

LES TROUBLES DÉPRESSIFS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

ÉTIOLOGIE, DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS ET INTERVENTIONS

D^{re} Lyson Marcoux,
Ph. D., psychologue,
professeure au Département
de psychologie de l'Université
du Québec à Trois-Rivières

La crise de la COVID-19 a mis en exergue la vulnérabilité des aînés, les montrant souvent seuls et isolés. Du coup, il est facile de se forger une préconception selon laquelle ils sont aussi plus déprimés que l'ensemble de la population. Mais qu'en est-il? L'Enquête québécoise sur la santé des aînés (Préville et al., 2008) rapporte un taux de prévalence sur 12 mois de 6,8 % pour les dépressions majeure (1,1 %) et mineure¹ (5,7 %) chez 2 798 participants de 65 ans et plus. Plus spécifiquement, ces dernières touchaient presque deux fois plus de femmes que d'hommes (8,3 % des femmes, n = 1 650 ; 4,6 % des hommes, n = 1 148).

Ces taux montent considérablement lorsque sont pris en considération les symptômes dépressifs (et non seulement les diagnostics). Une étude canadienne publiée en 2008 (n = 7 736 personnes de 65 ans et plus) a montré une prévalence sur 12 mois de 3,8 % pour la dépression majeure et de 18,7 % lorsque les symptômes dépressifs étaient inclus (Cole et al., 2008). Bref, les estimations de prévalence varient grandement entre les études, en fonction des points de vue opérationnels (c.-à-d. rapporter seulement les diagnostics ou considérer également les états sous-cliniques) et méthodologiques (p. ex., diagnostic émis par un professionnel ou auto-évaluation à partir de questionnaires) adoptés par les études. Ce faisant, les décideurs et les intervenants sur le terrain ne peuvent avoir une idée juste du problème.

En outre, les résultats de l'étude américaine de Kessler et al. (2010) sur la prévalence de la dépression majeure chez les adultes de 18 ans et plus peuvent laisser croire que la dépression diminue à mesure que l'on vieillit. Or, il est difficile de savoir si elle est réellement moins fréquente ou si elle est moins détectée chez les personnes âgées. La dépression est effectivement réputée pour être sous-diagnostiquée chez les aînés du fait, notamment, de la présence de symptômes physiques (p. ex., problème de sommeil, perte d'appétit, ralentissement psychomoteur) [Pocklington, 2017] qui sont fréquemment associés, par les professionnels de la santé, au vieillissement normal ou à une maladie physique et non à la dépression (Chen et Copeland, 2011).

Particularités chez les personnes âgées

La prévalence plus élevée de la dépression chez les femmes âgées s'explique notamment par le fait qu'elles vivent plus longtemps et seraient ainsi davantage exposées à des facteurs de risque (veuvage, maladies chroniques multiples, démence, relogement) [Beekman et al., 2011]. Il se peut également que la dépression soit plus facilement détectée chez les femmes que chez les hommes puisque ces dernières exprimeraient davantage leur tristesse ou leur désarroi. Chez ces derniers, ce sont plutôt les comportements agressifs ou autodestructeurs et les conflits interpersonnels qui sont à l'avant-plan des manifestations cliniques (Drapeau et al., 2009; Hinton et al., 2006; Koenig et Blazer, 2007).

En outre, les taux rapportés ne représentent qu'une partie du problème, puisque la manifestation clinique de la dépression chez les personnes âgées est caractérisée par la minimisation, voire le déni des symptômes (Alexopoulos, 2005; Spar et La Rue, 2006). Il est effectivement cliniquement fréquent que des personnes âgées nient avec véhémence être déprimées en admettant cependant être moins bien, moins intéressées par leurs activités ou encore, être irritables ou fatiguées. Plusieurs décriront en détail leurs maux physiques, déviant l'attention des professionnels vers des traitements qui ne règlent pas la cause initiale. On note également que plusieurs personnes – surtout les hommes – hésitent à en parler à leurs proches ou à leur médecin de famille ou à consulter un professionnel de la santé mentale (Hinton et al., 2006; Préville et al., 2008). Cela peut s'expliquer notamment par des croyances négatives à l'égard de la médication (Chew-Graham, 2011) ou encore par la connotation négative trop souvent associée à l'état dépressif, et ce, principalement chez les hommes (Hinton et al., 2006). Il arrive également que des individus en détresse cachent leur état, craignant un relogement dans une résidence pour personnes âgées.

D'autres manifestations dépressives plus typiques du vieillissement ressortent de la littérature : 1) hostilité et négativisme (p. ex., la personne refuse de manger et de s'habiller par elle-même ou avec de l'aide); 2) plainte en rapport à la mémoire; 3) apathie prédominante; 4) symptômes paranoïdes plus fréquents

Il est effectivement cliniquement fréquent que des personnes âgées nient avec véhémence être déprimées en admettant cependant être moins bien, moins intéressées par leurs activités ou encore, être irritables ou fatiguées.

(p. ex., les déprimés âgés souffrant de surdité ou de cécité auront plus de difficulté à faire confiance aux professionnels qu'ils ne voient pas ou n'entendent pas); 5) sentiments de persécution (p. ex., un homme est convaincu que son propriétaire veut le mettre à la porte parce qu'il est vieux); 6) anxiété manifestée dans les troubles physiques (p. ex., palpitations, sueurs sans cause apparente); 7) symptômes somatiques (p. ex., perte d'appétit, troubles gastro-intestinaux, insomnie) [Abou-Saleh et al., 2011]. Pour leur part, Clément et Darhout (2002) spécifient que, chez les aînés, on retrouve plus souvent que chez les plus jeunes des idéations de culpabilité, d'indignité, d'inutilité, de ruine, de damnation et d'incurabilité. Il n'est effectivement pas rare d'entendre des personnes âgées dépressives prononcer des phrases comme celles-ci : « Personne ne veut vraiment m'aider. Vous allez être comme les autres. » « Pourquoi souhaiter que ça change, à mon âge ? » « Je ne suis qu'un fardeau pour la société. »

Mentionnons également que certaines dépressions vont se manifester à travers des symptômes cognitifs, laissant croire à un début de trouble neurocognitif, sans qu'il en soit nécessairement le cas. Dans ces cas, aussi appelés pseudodémences (Kang et al., 2014), traiter d'abord les symptômes dépressifs permettrait d'évaluer l'importance réelle des problèmes cognitifs (Koenig et Blazer, 2007). Retenons cependant qu'un trouble cognitif peut, lui aussi, susciter des symptômes dépressifs. On n'a qu'à penser aux personnes se sachant atteintes de la maladie d'Alzheimer et étant conscientes de leur état.

Pour toutes ces raisons, on conçoit aisément que plusieurs personnes âgées en détresse passent sous le radar des professionnels, ce qui fait en sorte qu'elles ne reçoivent pas le traitement qui leur convient (Chen et Copeland, 2011), une situation d'autant plus déplorable puisque la dépression chez les aînés peut avoir des répercussions particulièrement dommageables.

Conséquences

Alors que la dépression a sans contredit des répercussions sur toutes les sphères de la vie de l'individu, et ce, peu importe l'âge, celles-ci prennent une proportion toute particulière lorsqu'elles s'ajoutent aux réalités du vieillissement (Pocklington, 2017). On n'a qu'à penser aux effets sur l'autonomie et la santé physique de l'individu, la dépression augmentant les risques de maladies ou aggravant celles déjà diagnostiquées (Scott et al., 2008; Vaillant et al., 1996). Il en découle une augmentation des risques

de mortalité, et pas seulement par suicide (Andreescu, Chang et al., 2007 ; Beekman et al., 2011 ; Pocklington, 2017). La dégradation de l'état de santé général s'expliquerait également par une mauvaise hygiène de vie, l'état de la personne âgée dépressive pouvant diminuer sa motivation à avoir de saines habitudes (Vaillant et al., 1996). Sur le plan psychosocial, la dépression pourrait altérer de façon significative la qualité des relations avec les proches, pouvant aller jusqu'à l'isolement (Chen et Copeland, 2011 ; Vaillant et al., 1996). Pour toutes ces raisons, l'état dépressif aurait des conséquences plus marquées chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes (Beekman et al., 2011). Notons également que même lorsque tous les critères d'un épisode dépressif caractérisé ne sont pas satisfaits, l'individu peut éprouver des symptômes suffisamment importants pour ressentir un niveau de détresse significatif perturbant son fonctionnement (Meeks et al., 2011 ; Pocklington, 2017).

Étiologie et facteurs de risque

Plusieurs événements vécus fréquemment pendant le vieillissement mettront à l'épreuve l'équilibre psychoémotionnel de l'individu et sont ainsi reconnus comme des facteurs de risque de dépression chez les aînés, c'est-à-dire des facteurs précipitants. Parmi ceux-ci, on retrouve le deuil et les pertes (p. ex., retraite, relogement, permis de conduire), l'annonce d'une maladie physique majeure ou de troubles neurocognitifs comme la maladie d'Alzheimer, une perte d'autonomie physique, voire l'invalidité. On note également l'isolement social, la solitude et un faible niveau socio-économique (Alexopoulos, 2005 ; Chen et Copeland, 2011 ; Chew-Graham, 2011 ; Cole et Dendukuri, 2003 ; Licht-Strunk et al., 2007 ; Meeks et al., 2000 ; Pocklington, 2017).

Selon Alexopoulos (2005), plus la charge médicale globale est grande, plus le risque de dépression est élevé. Or, le lien entre maladie physique et dépression à l'âge avancé doit être interprété avec prudence. Dans leur enquête mondiale sur la santé mentale, Scott et al. (2008) ont constaté que même si la majorité des personnes âgées souffrent d'une maladie physique chronique, une grande proportion de celles-ci ne présentent pas de signe de dépression. Par contre, la majorité de celles qui ont un trouble de santé mentale présentent aussi des problèmes de santé physique (Meeks et al., 2000 ; Scott et al., 2008).

Étant donné que les personnes âgées sont exposées à plusieurs pertes, le diagnostic différentiel doit également se faire entre les fluctuations normales de l'humeur, le processus d'adaptation, le deuil, le deuil pathologique et la dépression proprement dite (American Psychiatric Association [APA], 2015 ; Chen et Copeland, 2011 ; Spar et La Rue, 2006).

Plusieurs facteurs de vulnérabilité à long terme, soit des facteurs prédisposants, sont également évoqués dans la littérature. C'est le cas de l'histoire de dépression individuelle (p. ex., âge lors du premier épisode dépressif, épisodes répétés au cours de la vie), des antécédents familiaux (p. ex., parent dépressif à répétition, prédispositions génétiques), des traumatismes en bas âge, de certains traits de personnalité (p. ex., le névrosisme), des deuils non résolus et des regrets (Beekman et al., 2011 ; Wrosch et al., 2005).

Importance du diagnostic différentiel

Le dépistage et le diagnostic de la dépression sont d'autant plus importants, puisqu'il en va d'interventions pharmaceutiques et psychologiques appropriées. Or, en ce qui concerne l'établissement du diagnostic chez les aînés, l'une des principales difficultés réside dans le fait que plusieurs critères diagnostiques du *DSM-5* peuvent être attribuables au vieillissement normal (p. ex., changements d'appétit, ralentissement cognitif, fatigue, difficultés de sommeil), à la maladie physique ou au dysfonctionnement physiologique (p. ex., tumeur, hypothyroïdie) ou encore à la médication (p. ex., antihypertenseurs, agents antiparkinsoniens, antiglaucmateux, certaines thérapies hormonales et anxiolytiques). Un intervenant peut donc conclure à tort que la personne est en dépression, alors qu'elle a un problème de santé qui doit être traité. À l'inverse, des dépressions peuvent passer inaperçues lorsque l'intervenant présume, trop rapidement, que les symptômes observés sont des conséquences normales du vieillissement.

Étant donné que les personnes âgées sont exposées à plusieurs pertes, le diagnostic différentiel doit également se faire entre les fluctuations normales de l'humeur, le processus d'adaptation, le deuil, le deuil pathologique et la dépression proprement dite (American Psychiatric Association [APA], 2015 ; Chen et Copeland, 2011 ; Spar et La Rue, 2006). De façon générale, la dépression affectera l'ensemble des sphères de vie de l'individu, alors que le deuil affectera principalement les sphères touchées par la perte. Le fonctionnement global de l'individu peut ainsi servir de repère pour départager si la réaction de l'individu devant la perte est normale et adaptative ou si elle devient pathologique. On parlera de dépression lorsque les réactions dépassent celles d'un deuil normal en intensité ou en durée et qu'elles répondent aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé (APA, 2015).

On retiendra donc qu'idéalement, le diagnostic de dépression devrait être fondé sur une approche multidimensionnelle (Colasanti et al., 2010) : entrevue clinique (avec la personne âgée et ses proches, lorsqu'opportun), anamnèse des antécédents, observation des comportements, différenciation entre une réaction normale de deuil et la dépression, investigations des symptômes psychologiques et des modifications du rythme corporel de base (p. ex., sommeil, appétit, température). Comme les états sous-cliniques peuvent être eux aussi invalidants, Koenig et Blazer (2007)

suggèrent d'adopter une approche fonctionnelle, c'est-à-dire de porter attention aux difficultés dans le fonctionnement quotidien et non seulement au nombre de critères. Tout cela en gardant en tête que le discours des personnes âgées peut être teinté de déni et de minimisation et qu'il ne reflète donc pas nécessairement la réalité. Force est ainsi de constater qu'une bonne relation de confiance et du doigté sont nécessaires à l'évaluation et qu'ils aideront à faire en sorte que l'ainé envisage et accepte de reconnaître son état, premier pas vers un mieux-être.

Comorbidité dépression-anxiété

Difficile de parler de dépression à l'âge avancé sans tenir compte de l'anxiété, puisque les estimations de comorbidité² varient entre 27,5 % et 47,5 % (Cairney et al., 2008 ; Jeste et al., 2006). Le phénomène est si fréquent qu'il a sa propre appellation dans la littérature : « dépression anxieuse » (Lenze, 2003). Les manifestations des symptômes de dépression et d'anxiété sont similaires et se chevauchent au point d'amener les chercheurs à se questionner sur le lien, voire le continuum possible, entre les deux troubles. D'une part, l'hypothèse qu'il s'agisse d'un même trouble, comme si les manifestations dépressives et anxieuses constituaient deux facettes d'un même mal, est étudiée, mais ne fait pas consensus au sein de la communauté scientifique (Bryant et al., 2008 ; Goldberg, 2010). D'autre part, l'hypothèse voulant que les symptômes d'anxiété généralisée soient plus susceptibles de se manifester avec d'autres problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, schizophrénie, troubles cognitifs) et devraient ainsi être considérés comme un critère diagnostique d'un autre trouble plutôt que comme un trouble à part entière capte aussi l'intérêt des chercheurs (Insel, 2014 ; National Research Council, 2011). Martin et Nemeroff (2010) insistent quant à eux sur l'importance de considérer l'anxiété généralisée comme un trouble à part entière, distinct de la dépression. En outre, une revue systématique réalisée par Bryant et al. (2008) a mis en évidence le fait que des taux élevés d'anxiété sont fréquemment présents en l'absence de dépression. D'ailleurs, selon les résultats de van Balkom et al. (2000), les troubles anxieux sans dépression comorbide seraient plus fréquents que la dépression sans anxiété comorbide. Bref, le lien entre la dépression et l'anxiété à l'âge avancé est encore l'objet de controverse.

Il importe également de retenir que les individus qui vivent simultanément de la dépression et de l'anxiété auraient des symptômes plus sévères, plus persistants et une moins bonne réaction aux traitements qui leur sont adressés, y compris les antidépresseurs (Andrescu, Lenze et al., 2007 ; Ayers et al., 2015 ; Beattie et al., 2010 ; Bryant et al., 2008 ; Jeste et al., 2006 ; Lenze, 2003 ; Schoevers et Deeg, 2005). En ce sens, l'anxiété pourrait être considérée comme un symptôme résiduel tenace de la dépression (Goldberg, 2010 ; Spadone et Corruble, 2010). La détection et la gestion de l'anxiété dans la dépression tardive seraient ainsi nécessaires pour une récupération stable (Andrescu, Lenze et al., 2007).

Les manifestations des symptômes de dépression et d'anxiété sont similaires et se chevauchent au point d'amener les chercheurs à se questionner sur le lien, voire le continuum possible, entre les deux troubles.

Pronostic

Des suivis réalisés sur plus d'un an révèlent que chez environ le tiers des personnes âgées, l'épisode dépressif sera ponctuel et suivi d'une rémission, qu'un autre tiers auront des symptômes dépressifs chroniques et que l'autre tiers auront un pronostic variable (p. ex., des épisodes intermittents, un trouble cognitif, voire un décès) [Beekman et al., 2002 ; Beekman et al., 2011 ; Cole et al., 1999]. Ce faisant, les spécialistes s'entendent sur le fait que la dépression se manifestera de façon chronique ou récurrente pour la majorité des personnes âgées (Andrescu, Chang et al., 2007 ; Beekman et al., 2002 ; Beekman et al., 2011 ; Cole et al., 1999 ; Comijs et al., 2015 ; Licht-Strunk et al., 2007). De plus, cette clientèle présente fréquemment des symptômes plus sévères et des épisodes plus longs que ceux présentés par les plus jeunes (Licht-Strunk et al., 2007).

S'interrogeant sur le pourcentage aussi élevé d'état chronique, les chercheurs ont tenté de déterminer les clientèles les plus à risque de chronicisation des symptômes. Or, le pronostic de la dépression tardive est très hétérogène et donc, difficile à prévoir (Beekman et al., 2011 ; Cole et al., 1999). Tout comme dans le cas de la prévalence, ce dernier est inextricablement lié au diagnostic (p. ex., épisode isolé ou trouble dépressif persistant), à la sévérité des symptômes, aux facteurs de vulnérabilité à long terme, ainsi qu'aux facteurs de risque liés aux situations vécues pendant le vieillissement. Tous ces éléments affaibliraient le pronostic, notamment en amplifiant l'intensité des symptômes ou en augmentant les risques de récurrence (Andrescu, Chang et al., 2007 ; Beekman et al., 2011 ; Comijs et al., 2015 ; Licht-Strunk et al., 2007). On peut également envisager la possibilité que les symptômes dépressifs se soient cristallisés, comme une manière d'être profondément ancrée, une résignation acquise caractérisée par un sentiment d'impuissance qui, tel un cercle vicieux, contribue, en quelque sorte, à l'état dépressif (Marcoux, 2018).

Facteurs de maintien

La prévalence de la chronicité ou de la récurrence des symptômes dépressifs chez les personnes âgées soulève des questions auxquelles les hypothèses explicatives constituent des clés d'intervention. Certes, on reconnaît une certaine rigidification, voire une régression, des mécanismes de défense pendant le vieillissement, mais il serait simpliste d'attribuer la chronicité et la récurrence des symptômes dépressifs à cette seule explication.

Les perspectives systémiques s'avèrent une avenue intéressante pour mettre en évidence les bénéfices psychologiques secondaires reliés à un état dépressif, en d'autres mots, les facteurs puissants (et inconscients) de maintien ou de récurrence des symptômes.

Les perspectives systémiques s'avèrent une avenue intéressante pour mettre en évidence les bénéfices psychologiques secondaires reliés à un état dépressif, en d'autres mots, les facteurs puissants (et inconscients) de maintien ou de récurrence des symptômes. On n'a qu'à penser aux transmissions intergénérationnelles et à la loyauté familiale, aux répétitions de modes relationnels infantiles à l'âge adulte, bref, à tous les éléments de la dynamique familiale qui jouent un rôle dans la genèse et le maintien des troubles psychiques (Ancelin Schützenberger, 2009; Ducommun-Nagy, 2006).

Le client qui prend conscience de ses patrons relationnels et de leurs impacts délétères (ainsi que de leurs bénéfiques) n'aura pas nécessairement la motivation ou encore les capacités physiques ou cognitives requises pour les dénouer. D'ailleurs, même s'il les avait, le système ne réagirait peut-être pas de façon à permettre une diminution des symptômes, voire une rémission. Qui plus est, les systèmes rigides résistent aux changements et tendent à s'autoentretenir en maintenant au maximum leurs configurations transactionnelles privilégiées. Dans cette perspective, les symptômes dépressifs ne reflètent pas seulement une pathologie ou une défaillance individuelle. Ils s'enracinent dans des processus qui se déroulent au sein de l'unité familiale (Bowen, 1978; Minuchin, 1974).

Ainsi, pour certaines personnes âgées, la réaction du système ou la perte du bénéfice secondaire peuvent leur paraître aussi, sinon plus, délétères que l'état dépressif en soi. Force est d'admettre que les patients sont les mieux placés pour évaluer si les changements salutaires à leur état psychique sont réalistes et accessibles ou, au contraire, trop coûteux sur d'autres plans (p. ex., identitaire, familial, financier). On n'a qu'à penser à ce que peut représenter une rupture après 40 ans de mariage ou encore le fait de s'affirmer au risque de perdre le soutien du proche aidant qui répond aux besoins de base.

Le défi est donc de trouver le moyen de provoquer des changements salutaires pour l'individu et tolérés par le système, c'est-à-dire des changements qui forcent les membres à créer de nouveaux patrons relationnels (Ducommun-Nagy, 2006, p. 113). En ce sens, devant les systèmes rigides, se résigner serait une erreur tout aussi néfaste que de trop chercher à « forcer le changement ». D'où l'importance d'évaluer la « marge de manœuvre thérapeutique », c'est-à-dire l'équilibre – salutaire au client – entre le changement, le soutien dans les difficultés et la mise en place de facteurs de

protection. En ce sens, la connaissance des patrons relationnels dans lesquels il évolue pourra éclairer le client dans ses décisions quant à l'acceptation de la situation et du lâcher-prise, au fait d'assumer les conséquences de ses choix (ou non-choix) et à la mise en place de facteurs de protection – réelle source « d'oxygène psychique » – pour s'adapter à la situation. C'est ainsi qu'il devient, en quelque sorte, l'expert de ses épisodes dépressifs. Sachant que la situation de fond ne change pas, c'est-à-dire que les facteurs de risque et de maintien sont toujours présents, mais qu'elle a des outils, des ressources et des stratégies pour amoindrir leurs effets, la personne gagne en confiance (elle sait comment traverser ces périodes), en bienveillance (elle se juge moins de ne pas arriver à évincer complètement la maladie) et en sécurité (elle sait que la durée ou l'intensité des symptômes varient).

Facteurs de protection

Selon le modèle de santé mentale complète (Keyes, 2005; Keyes et Lopez, 2002), la santé mentale se conçoit à travers deux vecteurs (se situant sur des continuums distincts, mais non totalement indépendants). D'un côté, on retrouve l'état de bien-être sur les plans émotionnel, psychologique et social, le niveau de fonctionnement (« hédonie ») et le sens à la vie (« eudaimonie »). De l'autre côté, on situe l'état de mal-être caractérisé par des troubles mentaux variant en intensité et en quantité. Tout comme le niveau de bien-être, le niveau de mal-être peut se situer sur un continuum de « bas » à « élevé ». Ainsi, l'absence de mal-être n'est pas garante de bien-être et, à l'inverse, une personne ressentant des symptômes psychopathologiques peut avoir un bon niveau de fonctionnement et de bien-être psychologique; d'où l'importance de la mise en place de facteurs de protection.

Ces facteurs de protection peuvent découler d'un travail systémique sur les plans familial et relationnel (p. ex., améliorer la communication, briser l'isolement) ou encore d'interventions qui ne visent pas expressément la remédiation des symptômes psychopathologiques, mais davantage un niveau de bien-être suffisant qui aura des effets positifs sur l'état de l'individu, lui permettant notamment de mieux vivre avec son mal-être (p. ex., consolidation des forces, bonté, gratitude, pardon) [Csillik et al., 2012; Jeste et al., 2015; Marcoux, 2018; Seligman et al., 2006]. D'ailleurs, selon Sheldon et Lyubomirsky (2006), l'atteinte d'un bonheur durable serait davantage reliée aux changements intentionnels d'activités (impliquant des changements comportementaux, cognitifs et conatifs), où, par exemple, la personne se fixe des buts et fait des efforts pour les réaliser, plutôt qu'à l'attente de changements dans les circonstances de la vie. Ce faisant, l'individu est mieux outillé pour faire face aux aléas de la vie et pour réguler les émotions négatives qui en découlent. Il risque alors de rebondir plutôt que de sombrer dans la détresse et est ainsi moins à risque de développer des difficultés d'adaptation ou un trouble dépressif ou anxieux (Fredrickson et al., 2003). Mais encore faut-il que le psychologue soit à l'aise d'intervenir auprès de cette clientèle.

Quelques pistes d'intervention

Le groupe des aînés représente une clientèle des plus hétérogènes. On n'a qu'à penser aux aspects biologiques, psychologiques, environnementaux (dont le lieu de résidence) et sociaux qui évoluent au rythme de chacun (Honn Qualls, 2015). D'ailleurs, il est de plus en plus fait mention, dans la littérature scientifique, du 3^e âge pour les individus de 65 à 74 ans (appelés « jeunes vieux ») et du 4^e âge pour ceux de 75 ans et plus (appelés « vieux vieux »). Intervenir auprès des personnes âgées expose donc le psychologue à des cohortes ayant évolué dans des contextes socioculturels différents (p. ex., événements de vie, modes éducatifs, relations entre les sexes, valeurs prédominantes) marquant leur façon de réagir aux événements.

Le fait de retrouver plus de différences que de similitudes chez les personnes âgées amène le psychologue à devoir faire preuve d'ouverture et de souplesse. Selon Knight (2004), la réussite de l'intervention dépendra du contexte. Or, les facteurs contextuels sont aussi variés que le sont les relations thérapeutes-patients. D'ailleurs, l'American Psychological Association recommande de faire un choix de traitements selon les buts poursuivis, la situation, les caractéristiques du patient, ses préférences, son genre, sa culture, l'expertise clinique du thérapeute et les données de recherche les plus probantes (APA, 2015). Sur ce point, un survol des bases de données concernant l'intervention auprès des personnes âgées dépressives suffit pour constater qu'aucune intervention ne ressort explicitement comme étant la ligne directrice à suivre (Ayers et al., 2015). Qu'il s'agisse de la psychologie positive, de la thérapie cognitive-comportementale (TCC 2^e et 3^e vagues), de la psychothérapie psychodynamique brève, de la psychothérapie interpersonnelle, de la réminiscence, de l'activation comportementale, de la résolution de problèmes, du soutien ou encore de la relaxation, toutes ont leurs forces et leurs limites. Il faut considérer le parcours dépressif (p. ex., épisode isolé ou récurrent), la durée et la gravité des symptômes, les particularités des participants (p. ex., 3^e ou 4^e âge), la façon d'évaluer les effets sur l'état dépressif (p. ex., diminution de la détresse ou amélioration du bien-être), les modalités d'intervention (p. ex., en groupe ou en individuel) et les modalités d'évaluation des interventions (p. ex., laps de temps entre le pré-test et le post-test), et ce, sans compter les devis de recherche, qui sont parfois discutables. Lorsque des résultats sont significatifs, et donc que les participants ont bénéficié des effets de l'intervention, ces derniers ne perdurent bien souvent qu'à moyen terme.

Il n'en demeure pas moins, heureusement, que plusieurs interventions sont à la disposition du psychologue. L'idée est simplement de s'ajuster aux besoins du client. Par exemple, dans une perspective de psychologie positive, le psychologue pourra miser sur les forces du patient tout en travaillant les idées qui nuisent à leur mise en valeur (TCC 2^e vague). Il pourra également commencer l'entrevue par un exercice de pleine conscience (TCC 3^e vague) pour aider le patient à se centrer sur le moment

présent et diminuer l'influence de la turbulence des pensées nuisibles. Sans compter qu'une telle pratique irait dans le même sens que la recommandation mentionnée précédemment consistant à tenir compte de l'anxiété dans le traitement de la dépression tardive (Andreescu, Lenze et al., 2007).

Le psychologue pourra en outre faire une lecture psychodynamique du mode de fonctionnement psychique du client (p. ex., structure de personnalité, mécanisme de défense) pour ajuster ses interventions en tenant compte de ces précieuses informations, tout en y intégrant une analyse systémique pour comprendre les facteurs de maintien. Cette analyse sera guidée par une collecte d'informations sur la répartition du pouvoir, la délimitation des sous-groupes (p. ex., les parents, la fratrie), les alliances, les triangles, les collusions, le type de communication utilisé par la famille, bref, tous les mécanismes de contrôle qui contribuent au maintien de la structure et de l'homéostasie de la famille desquelles découlent les règles et rôles familiaux (Ducommun-Nagy, 2006).

Les interventions tirées de l'approche existentielle humaniste pourraient contribuer quant à elles à la quête de sens et favoriser l'« eudaimonie » (vecteur positif du modèle de santé mentale complète présenté précédemment). Dans cette perspective, le rôle du thérapeute sera d'accompagner la personne âgée dans cette quête de sens. Afin de se sentir plus outillé, ce dernier pourra faire la lecture de Frankl (2006, 2009), père de la logothérapie. Cette lecture pourra être une source de réconfort devant l'impuissance souvent générée par l'intervention auprès des aînés et devant les questions existentielles (sans réponse consensuelle) auxquelles nous devons tous faire face, qui plus est, en vieillissant. Retenons que la logothérapie sous-tend que l'être humain a besoin de sens, au risque sinon de ressentir un vide source de détresse existentielle. Or, selon Yalom (2008) : « Rien dans le monde n'a de sens en dehors de celui que nous lui attribuons. » Ainsi, les personnes confrontées à des limitations et à des pertes n'ont pas nécessairement une vie moins riche de sens, mais elles doivent faire l'effort réflexif de le trouver. Pour ce faire, Frankl (2006, 2009) suggère de s'inspirer de trois valeurs : 1) la création (p. ex., une œuvre, une bonne action) ; 2) l'expérience (p. ex., bonté, vérité, beauté, amour) ; 3) l'adoption d'une attitude contribuant à transformer sa souffrance en réalisation humaine, en fierté (p. ex., être un exemple de courage et de résilience pour ses proches). Ces interventions créent, du coup, des éléments de protection.

Intervenir auprès des personnes âgées expose donc le psychologue à des cohortes ayant évolué dans des contextes socioculturels différents (p. ex., événements de vie, modes éducatifs, relations entre les sexes, valeurs prédominantes) marquant leur façon de réagir aux événements.

L'approche narrative sera également un outil de choix pour le psychologue qui accompagne la personne âgée en quête de sens. Dans son livre portant sur le bilan de vie, Jean-Luc Héту (2000) propose plusieurs outils concrets utiles à la relecture de vie. L'objectif étant de découvrir le « fil conducteur » de sa vie pour y trouver une certaine sérénité à travers un sentiment de cohérence porteur de sens. Le psychologue peut donc inviter le client à se raconter non pas dans une lecture psychopathologique, mais en complicité. Comme s'il racontait une histoire, son histoire ! La porte d'entrée est simple. Le psychologue n'a qu'à demander : « J'aimerais que vous me parliez d'un souvenir important pour vous, si vous le voulez bien. » (Héту, 2000, p. 20) Lorsque la relecture s'amorce, ce sont souvent les souvenirs pénibles qui refont surface en premier, mais plus le processus évolue, plus l'ensemble de la vie de l'individu sera réexaminé. L'idée est de tout mettre en perspective pour tirer la conclusion que la souffrance n'a pas été vaine, que la vie vécue en valait la peine.

Conclusion

La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus communs chez les personnes âgées, quoiqu'elle soit reconnue pour être sous-diagnostiquée chez cette clientèle. Les intervenants doivent donc être vigilants pour détecter la maladie, d'autant plus qu'elle entraîne des conséquences non négligeables sur la santé physique, les relations, voire l'environnement en cas de relogement. Or, le vieillissement expose les individus à des situations de pertes et de transitions qui affectent leur vécu psycho-

logique, voire leur santé mentale. D'ailleurs, les symptômes dépressifs seraient davantage liés à ces facteurs de risque – et à la façon de s'y adapter – qu'à l'âge comme tel (Beekman et al., 2011). La thérapie peut ainsi être une source de transformation des expériences émotionnelles et de consolidation des forces de l'individu qui faciliteront l'adaptation face à l'adversité et ouvriront la voie au sens à la vie (Aguerre, 2017). La mise en place de facteurs de protection demeure des plus importantes, surtout chez la clientèle présentant des symptômes dépressifs chroniques, compte tenu de la présence de facteurs de maintien et de facteurs de risque récurrents. Des pistes d'intervention ont été proposées à cette fin. Selon son jugement clinique, le psychologue pourra s'en inspirer pour adapter ses interventions à cette clientèle des plus hétérogènes et contribuer à ce que le client ait une vie riche et porteuse de sens, malgré la présence de troubles mentaux.

Notes

1. Dans le *DSM-IV*, la dépression mineure était considérée comme un trouble dépressif non spécifié et faisait partie des critères et axes proposés pour des états supplémentaires. Le diagnostic n'a pas été retenu dans le *DSM-5*.
2. L'interprétation des résultats des études portant sur la comorbidité doit être faite avec prudence puisque la comorbidité n'est pas opérationnalisée de la même façon selon les études et que les mesures utilisées ne sont pas uniformes. Le terme *comorbidité* a été utilisé dans les quatre situations suivantes : 1) des symptômes dépressifs et anxieux simultanément (sans diagnostic) ; 2) un diagnostic de dépression accompagné de symptômes anxieux ; 3) un diagnostic de trouble anxieux accompagné de symptômes dépressifs ; 4) deux diagnostics en même temps (p. ex., épisode dépressif caractérisé et TAG).

- Bernaras, E., Jaureguizar, J. et Garaigordobil, M. (2019). Child and adolescent depression: A review of theories, evaluation instruments, prevention programs, and treatments. *Frontiers in Psychology*, 10, 543. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00543>
- Bouvard, M. (dir.). (2008). *Questionnaires et échelles d'évaluation de l'enfant et de l'adolescent* (vol. 1). Masson.
- Canadian Association of College & University Student Services et Canadian Mental Health Association (2013). *Post-Secondary Student Mental Health: Guide to a Systemic Approach*. <https://healthycampuses.ca/wp-content/uploads/2014/09/The-National-Guide.pdf>
- Chicoine, J., Marcotte, D. et Poirier, M. (soumis). Bullying and victimization among adolescents: A diathesis-stress model of depressive symptoms. *Journal of Applied Developmental Psychology*.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Sage.
- Christner, R. W. et Mennuti, R. B. (2009). *School-based mental health: A practitioner's guide to comparative practices*. Routledge.
- Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2012). *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE_1.pdf
- Conley, C. S., Durlak, J. A. et Kirsch, A. C. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507. <https://doi.org/10.1007/s11212-015-0543-1>
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Kirsch, A. C. et Durlak, J. A. (2017). A meta-analysis of indicated mental health prevention programs for at-risk higher education students. *Journal of Counseling Psychology*, 64(2), 121-140. <https://doi.org/10.1037/cou0000190>
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N. et Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301-308.
- Garber, J. et Rao, U. (2014). Depression in children and adolescents. Dans M. Lewis et K. D. Rudolph (dir.), *Handbook of developmental psychopathology* (p. 489-520). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9608-3_25
- González-Tejera, G., Canino, G., Ramírez, R., Chávez, L., Shrout, P., Bird, H., Bravo, M., Martínez-Taboas, A., Ribera, J. et Bauermeister, J. (2005). Examining minor and major depression in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(8), 888-899. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.00370.x>
- Gruttadaro, D. et Crudo, D. (2012). *College students speak. A survey report on mental health*. National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/collegesurvey>
- Hammen, C. L. (2009). Children of depressed parents. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (p. 275-297). Guilford Press.
- Hankin, B. L. (2017). Depression during childhood and adolescence. Dans R. J. DeRubeis et D. R. Strunk (dir.), *The Oxford handbook of mood disorders* (p. 276-286). Oxford University Press.
- Hatzenbuehler, M. L. et McLaughlin, K. A. (2017). Sex, sexual orientation, and depression. Dans R. J. DeRubeis et D. R. Strunk (dir.), *The Oxford handbook of mood disorders* (p. 49-59). Oxford University Press.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H. et Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.291>
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E. et Glazebrook, C. (2013). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 47(3), 391-400. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.11.015>
- Kessler, R. C., de Jonge, P., Shahly, V., Van Loo, H. M., Wang, P. S.-E. et Wilcox, M. A. (2014). Epidemiology of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 7-24). Guilford Press.
- Knoll, A. D. et MacLennan, R. N. (2017). Prevalence and correlates of depression in Canada: Findings from the Canadian Community Health Survey. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 58(2), 116-123. <https://doi.org/10.1037/cap0000103>
- Liu, F., Zhou, N., Cao, H., Fang, X., Deng, L., Chen, W., Lin, X., Liu, L. et Zhao, H. (2017). Chinese college freshmen's mental health problems and their subsequent help-seeking behaviors: A cohort design (2005-2011). *PLoS ONE*, 12(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185531>
- MacKean, G. (2011). *Mental health and well-being in post-secondary education settings: A literature and environmental scan to support planning and action in Canada*. Canadian Association of College and University Student Services and Canadian Mental Health Association. http://www.cacuss.ca/_Library/documents/Post_Sec_Final_Report_June6.pdf
- Marcotte, D. (2006). *PARE-CHOCS, programme d'intervention auprès d'adolescents dépressifs. Manuel de l'animateur*. Septembre.
- Marcotte, D. (2013). *La dépression chez les adolescents. État des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D. (2014). Les problèmes internalisés : la dépression et l'anxiété à l'adolescence. Dans M. Claes et L. Lannegrund-Willems (dir.), *La psychologie de l'adolescence*. Les Presses de l'Université de Montréal.
- Marcotte, D. et Lemieux, A. (2014). La trajectoire des symptômes dépressifs de l'enfance à l'adolescence et les cibles d'intervention préventive. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 785-796. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.16072013>
- Marcotte, D., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2018). A pilot study of a preventive program for depressive and anxious symptoms during the postsecondary transition. *Journal of American College Health*, 68(1), 32-38. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1518907>
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016a). *Zenétudes 1 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention universelle*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016b). *Zenétudes 2 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée sélective. Manuel de l'animateur*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016c). *Zenétudes 2 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée sélective. Atelier 1 : quand la peur m'envahit. Cahier du participant*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016d). *Zenétudes 2 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée sélective. Atelier 2 : quand les blues m'envahissent. Cahier du participant*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016e). *Zenétudes 3 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée indiquée. Manuel de l'animateur*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Viel, C., Paré, M.-L. et Lamarre, C. (2016f). *Zenétudes 3 : vivre sainement la transition au collège. Programme de prévention ciblée indiquée. Cahier du participant*. Presses de l'Université du Québec.
- Marcotte, D., Villatte, A. et Potvin, A. (2014). Resilience factors in students presenting depressive symptoms during the post-secondary school transition. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 159, 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.12.335>
- Mojtabei, R., Olsson, M. et Han, B. (2016). National trends in the prevalence and treatment of depression in adolescents and young adults. *Pediatrics*, 138(6), e20161878. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1878>
- Murray, K., Rieger, E. et Byrne, D. (2018). Body image predictors of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Adolescence*, 69, 130-139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.10.002>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lee, M. et Stern, J. B. (2014). Assessment of depression. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 25-44). Guilford Press.
- Nilsen, W., Karevold, E. B., Kaasbøll, J. et Kjeldsen, A. (2018). Nuancing the role of social skills – a longitudinal study of early maternal psychological distress and adolescent depressive symptoms. *BMC Pediatrics*, 18(1), 133. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1100-4>
- Petersen, A. C., Compas, B. E., Brooks-Gunn, J., Stemmler, M., Ey, S. et Grant, K. E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist*, 48(2), 155-168. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.155>
- Poirier, M., Marcotte, D., Joly, J. et Fortin, L. (2013). Program and implementation effects of a cognitive-behavioural intervention to prevent depression among adolescents at risk of school dropout exhibiting high depressive symptoms. *Educational Research and Evaluation*, 19(6), 561-577.
- Rawana, J. S. et Morgan, A. S. (2014). Trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: The role of self-esteem and body-related predictors. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 597-611. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9995-4>
- Reynolds, W. et Johnston, H. F. (2013). The nature and study of depression in children and adolescents. Dans W. M. Reynolds et H. F. Johnston (dir.), *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 3-17). Springer.
- Richard, R. et Marcotte, D. (2015). Les facteurs associés à la concomitance entre l'anxiété et la dépression chez de jeunes adolescents. *Canadian Journal of Education/Revue canadienne de l'éducation*, 38(1), 1-23.
- Rudolph, K. D. et Flynn, M. (2014). Depression in adolescents. Dans I. H. Gotlib et C. L. Hammen (dir.), *Handbook of depression* (3^e éd., p. 391-409). Guilford Press.
- Rudolph, K. D. et Troop-Gordon, W. (2010). Personal-acculturation and contextual-amplification models of pubertal timing: Predicting youth depression. *Development and Psychopathology*, 22(2), 433-451. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000167>
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycock, C. et Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017-1067. <https://doi.org/10.1037/bul0000058>
- Segrin, C., McNelis, M. et Swiatkowski, P. (2016). Social skills, social support, and psychological distress: A test of the social skills deficit vulnerability model. *Human Communication Research*, 42(1), 122-137. <https://doi.org/10.1111/hcre.12070>
- Shubert, K. O., Clark, S. R., Van, L. K., Collinson, J. L. et Baune, B. T. (2017). Depressive symptom trajectories in late adolescence and early adulthood: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(5), 477-499.
- Wiens, K., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H., Duffy, A., Pringsheim, T. M., Sajobi, T. T. et Patten, S. B. (2017). Is the prevalence of major depression increasing in the Canadian adolescent population? Assessing trends from 2000 to 2014. *Journal of Affective Disorders*, 210, 22-26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.018>

Chapitre 11

- Aguerre, C. (2017). Regards croisés sur la santé, le rétablissement et le bien-être : psychologie positive, psychopathologie clinique et psychologie de la santé. *Revue québécoise de psychologie*, 38(1), 83-102.
- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)66665-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66665-2)
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. CORM; 5^e éd.). Elsevier Masson.
- Ancelien Schützenberger, A. (2009). *Aie, mes aïeux! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire, transmission des traumatismes et pratique du géosociogramme*. Desclée De Brouwer; La Méridienne.
- Andrescu, C., Chang, C.-C. H., Mulsant, B. H. et Ganguli, M. (2007). Twelve-year depressive symptom trajectories and their predictors in a community sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 20(2), 221-236. <https://doi.org/10.1017/S1041610207006667>
- Andrescu, C., Lenze, E. J., Dew, M. A., Begley, A. E., Mulsant, B. H., Dombrowski, A. Y., Pollock, B. G., Stack, J., Miller, M. D. et Reynolds, C. F. (2007). Effect of comorbid anxiety on treatment response and relapse risk in late-life depression: Controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 190(4), 344-349. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.027169>

- Ayers, C. R., Strickland, K. et Wetherell, J. L. (2015). Evidence-based treatment for late-life generalized anxiety disorder. Dans P. A. Arean (dir.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (p. 103-131). American Psychological Association.
- Beattie, E., Pachana, N. A. et Franklin, S. J. (2010). Double jeopardy: Comorbid anxiety and depression in late life. *Gerontological Nursing*, 3(3), 209-220. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100528-99>
- Beekman, A. T. F., Geerlings, S. W., Deeg, D. J. H., Smit, J. H., Schoevers, R. S., de Beurs, E., Braam, A. W., Penninx, B. W. J. H. et van Tilburg, W. (2002). The natural history of late-life depression: A 6-year prospective study in the community. *Archives of General Psychiatry*, 59, 605-611.
- Beekman, A. T. F., van Marwijk, H. W. J. et Stek, M. L. (2011). The outcome of late-life depressive disorders. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona et A. Kumar (dir.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3^e éd., p. 502-507). John Wiley & Sons.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
- Bryant, C., Jackson, H. et Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Cairney, J., Corna, L. M., Velhuizen, S., Herrmann, N. et Streiner, D. L. (2008). Comorbid depression and anxiety in later life: Patterns of association, subjective wellbeing, and impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 201-208. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000300627.93523.c8>
- Chen, R. et Copeland, J. (2011). Epidemiology of depression: Prevalence and incidence. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona et A. Kumar (dir.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3^e éd., p. 479-488). John Wiley & Sons.
- Chew-Graham, C. (2011). Treatment of late-life depression in community settings. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona et A. Kumar (dir.), *Principles and practice of geriatric psychiatry* (3^e éd., p. 524-528). John Wiley & Sons.
- Clément, J. P. et Darthout, N. (2002). *Guide pratique de psychogériatrie*. Masson.
- Colasanti, V., Marianetti, M., Micacchi, F., Amabile, G. A. et Mina, C. (2010). Tests for the evaluation of depression in the elderly: A systematic review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 227-230. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.001>
- Cole, M. G., Bellavance, F. et Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- Cole, M. G. et Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Cole, M. G., McCusker, J., Sewitch, M., Ciampi, A. et Dyachenko, A. (2008). Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 554-570. <https://doi.org/10.1017/S1041610207005935>
- 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. et Stek, M. L. (2015). The two-year course of late-life depression: Results from the Netherlands study of depression in older persons. *Biomed Central Psychiatry*, 15(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0401-5>
- Csillik, A., Aguerre, C. et Bay, M. (2012). Psychothérapie positive de la dépression : spécificités et apports cliniques. *Annales médico-psychologiques*, 170(8), 541-546. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.10.012>
- Dinapoli, E. A., Larocca, M. et Scogin, F. (2015). Cognitive behavior therapy and behavioral activation for late-life depression. Dans P. A. Arean (dir.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (p. 49-70). American Psychological Association.
- Drapeau, A., Boyer, R. et Lesage, A. (2009). The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384. <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9168-0>
- Ducommun-Nagy, C. (2006). *Ces loyautés qui nous libèrent*. JC Lattès.
- Englar-Carlson, M. et Kiselica, M. S. (2013). Affirming the strengths in men: A positive masculinity approach to assisting male clients. *Journal of Counseling and Development*, 91(4), 399-409. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00111.x>
- Frankl, V. E. (2006). *Découvrir un sens à sa vie avec la logothérapie* (traduit par C. J. Bacon et L. Drolet). Éditions de l'Homme.
- Frankl, V. E. (2009). *Nos raisons de vivre. À l'école du sens de la vie*. Interéditions; Dunod.
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E. et Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Goldberg, D. (2010). The relationship between generalized anxiety disorder and major depressive episode. Dans D. Goldberg, K. S. Kendler, P. J. Sirovatka et D. A. Regier (dir.), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Refining the research agenda or DSM-V* (p. 355-361). American Psychiatric Association.
- Golding, B. (2015). *The men's shed movement: The company of men*. Common Ground.
- Hétu, J.-L. (2000). *Bilan de vie. Quand le passé nous rattrape*. Fides.
- Hinton, L., Zweifach, M., Oishi, S., Tang, L. et Utzinger, J. (2006). Gender disparities in the treatment of late-life depression: Qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 884-892. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000219282.32915.a4>
- Honn Qualls, S. (2015). Building competencies in professional geropsychology: Guidelines, training model, and strategies for professional development. Dans P. A. Arean (dir.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (p. 11-48). American Psychological Association.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14020138>
- Jeste, N. D., Hays, J. et Steffens, D. (2006). Clinical correlates of anxious depression among elderly patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, 90(1), 37-41. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.10.007>
- Jeste, D. V., Palmer, B. W., Rettew, D. C. et Boardman, S. (2015). Positive psychiatry: Its time has come. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(6), 675-683.
- Kang, H., Zhao, F., You, L., Giorgetta, C., Venkatesh, D., Sarkhel, S. et Prakash, R. (2014). Pseudodementia: A neurophysiological review. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 17(2), 147-154.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N. et Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225-237. <https://doi.org/10.1017/S0033291709990213>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Keyes, C. L. M. et Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. Dans C. R. Snyder et S. J. Lopez (dir.), *Handbook of positive psychology* (p. 45-59). Oxford University Press.
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Sage.
- Koenig, H. G. et Blazer, D. G. (2007). Mood disorders. Dans D. G. Blazer, D. C. Steffens et E. W. Busse (dir.), *Essentials of geriatric psychiatry* (p. 145-176). American Psychiatric Publishing.
- Lenze, E. J. (2003). Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 5(1), 62-67. <https://doi.org/10.1007/s11920-003-0011-7>
- Licht-Strunk, E., van der Windt, D. A. W. M., van Marwijk, H. W. J., de Haan, M. et Beekman, A. T. F. (2007). The prognosis of depression in older patients in general practice and the community: A systematic review. *Family Practice*, 24(2), 168-180. <https://doi.org/10.1093/fampra/cml071>
- Marcoux, L. (2018). *Effet du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur les symptômes dépressifs et anxieux de personnes âgées de plus de 65 ans* [thèse de doctorat inédite]. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Martin, E. I. et Nemeroff, C. B. (2010). The biology of generalized disorder and major depressive disorder: Commonalities and distinguishing features. Dans D. Goldberg, K. S. Kendler, P. J. Sirovatka et D. A. Regier (dir.), *Diagnostic issues in depression and generalized anxiety disorder. Refining the research agenda or DSM-V* (p. 45-70). American Psychiatric Association.
- Meeks, S., Murrell, S. A. et Mehl, R. C. (2000). Longitudinal relationships between depressive symptoms and health in normal older and middle-aged adults. *Psychology and Aging*, 15(1), 100-109. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.15.1.100>
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. et Jeste, D. V. (2011). A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(3), 126-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>
- Minuchin, S. (1974). *Family kaleidoscope*. Harvard University Press.
- National Research Council. (2011). *Toward precision medicine: Building a knowledge network for biomedical research and a new taxonomy of disease*. The National Academies Press.
- Pocklington, C. (2017). Depression in older adults. *British Journal of Medical Practitioners*, 10(1), 8-14.
- Poussin, G. (2003). *La pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
- Prévile, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., Baril, M.-C., Streiner, D. L., Cairney, J., Brassard, J. et le Scientifc Committee of the ESA Study (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *The Canadian Journal of Psychiatry/La revue canadienne de psychiatrie*, 53(12), 822-832.
- Schoevers, R. A. et Deeg, D. J. H. (2005). Depression and generalized anxiety disorder co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31-39. <https://doi.org/10.1097/00019442-200501000-00006>
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Fernandez, A., Gureje, O., He, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Mneimneh, Z., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Tahimori, H. et Williams, D. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM IV depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659-1669. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003413>
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. et Park, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-788. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774>
- Sheldon, K. M. et Lyubomirsky, S. (2006). Achieving sustainable gains in happiness: Change your actions, not your circumstances. *Journal of Happiness Studies*, 7(1), 55-86. <https://doi.org/10.1007/s10902-005-0868-8>
- Spar, J. E. et La Rue, A. (2006). *Clinical manual of geriatric psychiatry*. American Psychiatric Publishing.
- Vaillant, G. E., Orav, J., Meyer, S. E., McCullough Vaillant, L. et Roston, D. (1996). Late-life consequences of affective spectrum disorder. *International Psychogeriatrics*, 8(1), 13-32. <https://doi.org/10.1017/S1041610296002463>
- Van Balkom, A. J. L. M., Beekman, A. T. F., de Beurs, E., Deeg, D. J. H., van Dyck, R. et van Tilburg, W. (2000). Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 37-45. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001037.x>
- Wrosch, C., Bauer, I. et Scheier, M. F. (2005). Regret and quality of life across the adult life span: The influence of disengagement and available future goals. *Psychology and Aging*, 20(4), 657-670. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.4.657>
- Yalom, I. (2008). *Thérapie existentielle*. Galaade.