



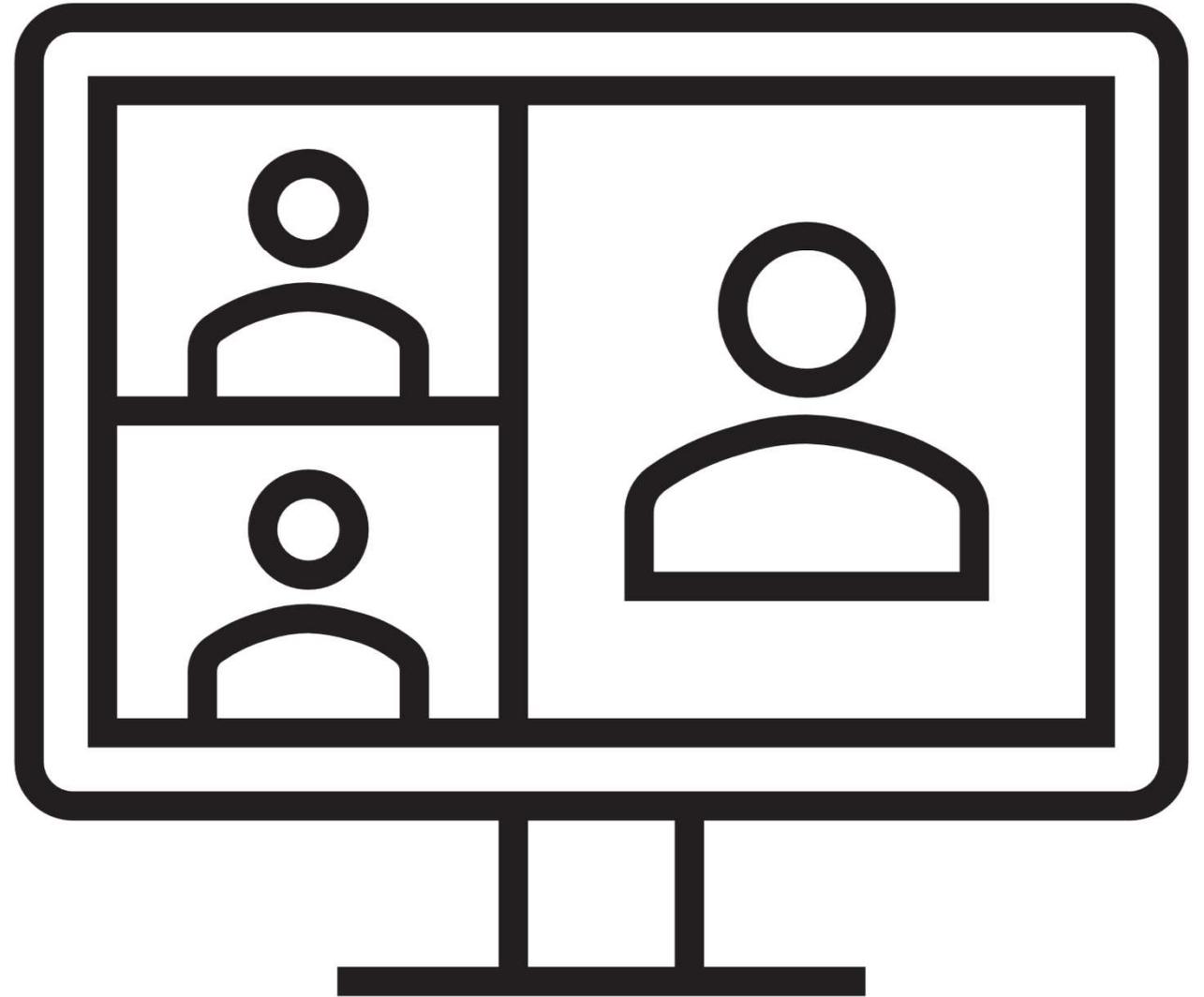
La dépression chez les aînés: l'importance des pensées et des comportements

Philippe Landreville, Ph.D.
Psychologue
Professeur titulaire
École de psychologie, Université Laval
philippe.landreville@psy.ulaval.ca

Service de consultation de l'École de
psychologie (SCEP)
418-656-5490

Plan

- Introduction
- Critères diagnostiques
- Prévalence et évolution
- Facteurs de risque
- Facteurs cognitifs et comportementaux
- Thérapie cognitive-comportementale
- Facteurs psychologiques pouvant nuire à la psychothérapie
- Prévention de la dépression
- Informer les aînés et leurs familles



Introduction

Tristesse

Émotion normale

- Tout le monde éprouve des changements d'humeur
- Changements ne durent généralement pas
- N'affectent pas participation sociale
- N'affectent pas réalisation des activités quotidiennes

Dépression

Maladie mentale

- Beaucoup plus qu'une « mauvaise journée » ou « broyer du noir »
- Affecte comment la personne se sent
- Affecte ses rapports avec les autres
- Affecte la réalisation de ses activités
- Pas normale un âge avancé

Source: Association canadienne pour la santé mentale (2014)



Introduction (suite)

Juliette

- S'est sentie triste ces dernières semaines.
- Bien que généralement très active, trouve la vie moins intéressante qu'auparavant et se fatigue plus facilement.
- Dort moins bien et a moins d'appétit.
- Trouve très difficile de prendre des décisions.
- Pense parfois qu'elle serait mieux morte mais ne se suiciderait jamais.
- Difficile pour elle de fonctionner dans la vie quotidienne.
- Symptômes dépressifs légers à modérés.

Introduction (suite)

Rémi

- Depuis quelques semaines, se sent très triste
- Bien qu'il ait été très dynamique, ne s'intéresse plus à ses activités habituelles et n'en tire aucun plaisir.
- Se sent trop fatigué pour faire quoi que ce soit.
- Se réveille plusieurs heures plus tôt qu'avant et ne peut pas se rendormir.
- N'a jamais très faim, se force à manger.
- Incapable de prendre des décisions.
- Pense qu'il serait mieux mort et envisage le suicide.
- Très difficile pour lui de fonctionner dans la vie quotidienne.
- Symptômes dépressifs sévères

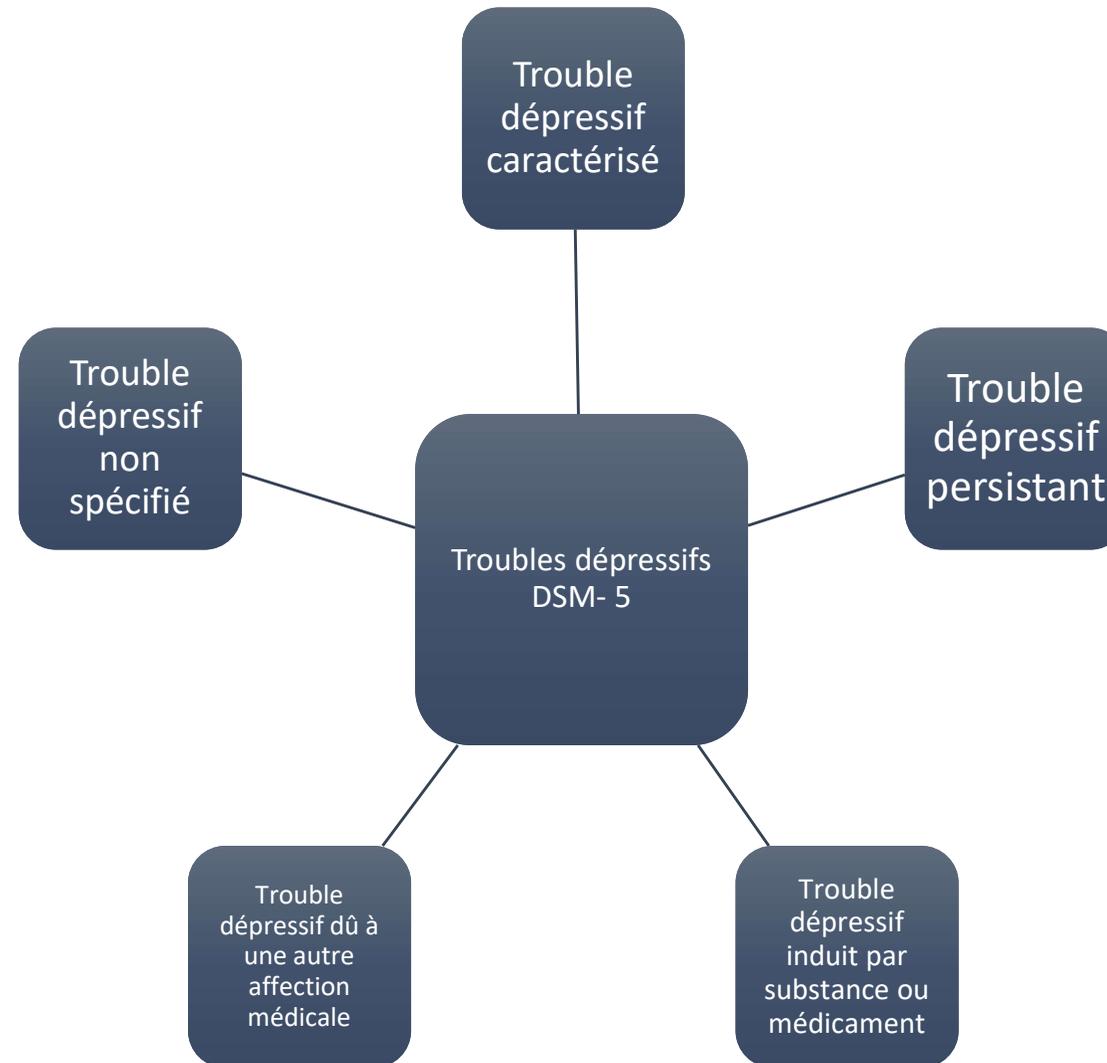


Introduction (suite)

- Un des troubles de santé mentale les plus répandus chez les personnes âgées + qui se traite le mieux
- Souvent
 - présent en même temps que symptômes/trouble anxieux (troubles fortement comorbides)
 - négligée par les proches et la personne âgée elle-même
 - pas dépistée par les professionnels de la santé
- Conséquences importantes:
 - inactivité
 - problèmes de santé
 - risque suicidaire
- Cette conférence
 - survolera des informations de base
 - s'attardera à des facteurs psychologiques qui maintiennent la dépression et sont ciblés par le traitement.

Introduction (suite)

- Différents troubles dépressifs selon le DSM-5 (APA, 2013)



Critères diagnostiques

Trouble dépressif caractérisé (APA, 2013):

Au moins 5 des symptômes suivants présents pendant au moins 2 semaines, représentant un changement p/r au fonctionnement antérieur et dont obligatoirement un est (1) ou (2):

(1) Humeur dépressive, presque toute la journée, presque tous les jours

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours

(3) Perte ou gain de poids significatif ou diminution ou augmentation de l'appétit

(4) Insomnie ou hypersomnie

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur

(6) Fatigue ou perte d'énergie

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision

(9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes avec ou sans plan précis, tentative de suicide ou plan suicidaire

Critères diagnostiques

Trouble dépressif persistant (APA, 2013):

- A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux, pendant au moins 2 ans.**
- B. Au moins 2 symptômes quand la personne est déprimée:**
 - 1) Perte d'appétit ou hyperphagie
 - 2) Insomnie ou hypersomnie
 - 3) Baisse d'énergie ou fatigue
 - 4) Faible estime de soi
 - 5) Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions
 - 6) Sentiment de perte d'espoir

Prévalence et évolution

Étude	Pays	Prévalence
Blazer et al. (1987)	EU	Dysthymie : 2 % Dépression majeure : 0,8 %
Copeland et al. (1987)	RU	Tous troubles dépressifs : 11,2 %
Lobo et al. (1995)	Espagne	Dysthymie : 1,3 % Dépression majeure : 1 %
Kua et al. (1997)	Singapour	Tous troubles dépressifs : 6 %
Newman et al. (1998)	Canada	Dépression mineure : 3,6 % Dépression majeure : 0,86 %
Forsell et Winblad (1999)	Suède	Dépression majeure : 4,1 %
Chong et al. (2001)	Taiwan	Troubles dépressifs : 21,3 %
Xavier et al. (2002)	Brésil	Dépression mineure : 12 %
Chen et al. (2005)	Chine	Tous troubles dépressifs : 6 %
McDougall et al. (2007)	RU	Tous troubles dépressifs : 8,7 %
Gureje et al. (2007)	Nigeria	Dépression majeure : 7,1 %
Kessler et al. (2012)	EU	Trouble dépressif majeur : 2,3 %

- Taux de TDC/dépression majeure dépassent rarement 3 % chez les personnes âgées vivant à domicile
- Taux sont généralement + élevés parmi personnes hospitalisées (20 à 25 %) et en centre d'hébergement (10-40 %) (Power et al., 2017).

Source : Kua et Mahendran (2017)

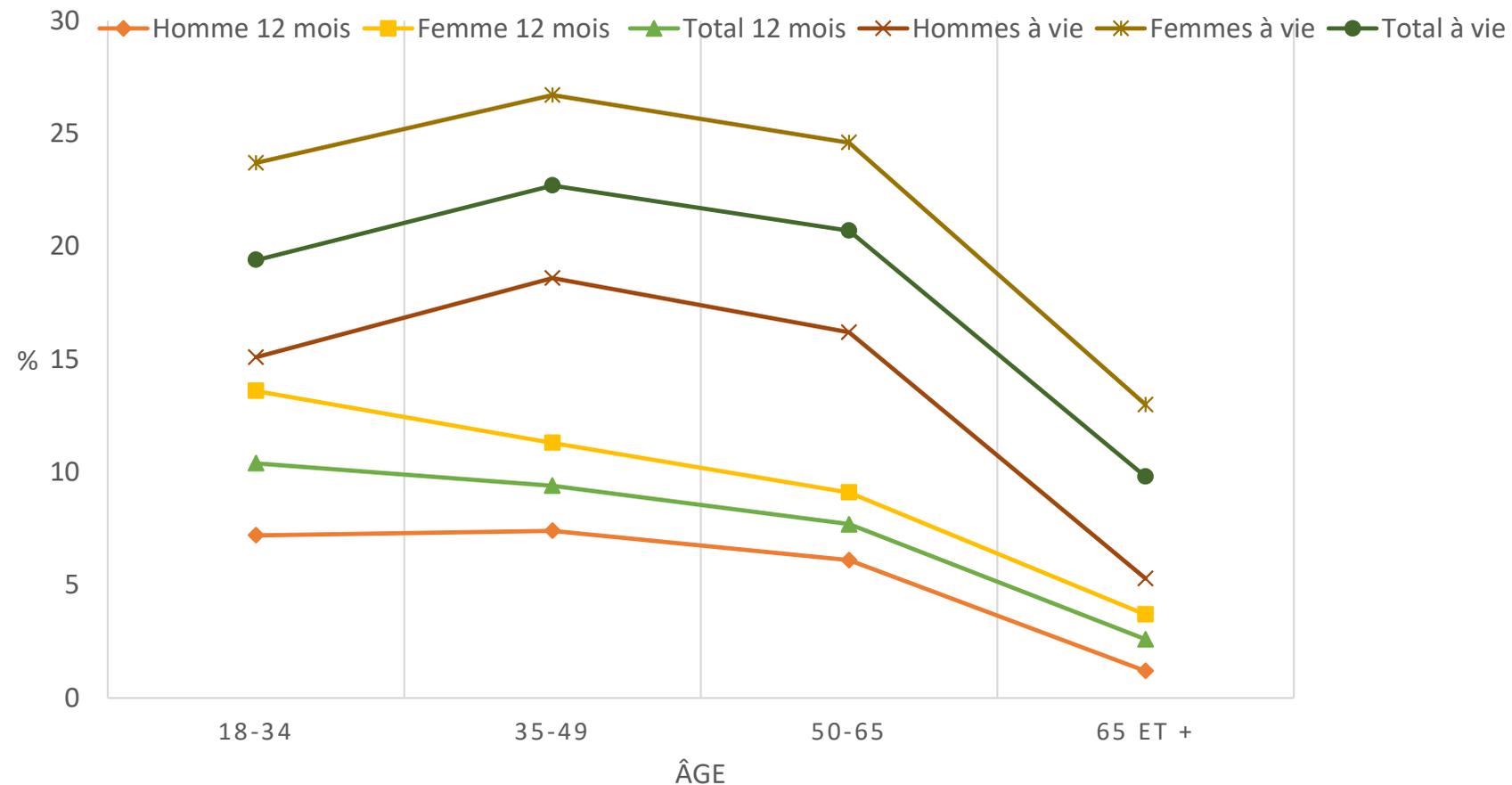
Prévalence et évolution

Plusieurs aînés peuvent aussi présenter des symptômes dépressifs importants mais qui ne répondent pas aux critères diagnostiques du trouble dépressif caractérisé. (*subsyndromal depression; SD*)

- Laborde-Lahoz et al. (2015)
 - Étude nationale américaine conduit auprès de 10 409 personnes âgées de 55 ans et plus
 - 13,8 % des participants ont eu SD au cours de leur vie
 - Proportion similaire à dépression majeure au cours de la vie (13,7 %)
 - Personnes ayant déjà eu SD avaient une probabilité + élevée de développer un nouveau trouble dépressif majeur ainsi qu'un trouble anxieux 3 ans plus tard.

Prévalence et évolution (suite)

- Prévalence du TDC varie selon le sexe et l'âge



Source: Kessler et al., 2010

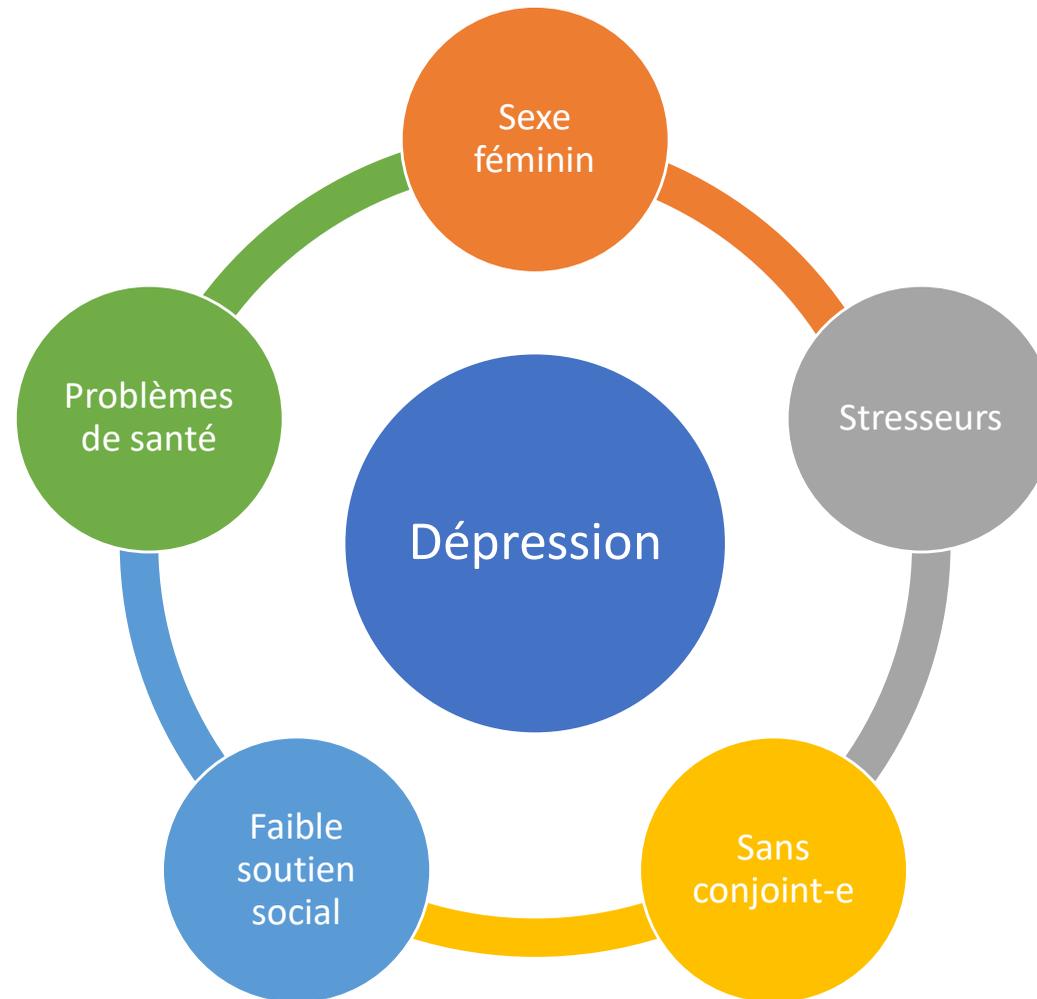


Prévalence et évolution (suite)

- Dépression à l'âge adulte avancé est associée à une trajectoire plus défavorable (Haigh et al., 2018). Ex:
- Comijs et al. (2015):
 - Sur 285 personnes cliniquement déprimées au départ, près de la moitié (48,4 %) souffraient également d'un trouble dépressif 2 ans plus tard.
 - 61 % des personnes déprimées au départ avaient une évolution chronique des symptômes dépressifs au cours des 2 années.
 - Taux de rémission + faibles comparativement aux études menées auprès d'adultes âgés de 18 à 65 ans.

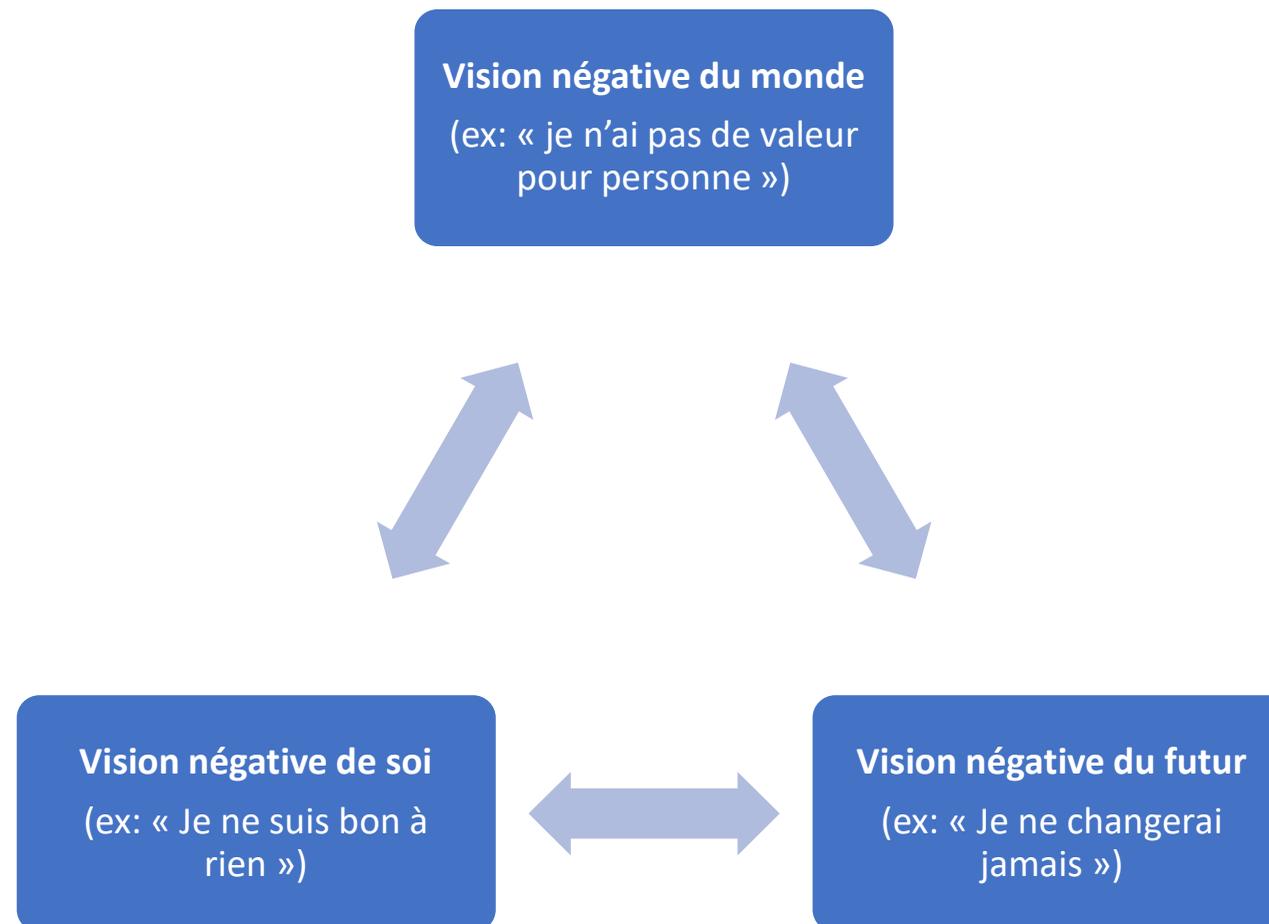
Facteurs de risque

- Parmi les plus probants (Vézina et al., en préparation):



Facteurs cognitifs et comportementaux

Triade cognitive de la dépression (Beck et al., 1979)



Facteurs cognitifs et comportementaux (suite)

Symptômes dépressifs chez les aînés sont associés à

- Pensées négatives
 - Lam et al., 1987:
 - Comparées à des témoins âgés non déprimés, les personnes âgées déprimées ont rapporté plus de pensées négatives, de désespoir et d'attitudes dysfonctionnelles.
- Faible niveau d'activité
 - Rider et al., 2016:
 - Personnes ayant des scores d'activité plus élevés sur une liste d'activités agréables avaient tendance à présenter des niveaux de dépression plus faibles.

Facteurs cognitifs et comportementaux (suite)

Liste d'activités agréables

Penser à de bons souvenirs

Magasiner

Observer un beau paysage

Écouter les sons de la nature

Prendre un café ou un thé avec des amis

Penser à moi

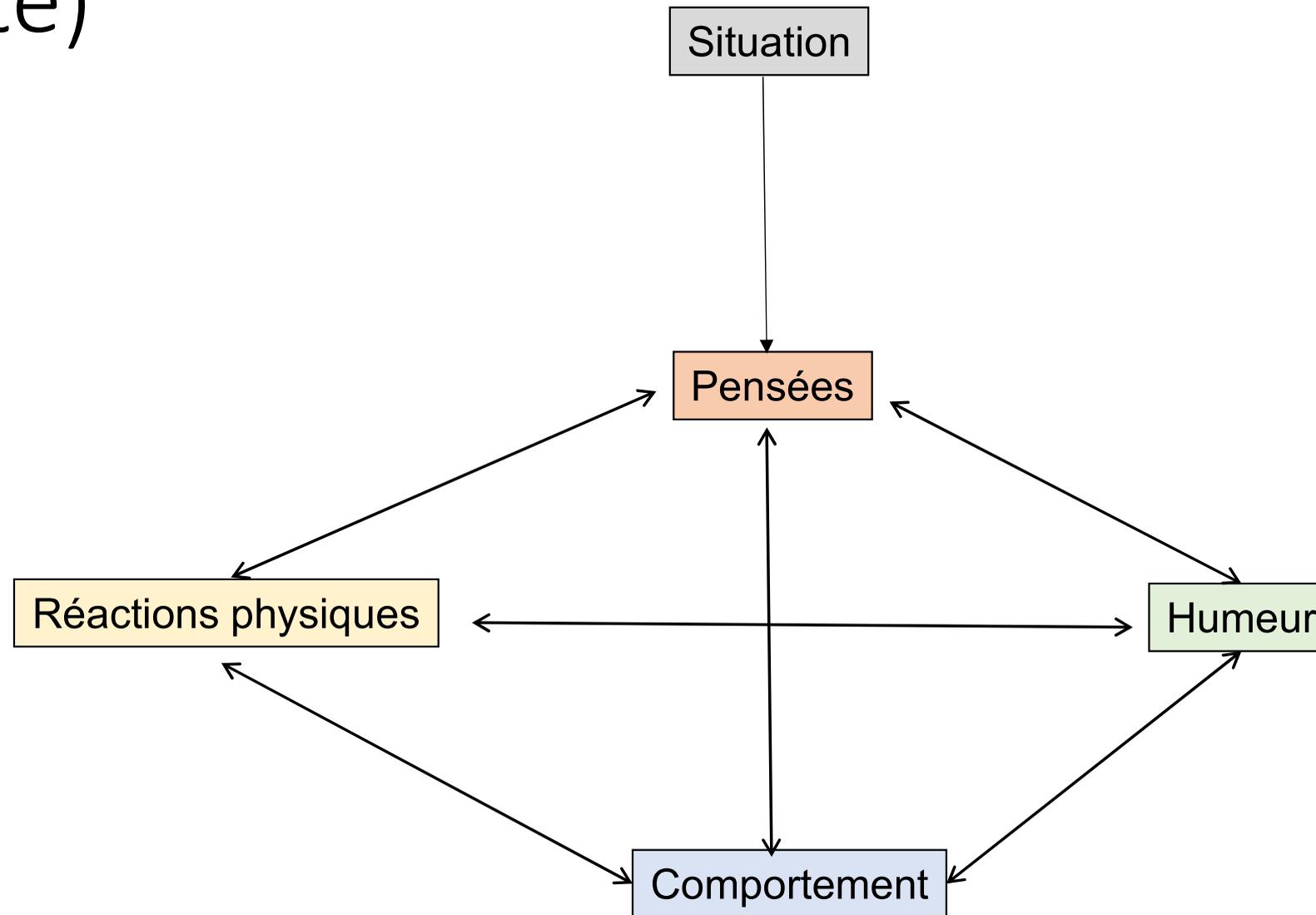
Faire du bénévolat

Planifier des voyages ou des vacances

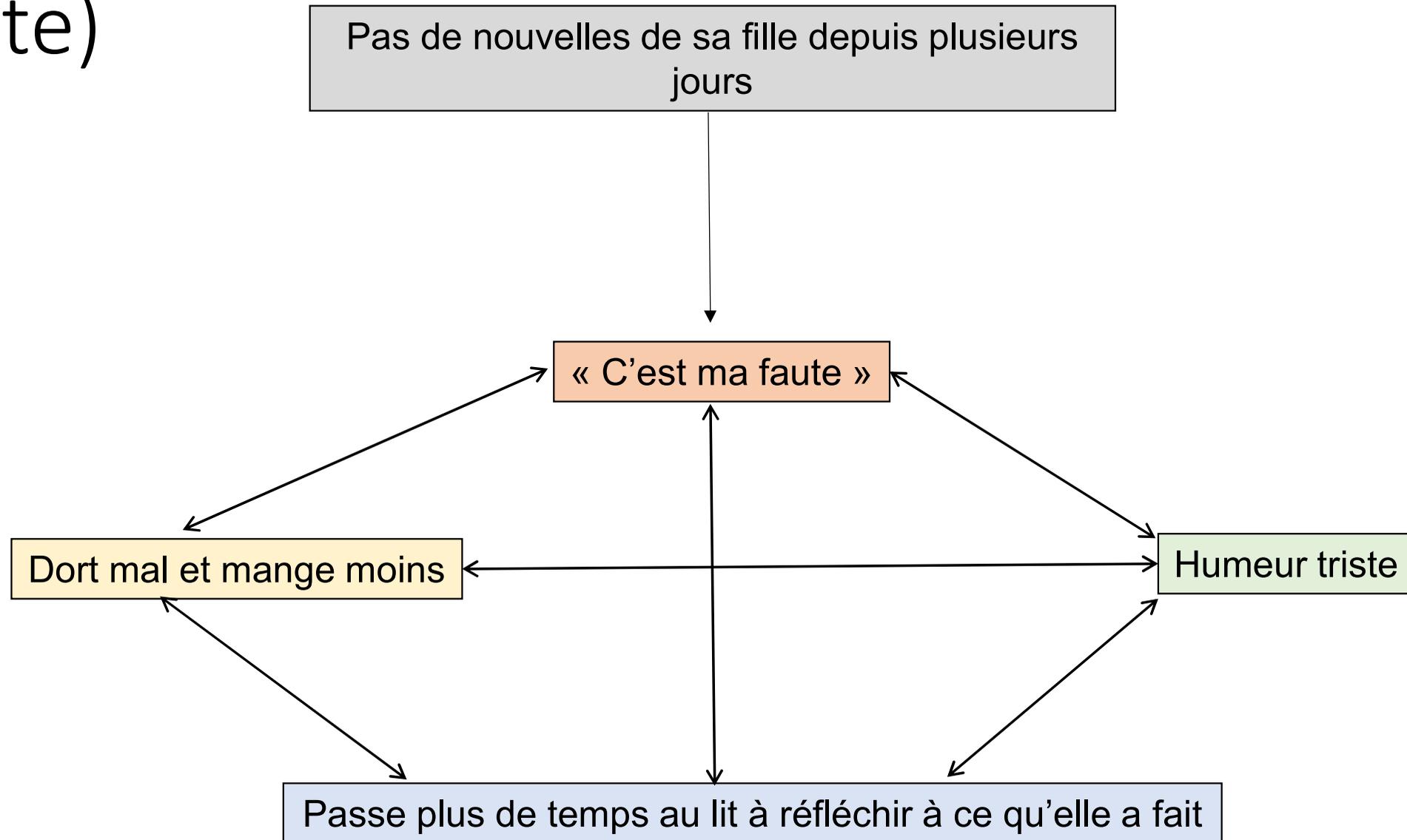
Méditer

Écouter de la musique

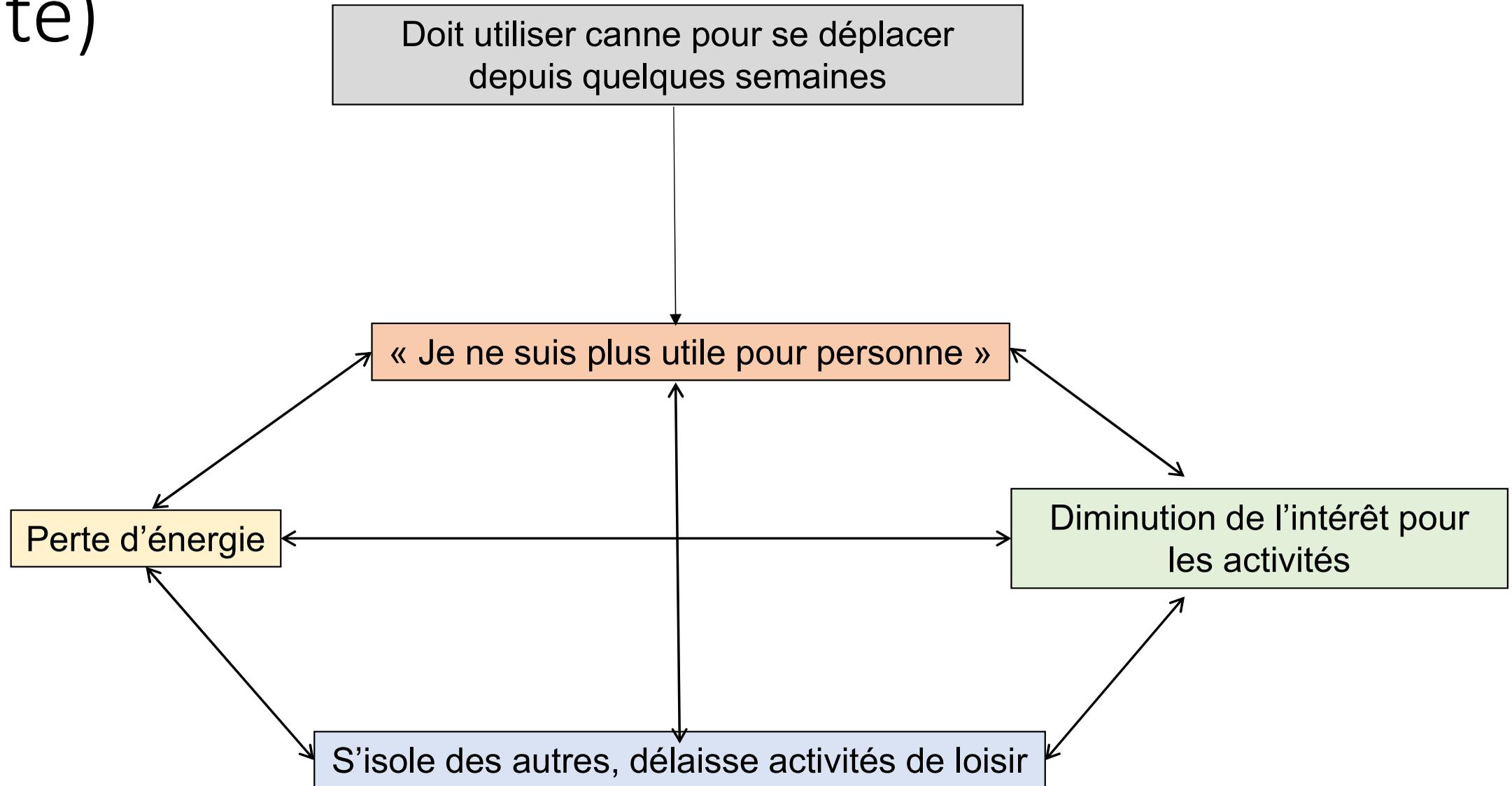
Facteurs cognitifs et comportementaux (suite)



Facteurs cognitifs et comportementaux (suite)



Facteurs cognitifs et comportementaux (suite)





Thérapie cognitive-comportementale

(Beck et al., 1979; Gallagher-Thompson & Thompson, 2010)

Caractéristiques

- basée sur une compréhension du patient et de ses problèmes en termes cognitifs et comportementaux.
- vise à apprendre au client à être son propre thérapeute et à prévenir une rechute
- utilise une variété de techniques pour modifier la pensée, l'humeur et le comportement
- approche structurée et limitée dans le temps
- met l'accent sur la collaboration et la participation active

Thérapie cognitive-comportementale (suite)

	Composante cognitive	Composante comportementale
Justification	<ul style="list-style-type: none">• Dépression résulte d'un traitement fautif + négatif de la réalité.	<ul style="list-style-type: none">• Dépression résulte de faible taux de renforcement positif dans les principaux domaines de la vie + taux élevé d'expériences aversives
Client apprend à	<ul style="list-style-type: none">• identifier situations associées aux sentiments dépressifs• identifier pensées correspondant à son interprétation de ces situations• examiner la validité de ces pensées• remettre en question pensées excessivement négatives et développer pensées plus réalistes	<ul style="list-style-type: none">• comprendre le lien entre l'humeur et les activités• Identifier activités pouvant améliorer son humeur• Planifier et réaliser activités

Thérapie cognitive-comportementale (suite)

Efficacité

- Traitement supporté empiriquement
- Efficacité comparativement à d'autres psychothérapies? Résultats sont mitigés (Cuijpers et al., 2006; Pincus et al. 2007)

Scogin et al. (2005)	Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2006)
<ul style="list-style-type: none">• Thérapie cognitive-comportementale• Thérapie comportementale• Thérapie psychodynamique brève• Thérapie de résolution de problème• Rétrospective de vie• Bibliothérapie cognitive	<ul style="list-style-type: none">• Thérapie cognitive-comportementale• Thérapie comportementale• Thérapie dynamique brève• Thérapie de résolution de problème• Rétrospective de vie• Thérapie interpersonnelle

Facteurs psychologiques pouvant nuire à la psychothérapie

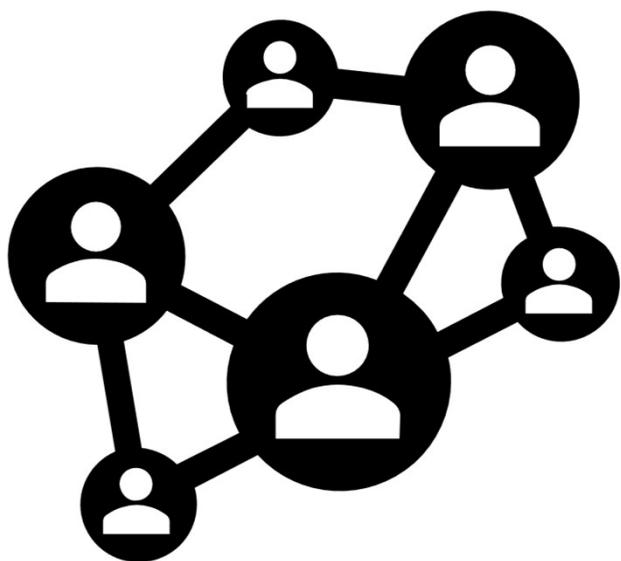
- Ambivalence
 - face au changement (ex: « je suis trop âgé pour changer »)
 - face au psychothérapeute (ex: « vous êtes trop jeune pour m'aider »)
- Faible motivation au changement
- Faible implication dans le traitement
- Attentes irréalistes (ex: « je ne me sentirai plus jamais déprimé »)
- Problèmes cognitifs
- Autre trouble de santé mentale primaire non traité (importance de l'évaluation)

Prévention de la dépression

Est-il possible de prévenir la dépression chez les aînés avec des interventions structurées (exercice physique, entraînement de compétences particulières, activités sociales, etc.)?

Forsman et al. (2011):

- Objectif: Évaluer l'efficacité des interventions psychosociales pour la prévention de la dépression chez les personnes âgées.
- Méthode: Revue systématique et méta-analyse d'essais contrôlés prospectifs.
- Résultats:
 - Globalement, les interventions ont eu un effet faible mais statistiquement significatif sur les symptômes dépressifs.
 - Comparativement à l'absence d'intervention, les activités sociales ont permis de réduire les symptômes dépressifs mais les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du petit nombre d'essais.
 - Aucun effet statistiquement significatif n'a été constaté pour l'exercice physique, l'entraînement de compétences pour gérer difficultés personnelles, la réminiscence ou les interventions à composantes multiples.



plus âgés —
Vous n'êtes pas seul!

RENSEIGNEZ-VOUS + AGISSEZ



Informers les aînés et leurs familles

Dépliant "Dépression chez les adultes plus âgés: vous n'êtes pas seul!" de la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Principaux thèmes:

- Qu'est-ce que la dépression?
- Comment la dépression est-elle diagnostiquée?
- Comment la dépression est-elle traitée (soutien pour la santé et la vie sociale, counseling et psychothérapie, médicaments)?

Source: Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (2018). Repéré à https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/CCSMH-Depression-FR-Final_REV_Ir2.pdf?lang=fr 25 novembre 2020).

Références

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5^e éd.). Washington, DC: Author.

Association canadienne pour la santé mentale. (2014). *La dépression et le trouble bipolaire*. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2016/02/Depression-and-Bipolar-NTNL-brochure-FR-2014-web.pdf>

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés. (2006). *Lignes directrices pour l'évaluation et le traitement de la dépression*. Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés. <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/Depression-final-french.pdf>

Comijs, H. C., Nieuwesteeg, J., Kok, R., van Marwijk, H. W., van der Mast, R. C., Naarding, P., Voshaar, R. C. O., Verhaak, P., de Waal, M. W. M., & Stek, M. L. (2015). The two-year course of late-life depression; results from the Netherlands study of depression in older persons. *BMC Psychiatry*, 15(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0401-5>

Cuijpers, P., Van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139-1149.

Forsman, A. K., Schierenbeck, I., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 387-416. <https://doi.org/10.1177/0898264310378041>

Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2010). *Treating late-life depression : a cognitive-behavioral therapy approach : therapist guide*. Toronto : Oxford University Press

Haigh, E. A. P., Bogucki, O. E., Sigmon, S. T., & Blazer, D. G. (2018). Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 107-122. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.06.011>

Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N., & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40, 225-237.

Kua, E. H., & Mahendran, R. (2017). Epidemiology of Mental Disorders (Including Cross-Cultural Comparisons). In H. Chiu & K. Shulman (Eds.), *Mental Health and Illness of the Elderly* (pp. 53-82). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2414-6_5

Laborde-Lahoz, P., El-Gabalawy, R., Kinley, J., Kirwin, P. D., Sareen, J., & Pietrzak, R. H. (2015). Subsyndromal depression among older adults in the USA: prevalence, comorbidity, and risk for new-onset psychiatric disorders in late life. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(7), 677-685. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/gps.4204>

Lam, D. H., Brewin, C. R., Woods, R. T., & Bebbington, P. E. (1987). Cognition and social adversity in the depressed elderly. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 23-26. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.1.23>

Pinquart, M., Duberstein, P. R. et Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645-657.

Power, C., Greene, E., & Lawlor, B. A. (2017). Depression in Late Life: Etiology, Presentation, and Management. In H. Chiu & K. Shulman (Eds.), *Mental Health and Illness of the Elderly* (pp. 187-218). Springer Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-10-2414-6_10

Rider, K. L., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2016). California Older Persons Pleasant Events Scale: A tool to help older adults increase positive experiences. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 39(1), 64-83. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1101635>

Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 222-237

Vézina, J., Cappeliez, P. et Landreville, P. (en préparation). *Psychologie g rontologique (4 me  dition)*. Cheneli re  ducation.