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *J Consult Clin Psychol.* 1984;52(5):774-83.
52. Neimeyer RA, Feixas G. The Role of Homework and Skill Acquisition in the Outcome of Group Cognitive Therapy for Depression – Republished Article. *Behav Ther.* sept 2016;47(5):747-54.
53. Teri L, Lewinsohn PM. Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behav Ther.* juin 1986;17(3):215-28.
54. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The “coping with depression” course thirty years later. *Clin Psychol Rev.* juill 2009;29(5):449-58.
55. Tanner S, Ball J. *Beating the Blues: A Self-help Approach to Overcoming Depression.* Doubleday; 2000. 174 p.
56. Smith J, Newby JM, Burston N, Murphy MJ, Michael S, Mackenzie A, et al. Help from home for depression: A randomised controlled trial comparing internet-delivered cognitive behaviour therapy with bibliotherapy for depression. *Internet Interv.* 18 mai 2017;9:25-37.
57. Addis ME, Martell CR. *Overcoming depression one step at a time: the new behavioral activation approach to getting your life back.* Oakland, CA: New Harbinger Pub; 2004. 183 p. (A New Harbinger self-help workbook).
58. Moss K, Scogin F, Di Napoli E, Presnell A. A self-help behavioral activation treatment for geriatric depressive symptoms. *Aging Ment Health.* 1 juill 2012;16(5):625-35.

59. Greenberger D, Padesky CA. *Mind Over Mood, Second Edition: Change How You Feel by Changing the Way You Think*. Guilford Publications; 2015. 367 p.
60. Whitfield GE, Williams CJ, Shapiro DA. ASSESSING THE TAKE UP AND ACCEPTABILITY OF A SELF-HELP ROOM USED BY PATIENTS AWAITING THEIR INITIAL OUTPATIENT APPOINTMENT. *Behav Cogn Psychother*. juill 2001;29(3):333-43.
61. Liu ETH, Chen WL, Li YH, Wang CH, Mok TJ, Huang HS. Exploring the Efficacy of Cognitive Bibliotherapy and a Potential Mechanism of Change in the Treatment of Depressive Symptoms Among the Chinese: A Randomized Controlled Trial. *Cogn Ther Res*. oct 2009;33(5):449-61.
62. Living Life to the Full | helping you help yourself [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://littf.com/>
63. Williams C, McClay CA, Matthews L, McConnachie A, Haig C, Walker A, et al. Community-based group guided self-help intervention for low mood and stress: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. févr 2018;212(2):88-95.
64. The Good Mood Guide [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://blackwells.co.uk/bookshop/product/The-Good-Mood-Guide-by-Andrew-Philips-Sarah-Edelman/9780975198704>
65. Bilich LL, Deane FP, Phipps AB, Barisic M, Gould G. Effectiveness of bibliotherapy self-help for depression with varying levels of telephone helpline support. *Clin Psychol Psychother*. mars 2008;15(2):61-74.
66. Songprakun W, McCann TV. Using bibliotherapy to assist people to recover from depression in Thailand: Relationship between resilience, depression and psychological distress: Bibliotherapy for depression in Thailand. *Int J Nurs Pract*. déc 2015;21(6):716-24.
67. PenguinRandomhouse.com [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Positive Psychology For Overcoming Depression by Miriam Akhtar: 9781786781468 | PenguinRandomHouse.com: Books. Disponible sur: <https://www.penguinrandomhouse.com/books/237617/positive-psychology-for-overcoming-depression-by-miriam-akhtar/>
68. Frisch MB. *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2006. 353 p.
69. Grant GM, Salcedo V, Hynan LS, Frisch MB, Puster K. Effectiveness of Quality of Life Therapy for Depression. *Psychol Rep*. juin 1995;76(3_suppl):1203-8.
70. Williams C, Williams C. *Overcoming depression and low mood: a five areas approach*. 3rd ed. London: Hodder Arnold; 2009. 368 p.
71. Williams C, Wilson P, Morrison J, McMahon A, Andrew W, Allan L, et al. Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial. Andersson G, éditeur. *PLoS ONE*. 11 janv 2013;8(1):e52735.
72. Wollersheim JP, Wilson GL. Group treatment of unipolar depression: A comparison of coping, supportive, bibliotherapy, and delayed treatment groups. *Prof Psychol Res Pract*. déc 1991;22(6):496-502.

73. Kassinove H, Miller N, Kalin M. Effects of Pretreatment with Rational Emotive Bibliotherapy and Rational Emotive Audiotherapy on Clients Waiting at Community Mental Health Center. *Psychol Rep.* juin 1980;46(3):851-7.
74. Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J, et al. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *Br J Gen Pract.* 1 mai 2005;55(514):387-92.
75. Redding RE, Herbert JD, Forman EM, Gaudio BA. Popular self-help books for anxiety, depression, and trauma: How scientifically grounded and useful are they? *Prof Psychol Res Pract.* 2008;39(5):537-45.
76. Richardson R, Richards DA, Barkham M. Self-Help Books for People with Depression: the Role of the Therapeutic Relationship. *Behav Cogn Psychother.* janv 2010;38(1):67-81.
77. Quackenbush RL. The prescription of self-help books by psychologists: A bibliography of selected bibliotherapy resources. *Psychother Theory Res Pract Train.* 1991;28(4):671-7.
78. Dysart-Gale D. Lost in Translation: Bibliotherapy and Evidence-based Medicine. *J Med Humanit.* mars 2008;29(1):33-43.
79. Shrodes C. Bibliotherapy. *Read Teach.* 1955;9(1):24-9.
80. Cohen LJ. The Experience of Therapeutic Reading. *West J Nurs Res.* août 1994;16(4):426-37.
81. Oatley K. Meetings of minds: Dialogue, sympathy, and identification, in reading fiction. *Poetics.* août 1999;26(5-6):439-54.
82. Carney J. Culture and mood disorders: the effect of abstraction in image, narrative and film on depression and anxiety. *Med Humanit.* déc 2020;46(4):430-43.
83. Dowrick C, Billington J, Robinson J, Hamer A, Williams C. Get into Reading as an intervention for common mental health problems: exploring catalysts for change: Figure 1. *Med Humanit.* juin 2012;38(1):15-20.
84. McKenna G, Hevey D, Martin E. Patients' and providers' perspectives on bibliotherapy in primary care. *Clin Psychol Psychother.* nov 2010;17(6):497-509.
85. Mood-boosting Books | Books | Reading Well [Internet]. [cité 30 juin 2023]. Disponible sur: <https://reading-well.org.uk/books/mood-boosting-books>
86. Naeem F, Sarhandi I, Gul M, Khalid M, Aslam M, Anbrin A, et al. A multicentre randomised controlled trial of a carer supervised Culturally adapted CBT (CaCBT) based self-help for depression in Pakistan. *J Affect Disord.* 1 mars 2014;156:224-7.
87. Taleban R, Zamani A, Moafi M, Jiryae N, Khadivi R. Applications of Text Messaging, and Bibliotherapy for Treatment of Patients Affected by Depressive Symptoms. *Int J Prev Med.* 1 mars 2016;7:46.

88. Scogin F, Fairchild JK, Yon A, Welsh DL, Presnell A. Cognitive bibliotherapy and memory training for older adults with depressive symptoms. *Aging Ment Health*. 4 juill 2014;18(5):554-60.
89. Schmidt MM, Miller WR. Amount of therapist contact and outcome in a multidimensional depression treatment program. *Acta Psychiatr Scand*. mai 1983;67(5):319-32.
90. Mahalik JR, Kivlighan DM. Self-help treatment for depression: Who succeeds? *J Couns Psychol*. juill 1988;35(3):237-42.
91. Pardini J, Scogin F, Schriver J, Domino M, Wilson D, LaRocca M. Efficacy and process of cognitive bibliotherapy for the treatment of depression in jail and prison inmates. *Psychol Serv*. 2014;11(2):141-52.
92. Willemse GRWM, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care: Randomised trial. *Br J Psychiatry*. nov 2004;185(5):416-21.
93. Salkovskis P, Rimes K, Stephenson D, Sacks G, Scott J. A randomized controlled trial of the use of self-help materials in addition to standard general practice treatment of depression compared to standard treatment alone. *Psychol Med*. mars 2006;36(3):325-33.
94. Antonuccio DO, Thompson Akins W, Chatham PM, Monagin JA, Tearnan BH, Ziegler BL. An exploratory study: The psychoeducational group treatment of drug-refractory unipolar depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. déc 1984;15(4):309-13.
95. Hoberman HM, Lewinsohn PM, Tilson M. Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(3):393-8.
96. Thompson LW, Gallagher D, Nies G, Epstein D. Evaluation of the Effectiveness of Professionals and Nonprofessionals as Instructors of « Coping with Depression » Classes for Elders. *The Gerontologist*. 1 août 1983;23(4):390-6.
97. Haringsma R, Engels GI, Cuijpers P, Spinhoven P. Effectiveness of the Coping With Depression (CWD) course for older adults provided by the community-based mental health care system in the Netherlands: a randomized controlled field trial. *Int Psychogeriatr*. juin 2006;18(2):307-25.
98. Bright JI, Baker KD, Neimeyer RA. Professional and paraprofessional group treatments for depression: A comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):491-501.
99. Richards A, Barkham M, Cahill J, Richards D, Williams C, Heywood P. PHASE: a randomised, controlled trial of supervised self-help cognitive behavioural therapy in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003;7.
100. Mead N, MacDONALD W, Bower P, Lovell K, Richards D, Roberts C, et al. The clinical effectiveness of guided self-help *versus* waiting-list control in the management of anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med*. nov 2005;35(11):1633-43.

101. Seeley JR, Manitsas T, Gau JM. Feasibility study of a peer-facilitated low intensity cognitive-behavioral intervention for mild to moderate depression and anxiety in older adults. *Aging Ment Health*. 2 sept 2017;21(9):968-74.
102. Scogin F, Floyd M, Jamison C, Ackerson J, Landreville P, Bissonnette L. Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(5):1086-9.
103. Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. sept 2007;37(9):1217-28.
104. S6-S7_exercer124_suppl1_Escourrou (1).pdf.
105. Gualano MR, Bert F, Martorana M, Voglino G, Andriolo V, Thomas R, et al. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev*. déc 2017;58:49-58.
106. Harper Shehadeh M, Heim E, Chowdhary N, Maercker A, Albanese E. Cultural Adaptation of Minimally Guided Interventions for Common Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Ment Health*. 26 sept 2016;3(3):e44.
107. Bower P, Kontopantelis E, Sutton A, Kendrick T, Richards DA, Gilbody S, et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ*. 26 févr 2013;346(feb26 2):f540-f540.
108. Pehrsson DE, McMillen P. A Bibliotherapy Evaluation Tool: grounding counselors in the therapeutic use of literature. *Arts Psychother*. janv 2005;32(1):47-59.
109. Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, König HH, Wegscheider K, Schulz H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care. *BMC Psychiatry*. déc 2014;14(1):230.
110. Stice E, Burton E, Bearman SK, Rohde P. Randomized Trial of a Brief Depression Prevention Program. *Behav Res Ther*. mai 2007;45(5):863-76.

Table des figures

- **Figure 1** : Fréquence d'emploi des livres de psychologie dans les études
- **Figure 2** : Mises en place dans la bibliothérapie non guidée
- **Figure 3** : Mises en place dans la bibliothérapie guidée à minima
- **Figure 4** : Mises en place dans la bibliothérapie guidée
- **Figure 5** : Nombre d'études selon le support et la méthode de bibliothérapie

Annexes

Annexe 1

Petite histoire de la bibliothérapie :

Les textes écrits ou oraux ont depuis la nuit des temps été utilisés pour construire, comprendre, manipuler la psyché et l'existence de l'être humain. Même avant l'Antiquité grecque, il a été retrouvé du matériel de bibliothèque sous forme de tuiles d'argile en Mésopotamie datant du 3ème millénaire avant Jésus Christ. Les Egyptiens avaient des bibliothèques de papyrus, et la bibliothèque à Thèbes, décrite par l'historien Diodore de Sicile, portait sur son fronton : « Pharmacie de l'âme ».

Le pasteur américain Samuel McChord Crothers utilise en premier le terme de « bibliothérapie » dans son article *A literary clinic* paru en 1916, un essai humoristique où les idées et les livres sont utilisés par un personnage médecin comme autant de médicaments et remèdes pour ses patients en proie à divers maux. Il octroie des pouvoirs thérapeutiques à certains auteurs, reliant maladie et auteur/médicament. Comme l'explique son personnage : « 'I have said,' continued Bagster, 'that certain books are stimulants. They do not so much furnish us with thoughts as set us to thinking. They awaken faculties which we had allowed to be dormant. After reading them we actually feel differently and frequently we act differently. The book is a spiritual event. »(11) soit en français : « J'affirme, poursuit Bagster, que certains livres sont des stimulants. Ils ne nous remplissent pas exactement de pensées mais mettent en marche notre pensée. Ils réveillent des facultés que nous n'utilisons pas. Après les avoir lus nous nous sentons différent, et souvent agissons différemment. Le livre est un événement spirituel. »

Le pouvoir des livres et de la lecture est par la suite utilisé par Sadie Peterson Delauney qui est nommée libraire à l'hôpital des vétérans à Tuskegee, Alabama en 1924. Elle s'applique à connaître les souhaits de chaque patient pour choisir des livres et poèmes adaptés à chacun, notamment des ouvrages afro-américains. Elle organise des lectures orales et divers groupes de lecture, s'implique dans les réunions médicales, elle pratique en somme la bibliothérapie qu'elle définit comme « *the treatment of patients through selected reading.* ». Soit « le traitement des patients par des lectures choisies. »

Annexe 2

Lien vers le Tableau 1 :

<https://drive.proton.me/urls/7KVJB9BY8R#gQsEcBiSpaT3>

Lien vers le Tableau 2 :

<https://drive.proton.me/urls/YGFQ87BTWC#alVOqheMs8sC>

Annexe 3

ATQ :Automatic Thought Questionnaire

Cognitive Behavioral Therapy • Worksheet

Automatic Thoughts Questionnaire



Name: _____ Date: _____

Instructions:

Listed are a variety of thoughts that pop into people's heads. Please read each thought and indicate how frequently, if at all, the thought has occurred to you over the past week. Please read each item carefully and circle the appropriate answers on the answer sheet in the following fashion:

- 1 = not at all
- 2 = sometimes
- 3 = moderately often
- 4 = often
- 5 = all the time

Thought	Response
1. I feel like I'm up against the world.	1 2 3 4 5
2. I'm no good.	1 2 3 4 5
3. Why can't I ever succeed?	1 2 3 4 5
4. No one understands me.	1 2 3 4 5
5. I've let people down.	1 2 3 4 5
6. I don't think I can go on.	1 2 3 4 5
7. I wish I were a better person.	1 2 3 4 5
8. I'm so weak.	1 2 3 4 5
9. My life is not going the way I want it to.	1 2 3 4 5
10. I'm so disappointed in myself.	1 2 3 4 5
11. Nothing feels good anymore.	1 2 3 4 5
12. I can't understand this anymore.	1 2 3 4 5
13. I can't get started.	1 2 3 4 5
14. What's wrong with me?	1 2 3 4 5
15. I wish I were somewhere else.	1 2 3 4 5
16. I can't get things together.	1 2 3 4 5
17. I hate myself.	1 2 3 4 5
18. I'm worthless.	1 2 3 4 5
19. I wish I could just disappear.	1 2 3 4 5
20. What's the matter with me?	1 2 3 4 5
21. I'm a loser.	1 2 3 4 5
22. My life is a mess.	1 2 3 4 5
23. I'm a failure.	1 2 3 4 5
24. I'll never make it.	1 2 3 4 5
25. I feel so helpless.	1 2 3 4 5
26. Something has to change.	1 2 3 4 5
27. There must be something wrong with me.	1 2 3 4 5
28. My future is bleak.	1 2 3 4 5
29. It's just not worth it.	1 2 3 4 5
30. I can't finish anything.	1 2 3 4 5

For more information, contact your local mental health authority or behavioral health authority.
dshs.texas.gov/mhservices-search/



Annexe 4

BDI : Beck Depression Inventory

Beck's Depression Inventory

This depression inventory can be self-scored. The scoring scale is at the end of the questionnaire.

1.
 - 0 I do not feel sad.
 - 1 I feel sad
 - 2 I am sad all the time and I can't snap out of it.
 - 3 I am so sad and unhappy that I can't stand it.
2.
 - 0 I am not particularly discouraged about the future.
 - 1 I feel discouraged about the future.
 - 2 I feel I have nothing to look forward to.
 - 3 I feel the future is hopeless and that things cannot improve.
3.
 - 0 I do not feel like a failure.
 - 1 I feel I have failed more than the average person.
 - 2 As I look back on my life, all I can see is a lot of failures.
 - 3 I feel I am a complete failure as a person.
4.
 - 0 I get as much satisfaction out of things as I used to.
 - 1 I don't enjoy things the way I used to.
 - 2 I don't get real satisfaction out of anything anymore.
 - 3 I am dissatisfied or bored with everything.
5.
 - 0 I don't feel particularly guilty
 - 1 I feel guilty a good part of the time.
 - 2 I feel quite guilty most of the time.
 - 3 I feel guilty all of the time.
6.
 - 0 I don't feel I am being punished.
 - 1 I feel I may be punished.
 - 2 I expect to be punished.
 - 3 I feel I am being punished.
7.
 - 0 I don't feel disappointed in myself.
 - 1 I am disappointed in myself.
 - 2 I am disgusted with myself.
 - 3 I hate myself.
8.
 - 0 I don't feel I am any worse than anybody else.
 - 1 I am critical of myself for my weaknesses or mistakes.
 - 2 I blame myself all the time for my faults.
 - 3 I blame myself for everything bad that happens.
9.
 - 0 I don't have any thoughts of killing myself.
 - 1 I have thoughts of killing myself, but I would not carry them out.
 - 2 I would like to kill myself.
 - 3 I would kill myself if I had the chance.
10.
 - 0 I don't cry any more than usual.
 - 1 I cry more now than I used to.
 - 2 I cry all the time now.
 - 3 I used to be able to cry, but now I can't cry even though I want to.

- 11.
- 0 I am no more irritated by things than I ever was.
 - 1 I am slightly more irritated now than usual.
 - 2 I am quite annoyed or irritated a good deal of the time.
 - 3 I feel irritated all the time.
- 12.
- 0 I have not lost interest in other people.
 - 1 I am less interested in other people than I used to be.
 - 2 I have lost most of my interest in other people.
 - 3 I have lost all of my interest in other people.
- 13.
- 0 I make decisions about as well as I ever could.
 - 1 I put off making decisions more than I used to.
 - 2 I have greater difficulty in making decisions more than I used to.
 - 3 I can't make decisions at all anymore.
- 14.
- 0 I don't feel that I look any worse than I used to.
 - 1 I am worried that I am looking old or unattractive.
 - 2 I feel there are permanent changes in my appearance that make me look unattractive
 - 3 I believe that I look ugly.
- 15.
- 0 I can work about as well as before.
 - 1 It takes an extra effort to get started at doing something.
 - 2 I have to push myself very hard to do anything.
 - 3 I can't do any work at all.
- 16.
- 0 I can sleep as well as usual.
 - 1 I don't sleep as well as I used to.
 - 2 I wake up 1-2 hours earlier than usual and find it hard to get back to sleep.
 - 3 I wake up several hours earlier than I used to and cannot get back to sleep.
- 17.
- 0 I don't get more tired than usual.
 - 1 I get tired more easily than I used to.
 - 2 I get tired from doing almost anything.
 - 3 I am too tired to do anything.
- 18.
- 0 My appetite is no worse than usual.
 - 1 My appetite is not as good as it used to be.
 - 2 My appetite is much worse now.
 - 3 I have no appetite at all anymore.
- 19.
- 0 I haven't lost much weight, if any, lately.
 - 1 I have lost more than five pounds.
 - 2 I have lost more than ten pounds.
 - 3 I have lost more than fifteen pounds.

- 20.
- 0 I am no more worried about my health than usual.
 - 1 I am worried about physical problems like aches, pains, upset stomach, or constipation.
 - 2 I am very worried about physical problems and it's hard to think of much else.
 - 3 I am so worried about my physical problems that I cannot think of anything else.
- 21.
- 0 I have not noticed any recent change in my interest in sex.
 - 1 I am less interested in sex than I used to be.
 - 2 I have almost no interest in sex.
 - 3 I have lost interest in sex completely.

INTERPRETING THE BECK DEPRESSION INVENTORY

Now that you have completed the questionnaire, add up the score for each of the twenty-one questions by counting the number to the right of each question you marked. The highest possible total for the whole test would be sixty-three. This would mean you circled number three on all twenty-one questions. Since the lowest possible score for each question is zero, the lowest possible score for the test would be zero. This would mean you circles zero on each question. You can evaluate your depression according to the Table below.

Total Score _____	Levels of Depression
1-10 _____	These ups and downs are considered normal
11-16 _____	Mild mood disturbance
17-20 _____	Borderline clinical depression
21-30 _____	Moderate depression
31-40 _____	Severe depression
over 40 _____	Extreme depression

http://www.med.navy.mil/sites/NMCP2/PatientServices/SleepClinicLab/Documents/Beck_Depression_Inventory.pdf

Annexe 5

DAS : Dysfunctionnal Attitudes Scale

DAS-SF1

The sentences below describe people's attitudes. Circle the number which best describes how much each sentence describes your attitude. Your answer should describe the way you think most of the time.

		Totally Agree	Agree	Disagree	Totally Disagree
1.	If I don't set the highest standards for myself, I am likely to end up a second-rate person.	1	2	3	4
2.	My value as a person depends greatly on what others think of me.	1	2	3	4
3.	People will probably think less of me if I make a mistake.	1	2	3	4
4.	I am nothing if a person I love doesn't love me.	1	2	3	4
5.	If other people know what you are really like, they will think less of you.	1	2	3	4
6.	If I fail at my work, then I am a failure as a person.	1	2	3	4
7.	My happiness depends more on other people than it does me.	1	2	3	4
8.	I cannot be happy unless most people I know admire me.	1	2	3	4
9.	It is best to give up your own interests in order to please other people.	1	2	3	4

DAS-SF2

The sentences below describe people's attitudes. Circle the number which best describes how much each sentence describes your attitude. Your answer should describe the way you think most of the time.

		Totally Agree	Agree	Disagree	Totally Disagree
1.	If I am to be a worthwhile person, I must be truly outstanding in at least one major respect.	1	2	3	4
2.	If you don't have other people to lean on, you are bound to be sad.	1	2	3	4
3.	I do not need the approval of other people in order to be happy.	1	2	3	4
4.	If you cannot do something well, there is little point in doing it at all.	1	2	3	4
5.	If I do not do well all the time, people will not respect me.	1	2	3	4
6.	If others dislike you, you cannot be happy.	1	2	3	4
7.	People who have good ideas are more worthy than those who do not.	1	2	3	4
8.	If I do not do as well as other people, it means I am an inferior human being.	1	2	3	4
9.	If I fail partly, it is as bad as being a complete failure.	1	2	3	4

Scoring

Items should be scored so that total score reflects greater dysfunctional attitudes. This means that most items will be reverse coded. Subtracting 5 from an item score will reverse score that item.

DAS-SF1 Total = (5-DAS1) + (5-DAS2) + (5-DAS3) + (5-DAS4) + (5-DAS5) + (5-DAS6) + (5-DAS7) + (5-DAS8) + (5-DAS9)

DAS-SF2 Total = (5-DAS1) + (5-DAS2) + (DAS3) + (5-DAS4) + (5-DAS5) + (5-DAS6) + (5-DAS7) + (5-DAS8) + (5-DAS9)

Annexe 6

GABS : General Attitude and Belief Scale

Shortened General Attitude and Belief Scale (SGABS)

Lindner, Kirkby, Wertheim, & Birch (1999)

(The GABS was developed through a series of investigations by Burgess, 1986;

DiGiuseppe et al., 1988; & Bernard, 1990)

Name: _____

Here are a set of statements which describe what some people think and believe. Read each statement carefully and decide how much you agree or disagree with it.

If you STRONGLY AGREE with the statement circle number	5
If you AGREE	4
If you are NEUTRAL	3
If you DISAGREE	2
If you STRONGLY DISAGREE	1

There are no right or wrong answers. Only you can tell what you really believe so please mark the way you really think. Circle the number which shows your agreement or disagreement with each statement. Please try to answer each question.

Example:

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
--	-------------------	----------	---------	-------	----------------

People should never break a promise

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

The person has shown that he/she agrees with the statement by circling number 4. If the person had strongly agreed with the statement he/she would have circled number 5.

Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
-------------------	----------	---------	-------	----------------

1. It's unbearable to fail at important things, and can't stand not succeeding at them.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. I can't stand a lack of consideration from other people,

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
3. It's unbearable being uncomfortable, tense or nervous and I can't stand it when I am.	1	2	3	4	5
4. I have worth as a person even if I do not perform well at tasks that are important to me.	1	2	3	4	5
5. I can't stand being tense or nervous and I think tension is unbearable.	1	2	3	4	5
6. It's awful to be disliked by people who are important to me, and it is a catastrophe if they don't like me.	1	2	3	4	5
7. If important people dislike me, it is because I am an unlikable bad person.	1	2	3	4	5
8. When I am treated inconsiderately, I think it shows what kind of bad and hopeless people there are in the world.	1	2	3	4	5
9. If I am rejected by someone I like, I can accept myself and still recognize my worth as a human being.	1	2	3	4	5
10. If I do not perform well at tasks that are so important to me, it is because I am a worthless bad person.	1	2	3	4	5
11. It's awful to do poorly at some important things, and I think it is a catastrophe if I do poorly.	1	2	3	4	5
12. I think it is terribly bad when people treat me with disrespect.	1	2	3	4	5
13. When people I like reject me or dislike me, it is because I am a bad or worthless person.	1	2	3	4	5

	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
14.I cannot stand being treated unfairly, and I think unfairness is unbearable.	1	2	3	4	5
15.I believe that if a person treats me very unfairly they are bad and worthless.	1	2	3	4	5
16.I can't stand hassles in my life.	1	2	3	4	5
17.It's awful to have hassles in one's life and it is a catastrophe to be hassled.	1	2	3	4	5
18.I cannot tolerate not doing well at important tasks and it is unbearable to fail.	1	2	3	4	5
19.It is important that people treat me fairly most of the time, however I realize I do not have to be treated fairly just because I want to be.	1	2	3	4	5
20.If I do not perform well at things which are important, it will be a catastrophe.	1	2	3	4	5
21.It is unbearable to not have respect from people, and I can't stand their disrespect.	1	2	3	4	5
22.If important people dislike me, it goes to show what a worthless person I am.	1	2	3	4	5
23.I must be liked and accepted by people I want to like me, and I will not accept their not liking me.	1	2	3	4	5
24.I want to be liked and accepted by people whom I like, but I realize they don't have to like me just because I want them to.	1	2	3	4	5

Strongly Disagree Disagree Neutral Agree Strongly Agree

25. When people who I want to like me, disapprove of me or reject me, I can't bear their disliking me.

1 2 3 4 5

26. If people treat me without respect, it goes to show how bad they really are.

1 2 3 4 5

PLEASE CHECK THAT ALL QUESTIONS HAVE BEEN ANSWERED

Annexe 7

GDS : Geriatric Depression Scale

24.10.2001

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (GDS)

NOM :

Prénom :

Date :

1 - Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	oui	non*
6 - Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	oui*	non
7 - Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	oui	non*
8 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	oui*	non
9 - Etes-vous heureux la plupart du temps?	oui	non*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide,	oui*	non
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	oui*	non
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir?	oui*	non
13 - L'avenir vous inquiète-t-il?	oui*	non
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	oui*	non
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui*	non
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	oui*	non
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé?	oui*	non
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante?	oui	non*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	oui*	non
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie?	oui	non*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente?	oui*	non
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre et que les autres ont plus de chance que vous?	oui*	non
24 - Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	oui*	non
25 - Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	oui*	non
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer?	oui*	non
27 - Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	oui	non*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées?	oui*	non
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions?	oui	non*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	oui	non*

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Annexe 8

GHQ : General health Questionnaire

Supplement 1: The General Health Questionnaire (GHQ) 12

The next questions are about how you have been feeling over the last few weeks.

- Have you recently been able to concentrate on whatever you're doing?
 1. Better than usual
 2. Same as usual
 3. Less than usual
 4. Much less than usual
- Have you recently lost much sleep over worry?
 1. Not at all
 2. No more than usual
 3. Rather more than usual
 4. Much more than usual
- Have you recently felt that you were playing a useful part in things?
 1. More so than usual
 2. Same as usual
 3. Less so than usual
 4. Much less than usual
- Have you recently felt capable of making decisions about things?
 1. More so than usual
 2. Same as usual
 3. Less so than usual
 4. Much less capable
- Have you recently felt constantly under strain?
 1. Not at all
 2. No more than usual
 3. Rather more than usual
 4. Much more than usual
- Have you recently felt you couldn't overcome your difficulties?
 1. Not at all
 2. No more than usual
 3. Rather more than usual
 4. Much more than usual
- Have you recently been able to enjoy your normal day-to-day activities?
 1. More so than usual
 2. Same as usual
 3. Less so than usual
 4. Much less than usual
- Have you recently been able to face up to problems?
 1. More so than usual
 2. Same as usual
 3. Less able than usual
 4. Much less able
- Have you recently been feeling unhappy or depressed?

1. Not at all
 2. No more than usual
 3. Rather more than usual
 4. Much more than usual
- Have you recently been losing confidence in yourself?
 1. Not at all
 2. No more than usual
 3. Rather more than usual
 4. Much more than usual
 - Have you recently been thinking of yourself as a worthless person?
 1. Not at all
 2. No more than usual
 3. Rather more than usual
 4. Much more than usual
 - Have you recently been feeling reasonably happy, all things considered?
 1. More so than usual
 2. About the same as usual
 3. Less so than usual
 4. Much less than usual

Annexe 9

HAD : Hospital Depression and Anxiety Scale

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Tick the box beside the reply that is closest to how you have been feeling in the past week.
Don't take too long over you replies: your immediate is best.

D	A		D	A	
		I feel tense or 'wound up':			I feel as if I am slowed down:
	3	Most of the time	3		Nearly all the time
	2	A lot of the time	2		Very often
	1	From time to time, occasionally	1		Sometimes
	0	Not at all	0		Not at all
		I still enjoy the things I used to enjoy:			I get a sort of frightened feeling like 'butterflies' in the stomach:
0		Definitely as much		0	Not at all
1		Not quite so much		1	Occasionally
2		Only a little		2	Quite Often
3		Hardly at all		3	Very Often
		I get a sort of frightened feeling as if something awful is about to happen:			I have lost interest in my appearance:
	3	Very definitely and quite badly	3		Definitely
	2	Yes, but not too badly	2		I don't take as much care as I should
	1	A little, but it doesn't worry me	1		I may not take quite as much care
	0	Not at all	0		I take just as much care as ever
		I can laugh and see the funny side of things:			I feel restless as I have to be on the move:
0		As much as I always could		3	Very much indeed
1		Not quite so much now		2	Quite a lot
2		Definitely not so much now		1	Not very much
3		Not at all		0	Not at all
		Worrying thoughts go through my mind:			I look forward with enjoyment to things:
	3	A great deal of the time	0		As much as I ever did
	2	A lot of the time	1		Rather less than I used to
	1	From time to time, but not too often	2		Definitely less than I used to
	0	Only occasionally	3		Hardly at all
		I feel cheerful:			I get sudden feelings of panic:
3		Not at all		3	Very often indeed
2		Not often		2	Quite often
1		Sometimes		1	Not very often
0		Most of the time		0	Not at all
		I can sit at ease and feel relaxed:			I can enjoy a good book or radio or TV program:
	0	Definitely	0		Often
	1	Usually	1		Sometimes
	2	Not Often	2		Not often
	3	Not at all	3		Very seldom

Please check you have answered all the questions

Scoring:

Total score: Depression (D) _____ Anxiety (A) _____

0-7 = Normal

8-10 = Borderline abnormal (borderline case)

11-21 = Abnormal (case)

Annexe 10

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HAM-D)

(To be administered by a health care professional)

Patient Name _____

Today's Date _____

The HAM-D is designed to rate the severity of depression in patients. Although it contains 21 areas, calculate the patient's score on the first 17 answers.

- | | |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> 1. DEPRESSED MOOD
(Gloomy attitude, pessimism about the future, feeling of sadness, tendency to weep)
0 = Absent
1 = Sadness, etc.
2 = Occasional weeping
3 = Frequent weeping
4 = Extreme symptoms</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 6. INSOMNIA - Delayed
(Waking in early hours of the morning and unable to fall asleep again)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 2. FEELINGS OF GUILT
0 = Absent
1 = Self-reproach, feels he/she has let people down
2 = Ideas of guilt
3 = Present illness is a punishment; delusions of guilt
4 = Hallucinations of guilt</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 7. WORK AND INTERESTS
0 = No difficulty
1 = Feelings of incapacity, listlessness, indecision and vacillation
2 = Loss of interest in hobbies, decreased social activities
3 = Productivity decreased
4 = Unable to work. Stopped working because of present illness only. (Absence from work after treatment or recovery may rate a lower score).</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 3. SUICIDE
0 = Absent
1 = Feels life is not worth living
2 = Wishes he/she were dead
3 = Suicidal ideas or gestures
4 = Attempts at suicide</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 8. RETARDATION
(Slowness of thought, speech, and activity; apathy; stupor.)
0 = Absent
1 = Slight retardation at interview
2 = Obvious retardation at interview
3 = Interview difficult
4 = Complete stupor</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 4. INSOMNIA - Initial
(Difficulty in falling asleep)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 9. AGITATION
(Restlessness associated with anxiety.)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> |
| <p><input type="checkbox"/> 5. INSOMNIA - Middle
(Complains of being restless and disturbed during the night. Waking during the night.)
0 = Absent
1 = Occasional
2 = Frequent</p> <hr/> | <p><input type="checkbox"/> 10. ANXIETY - PSYCHIC
0 = No difficulty
1 = Tension and irritability
2 = Worrying about minor matters
3 = Apprehensive attitude
4 = Fears</p> <hr/> |

HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE (HAM-D)

(To be administered by a health care professional)

- 11. ANXIETY - SOMATIC**
Gastrointestinal, indigestion
Cardiovascular, palpitation, Headaches
Respiratory, Genito-urinary, etc.
0 = Absent
1 = Mild
2 = Moderate
3 = Severe
4 = Incapacitating
-

- 12. SOMATIC SYMPTOMS - GASTROINTESTINAL**
(Loss of appetite, heavy feeling in abdomen; constipation)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe
-

- 13. SOMATIC SYMPTOMS - GENERAL**
(Heaviness in limbs, back or head; diffuse backache; loss of energy and fatigability)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe
-

- 14. GENITAL SYMPTOMS**
(Loss of libido, menstrual disturbances)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe
-

- 15. HYPOCHONDRIASIS**
0 = Not present
1 = Self-absorption (bodily)
2 = Preoccupation with health
3 = Querulous attitude
4 = Hypochondriacal delusions
-

- 16. WEIGHT LOSS**
0 = No weight loss
1 = Slight
2 = Obvious or severe
-

- 17. INSIGHT**
(Insight must be interpreted in terms of patient's understanding and background.)
0 = No loss
1 = Partial or doubtful loss
2 = Loss of insight

TOTAL ITEMS 1 TO 17: _____

0 - 7 = Normal
8 - 13 = Mild Depression
14 - 18 = Moderate Depression
19 - 22 = Severe Depression
≥ 23 = Very Severe Depression

- 18. DIURNAL VARIATION**
(Symptoms worse in morning or evening. Note which it is.)
0 = No variation
1 = Mild variation; AM () PM ()
2 = Severe variation; AM () PM ()
-

- 19. DEPERSONALIZATION AND DEREALIZATION**
(feelings of unreality, nihilistic ideas)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Moderate
3 = Severe
4 = Incapacitating
-

- 20. PARANOID SYMPTOMS**
(Not with a depressive quality)
0 = None
1 = Suspicious
2 = Ideas of reference
3 = Delusions of reference and persecution
4 = Hallucinations, persecutory
-

- 21. OBSESSIVE SYMPTOMS**
(Obsessive thoughts and compulsions against which the patient struggles)
0 = Absent
1 = Mild
2 = Severe
-

* Adapted from Hamilton, M. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 23:56-62, 1960.

Annexe 11

PHQ9 : Patient Health Questionnaire

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)

NAME: _____ DATE: _____

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?
(use "✓" to indicate your answer)

	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed. Or the opposite — being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead, or of hurting yourself	0	1	2	3

add columns + +

(Healthcare professional: For interpretation of TOTAL, TOTAL:
please refer to accompanying scoring card).

10. If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	Not difficult at all	_____
	Somewhat difficult	_____
	Very difficult	_____
	Extremely difficult	_____

Copyright © 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. A2663B 10-04-2005

PHQ-9 Patient Depression Questionnaire

For initial diagnosis:

1. Patient completes PHQ-9 Quick Depression Assessment.
2. If there are at least 4 ✓s in the shaded section (including Questions #1 and #2), consider a depressive disorder. Add score to determine severity.

Consider Major Depressive Disorder

- if there are at least 5 ✓s in the shaded section (one of which corresponds to Question #1 or #2)

Consider Other Depressive Disorder

- if there are 2-4 ✓s in the shaded section (one of which corresponds to Question #1 or #2)

Note: Since the questionnaire relies on patient self-report, all responses should be verified by the clinician, and a definitive diagnosis is made on clinical grounds taking into account how well the patient understood the questionnaire, as well as other relevant information from the patient.

Diagnoses of Major Depressive Disorder or Other Depressive Disorder also require impairment of social, occupational, or other important areas of functioning (Question #10) and ruling out normal bereavement, a history of a Manic Episode (Bipolar Disorder), and a physical disorder, medication, or other drug as the biological cause of the depressive symptoms.

To monitor severity over time for newly diagnosed patients or patients in current treatment for depression:

1. Patients may complete questionnaires at baseline and at regular intervals (eg, every 2 weeks) at home and bring them in at their next appointment for scoring or they may complete the questionnaire during each scheduled appointment.
2. Add up ✓s by column. For every ✓: Several days = 1 More than half the days = 2 Nearly every day = 3
3. Add together column scores to get a TOTAL score.
4. Refer to the accompanying **PHQ-9 Scoring Box** to interpret the TOTAL score.
5. Results may be included in patient files to assist you in setting up a treatment goal, determining degree of response, as well as guiding treatment intervention.

Scoring: add up all checked boxes on PHQ-9

For every ✓ Not at all = 0; Several days = 1;
More than half the days = 2; Nearly every day = 3

Interpretation of Total Score

	Depression Severity
1-4	Minimal depression
5-9	Mild depression
10-14	Moderate depression
15-19	Moderately severe depression
20-27	Severe depression

PHQ9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-MD ® is a trademark of Pfizer Inc.

A2662B 10-04-2005

Serment d'Hippocrate du conseil de l'ordre des médecins

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Serment d'Hippocrate de la faculté de Montpellier

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

Résumé

La bibliothérapie est une intervention non médicamenteuse retrouvée efficace dans la prise en charge de la dépression. L'objectif de cette revue de littérature est de décrire les supports et méthodes utilisés dans les études à ce sujet.

Après une première sélection d'articles permettant une vision globale de l'utilisation des livres dans la dépression, une deuxième étape a permis de sélectionner 45 études dont les supports et méthodes ont été catégorisés et analysés.

Trois types de supports ont été retrouvés : les manuels de psycho-éducation (incluant les livres d'autosoin), les livres de fiction et les supports mélangeant les deux. Les livres se basant sur la thérapie cognitivo-comportementale étaient les plus employés, deux d'entre eux en particulier. Trois catégories de mise en place ont été distinguées : la bibliothérapie non guidée, la bibliothérapie guidée à minima et la bibliothérapie guidée. La nature du suivi a été décrite pour chaque étude incluse.

Les méthodes employées à travers les études nous orientent vers une pratique de la bibliothérapie guidée par un accompagnement humain, même minimal. Il est nécessaire de poursuivre l'évaluation des différents supports disponibles, y compris fictionnels. Il serait intéressant d'étudier les mécanismes des changements psychiques induits par la lecture. Ceci permettrait la création de guides avec les livres évalués et le suivi nécessaire, ouvrant la possibilité de formation pour la pratique de la bibliothérapie dans la dépression.

Mots clés : bibliothérapie – livre d'autosoin – thérapie cognitive – dépression – santé mentale – revue de littérature

Abstract

Bibliotherapy is an effective intervention in the management of depression. The aim of this review of literature is to describe the media and methods used in the studies on this subject.

After an initial selection of articles providing an overview of the use of books in depression, a second stage involved the selection of 45 studies whose media and methods were categorized and analyzed.

Three types of support were found: psycho-educational manuals (including self help books), fiction books and a mixture of the two. Books based on cognitive-behavioral therapy were the most frequently used, two in particular. Three categories of implementation were distinguished: unguided bibliotherapy, minimally guided bibliotherapy and guided bibliotherapy. The nature of the follow-up was described for each study.

The methods employed point towards the practice of bibliotherapy with human accompaniment, even if minimal. It is necessary to pursue the evaluation of the different available media, including fiction. It would be interesting to study the mechanisms of psychic changes induced by reading. This could lead to the creation of bibliotherapy guides with evaluated books and their necessary accompaniment, opening the door to possible training for the practice of bibliotherapy in depression.

Key words : bibliotherapy – self help books – cognitive-behavioral therapy – depression – mental health – review of literature