

2015 | VOLUME 12 | NO 4
Enregistrement NO 40050080

Vie et vieillissement

Revue trimestrielle de l'Association québécoise de gérontologie



**VIEILLIR EN
SANTÉ MENTALE**

Voir ma contribution



Programmes de formation en gérontologie

- Prendre des décisions en fonction des meilleures pratiques cliniques et éthiques.
- Coordonner des situations complexes requérant des services variés et intégrés.
- Soutenir et conseiller les intervenants et partenaires.

Type cours

Microprogrammes de 2^e cycle

- Soutien-conseil en gérontologie
- Intervention en gérontologie

Sherbrooke, Longueuil et à distance

Horaire adapté en formation continue

Type recherche

Maîtrise
Doctorat

Sherbrooke



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

| Voir au futur

USherbrooke.ca/gerontologie

La seule revue multidisciplinaire et francophone en gérontologie qui s'adresse à la fois aux intervenants, aux professionnels, aux étudiants et à toutes les personnes intéressées aux enjeux du vieillissement individuel et collectif.

THÉMATIQUES

Vol. 13 N° 1
À déterminer
Octobre 2015

Vol. 13 N° 2
Les proches aidants
Décembre 2015
Date de tombée : 1^{er} septembre 2015

Vol. 13 N° 3
La maltraitance
Mars 2016
Date de tombée : 1^{er} décembre 2015

Vol. 13 N° 4
Réalités gérontologiques
Juin 2016
Date de tombée : 15 mars 2016

Avis aux lecteurs : veuillez prendre note que les thématiques et les dates sont sujettes à changement selon la disponibilité des auteurs et de nos membres des comités qui collaborent généreusement d'une façon bénévole.

Votre collaboration nous est précieuse. N'hésitez pas à nous proposer des thématiques à couvrir, à nous envoyer vos articles ou à faire partie d'un comité !

La revue trimestrielle, **Vie et vieillissement**, est le média par excellence pour rejoindre les résidences de retraités, les centres de recherche, les universités, les collèges, les bibliothèques et les institutions du MSSS, les associations de personnes âgées, les rassemblements de professionnels et de techniciens, les entreprises de l'économie sociale et les organisations de bénévoles œuvrant dans le domaine de la gérontologie sociale.

Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. L'AQG respecte le choix des auteurs quant à la féminisation et l'usage de la nouvelle orthographe. La reproduction des textes est autorisée à condition d'en mentionner la source.

RÉPERTORIÉ DANS

Bibliothèque nationale
du Canada
Bibliothèque nationale
du Québec
Index de la santé et
des services sociaux

Point de repère
ISSN 1707-0104
Enregistrement
NO 40050080

- 2 | **ÉDITORIAL**, Sébastien Grenier, Ph. D., chercheur, Centre de recherche, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, professeur adjoint, Département de psychologie, Université de Montréal
- 5 | **POUR DES MILIEUX PARTICIPATIFS PLUS INCLUSIFS À L'ÉGARD DES ÂÎNÉS – PARCE QUE LA PARTICIPATION SOCIALE EST FAVORABLE À LA SANTÉ MENTALE**, Émilie Raymond Ph. D., professeure, École de service social, Université Laval, chercheuse, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale; Nadine Lacroix, conseillère à la recherche, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, assistante de recherche, Compagnie des jeunes retraité(e)s du Plateau de Charlesbourg; Denise Beaudry, retraitée, membre du comité de pilotage de la recherche
- 15 | **LA DÉPRESSION CHEZ LES ÂÎNÉS : EFFET D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION**, Lyson Marcoux, Ph. D. (cand.), professeure adjointe, Université du Québec à Trois-Rivières; Sylvie Lapiere, Ph. D., professeure titulaire, Université du Québec à Trois-Rivières; Micheline Dubé, Ph. D., professeure associée, Université du Québec à Trois-Rivières; Sophie Desjardins, Ph. D., professeure agrégée, Université du Québec à Trois-Rivières; Paule Miquelon, Ph. D., professeure agrégée, Université du Québec à Trois-Rivières; Richard Boyer Ph. D., professeur agrégé sous octroi, Université de Montréal
- 21 | **LES CONDUITES SUICIDAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE : UNE ABSENCE DE CHOIX OU UN ACTE IMPULSIF ?**, Stéphane Richard-Devantoy, M.D., Ph. D., professeur, Département de psychiatrie, Université McGill, chercheur, Institut universitaire en santé mentale Douglas, Groupe d'études sur le suicide, Université McGill, Laboratoire de psychologie des pays de la Loire, Université de Nantes
- 33 | **AUTOTRAITEMENT GUIDÉ DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE CHEZ LES ÂÎNÉS : UNE VOIE PROMETTEUSE**, Philippe Landreville, Ph. D., professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval, chercheur régulier, Centre de recherche du CHU de Québec; Patrick Gosselin, professeur titulaire, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, chercheur, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux-Centre intégré universitaire; Sébastien Grenier, Ph. D., professeur, Département de psychologie, Université de Montréal, chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal; Carol Hudon, professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval, chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec; Dominique Lorrain, professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS
- 39 | **LA DÉPENDANCE AUX BENZODIAZÉPINES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ OU D'INSOMNIE – UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE AUX CONSÉQUENCES SÉRIEUSES**, Sébastien Grenier, Ph. D., chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM), professeur adjoint, Département de psychologie, Université de Montréal; Virginie Proulx-Tremblay, B. Sc., étudiante à la maîtrise, Département de psychologie, Université de Montréal; Guilhème Pérodeau, Ph. D., professeure, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais; Fethia Benyebdi, Ph. D., professionnelle de recherche, CRIUGM; Caroline Desrosiers, Ph. D., psychologue clinicienne, professionnelle de recherche, CRIUGM; Diana Cruz-Santiago, M. D., Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, Université de Montréal
- 45 | **ACCOMPAGNER UNE PERSONNE ÂGÉE PRÉSENTANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF – DU CONSTAT À L'ACTION**, Jean Vézina Ph. D., professeur, École de psychologie, Université Laval; Marie-Hélène Leblond, bachelière en psychologie, Université Laval
- 54 | **RUBRIQUES J'AI CLIQUÉ / J'AI VU**
- 56 | **NOTE DE LECTURE**

**VIELLIR EN
SANTÉ MENTALE**

Vol. 12 N° 4 2015

PRODUCTION DU NUMÉRO
Danielle Massé
rédactrice en chef
COMITÉ DE RÉDACTION
Lise Dallaire
Catherine Geoffroy
Anne Échasseriau
Normand Filteau
Ghislain Hallé
Nelson Saint-Gelais
COMITÉ D'EXPERTS
Sébastien Grenier
coordonnateur
Département de psychologie
Université de MontréalValérie Coulombe
Association canadienne pour
la santé mentale
Filiale de MontréalAnne Échasseriau
À titre de consultante
**MERCI À NOS
COLLABORATEURS ET
COLLABORATRICES**
Suzanne Asselin,
Rédactrice agrééePhilippe Cappeliez
Université d'OttawaSofia Chraïbi
Université Toulouse II Le MirailAgathe Lorthios-Guilledroit
Université de MontréalRenée Massé
Centre hospitalier de
l'Université de MontréalLinda Thibault
M. Sc. Inf.Marie-Josée Richer
doctorante en
psychoéducation, UdeMMarie-Ève Rioux,
doctorante en
psychologie, UQAM
**CONCEPTION,
RÉALISATION GRAPHIQUE
ET INFOGRAPHIE**
Pascale Aubin, Mariane Cogez
www.spinprod.com
IMPRIMERIE : Repro-UQAM

www.repro.UQAM.ca

**RESPONSABLE DE
LA PUBLICITÉ ET DES
ABONNEMENTS**

Ginette Allaire

SÉBASTIEN GRENIER, Ph. D., CHERCHEUR, CENTRE DE RECHERCHE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE MONTRÉAL, PROFESSEUR ADJOINT, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



Un concept devenu à la mode ces dernières années, est celui de l'espérance de vie en bonne santé (*healthy life expectancy*) qui correspond au nombre d'années en bonne santé, sans incapacités fonctionnelles importantes, qu'une personne peut s'attendre à vivre depuis la naissance. Plusieurs recherches en médecine et en psychologie ont comme objectif de réduire l'écart entre l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie réelle (72 ans contre 82 ans au Canada selon des données compilées en 2012). Ultimement, ces recherches tentent de trouver des traitements préventifs ou curatifs, pharmacologiques ou psychologiques qui permettront aux gens de demeurer en bonne santé plus longtemps et d'avoir une meilleure qualité de vie durant les leurs dernières années.

Ce qu'il faut dire toutefois, c'est que l'espérance de vie en bonne santé n'inclut pas uniquement la santé physique comme par exemple la prévention du diabète, et la santé cognitive comme la prévention de la maladie d'Alzheimer, mais comprend également la santé mentale ou, si vous préférez, le bien-être psychologique car ces trois types de santé s'influencent mutuellement et continuellement. En effet, il est aujourd'hui prouvé que le fait de souffrir d'une dépression majeure (santé mentale) augmente les risques d'avoir le diabète (santé physique) lequel, à son tour, augmente les risques de développer la maladie d'Alzheimer (santé cognitive). Pour prolonger l'espérance de vie en bonne santé, il est donc primordial d'élaborer des stratégies de prévention ou d'intervention qui tiennent compte de chacun de ces trois aspects de la santé.

Le numéro actuel de *Vie et Vieillesse* se concentrera sur la santé mentale des personnes âgées, un sujet que notre société préfère souvent ignorer.

Les articles qui composent ce numéro illustrent la contribution originale de cliniciens ou chercheurs, qui, par leurs travaux de recherche et leur expérience clinique, se questionnent sur les façons d'améliorer la santé mentale et la qualité de vie des personnes âgées, mais aussi celle de leurs proches aidants.

Dans le premier article intitulé *Pour des milieux participatifs plus inclusifs à l'égard des aînés – Parce que la participation sociale est favorable à la santé mentale*, Émilie Raymond et ses coauteures illustrent l'importance d'adopter des politiques sociales qui incluent les aînés ayant des besoins particuliers, comme des problèmes de mobilité, et proposent une recherche-action participative qui vise cet objectif. Les études ont effectivement démontré qu'une société qui met en place des politiques favorisant l'intégration et le sentiment d'appartenance des aînés est une société en meilleure santé. Si vous vous questionnez sur l'intégration des personnes âgées dans votre milieu afin d'améliorer leur bien-être psychologique, cet article vous donnera quelques pistes pour passer à l'action.

Dans le deuxième article intitulé *La dépression chez les aînés : effet d'un programme d'intervention*, Lyson Marcoux et ses collègues présentent une intervention de groupe, issue du courant de la psychologie positive, qui a comme objectif d'aider les aînés à se fixer des buts personnels afin de contrer les symptômes dépressifs. Si vous travaillez avec des personnes âgées déprimées, cet article vous donnera des outils pour les aider à voir leur vie d'une façon plus positive.

Dans le troisième article intitulé *Les conduites suicidaires de la personne âgée : une absence de choix ou un acte impulsif ?*, l'auteur Stéphane Richard-Devantoy présente des données récentes en neuropsychologie et neurologie qui permettent de jeter un nouveau regard sur le suicide au troisième âge. Phénomène complexe et multifactoriel, le comportement suicidaire des personnes âgées ne résulte pas toujours d'une dépression majeure, mais aussi de déficits d'ordre cognitif attribuables au vieillissement. Si vous voulez mieux comprendre les facteurs qui pourraient mener une personne âgée à faire une tentative de suicide ou si vous êtes à la recherche de solutions pour prévenir le suicide chez les aînés, cet article est pour vous !

Dans le quatrième article intitulé *Autotraitement guidé du trouble d'anxiété généralisée chez les aînés : une voie prometteuse*, Philippe Landreville et ses collègues décrivent une nouvelle intervention psychologique spécifiquement conçue pour traiter à distance les inquiétudes excessives des personnes âgées. Cette intervention permet à la personne de traiter elle-même son anxiété depuis

son domicile tout en étant supervisée par un thérapeute à distance. Si vous êtes préoccupé par le manque d'accès aux services spécialisés en santé mentale et si vous voulez avoir des solutions pour y faire face, lisez cet article!

Le cinquième article intitulé *La dépendance aux benzodiazépines chez les personnes âgées souffrant d'anxiété ou d'insomnie : un phénomène complexe aux conséquences sérieuses*, rédigé par Sébastien Grenier et son équipe, met, d'entrée de jeu, le lecteur en garde contre l'utilisation prolongée des benzodiazépines chez les aînés. Ensuite, il présente un modèle théorique expliquant le développement d'une dépendance chez les 50 ans et plus et décrit une intervention cognitivo-comportementale spécifiquement conçue pour faciliter l'arrêt graduel du médicament. Un article pour mieux comprendre la dépendance aux BZD ou s'outiller pour faciliter le sevrage d'un aîné dépendant.

Dans le dernier article intitulé *Accompagner une personne âgée présentant un trouble neurocognitif – Du constat à l'action*, Jean Vézina et Marie-

Hélène Leblond expliquent que la prise en charge d'une personne atteinte de troubles cognitifs importants comme la maladie d'Alzheimer comporte un lot de défis susceptibles de se répercuter sur la santé mentale du proche aidant. À lire pour mieux comprendre les enjeux associés au rôle de proche aidant et pour avoir accès à une liste de ressources.

En terminant, j'aimerais souligner que, pour réussir à réduire substantiellement l'écart entre l'espérance de vie en bonne santé et l'espérance de vie réelle des prochaines générations, nous devons tous faire des efforts. Que vous soyez chercheur, étudiant, professionnel de la santé ou décideur public, vous pouvez poser des gestes quotidiens afin que les aînés se sentent bien, acceptés et respectés. Chacun des articles de ce numéro propose des outils et des idées qui vous permettront de passer à l'action et de contribuer à l'atteinte de cet objectif ambitieux.

Bonne lecture!



VOUS ÊTES VICTIME OU TÉMOIN DE MALTRAITANCE ?

LIGNE AIDE ABUS AINÉS

1 888 489-2287

Québec 



Vanille ou chocolat ?

Depuis votre plus tendre enfance, vous avez fait des choix en fonction de ce qui compte pour vous, de ce que vous aimez et de qui vous êtes. Alors, pourquoi en serait-il autrement au moment de votre retraite ? Au sein des **23 complexes résidentiels du Groupe Maurice au Québec**, vous aurez toujours le choix de vivre votre retraite comme vous l'entendez.

 legroupemaurice.com

LE GROUPE MAURICE
LES RETRAITÉS NOUS HABITENT

POUR DES MILIEUX PARTICIPATIFS PLUS INCLUSIFS

PARCE QUE LA PARTICIPATION SOCIALE EST FAVORABLE À LA SANTÉ MENTALE

Résumé : Au Québec, dans le contexte de changements démographiques, le thème de la participation sociale des aînés occupe une place centrale non seulement dans le discours des politiques sociales, mais aussi dans l'opinion publique. L'attention accordée au sujet s'explique notamment par les nombreuses études ayant documenté les bénéfices de la participation sociale pour la santé physique et mentale des personnes âgées. Toutefois, des études ont aussi montré que certaines personnes âgées qui vivent des réalités particulières, comme le fait d'avoir des incapacités, éprouvent des difficultés à s'intégrer dans les espaces de participation à la société. Étant conscients de cette situation, les membres d'une organisation de personnes âgées, la Compagnie des jeunes retraités (CJR), ont décidé d'élaborer une politique d'inclusion pour s'assurer que les activités restent accessibles aux membres présentant ou acquérant des limitations. Cette politique est mise en place dans le cadre d'une recherche-action participative. Le présent article en présente des résultats préliminaires. En effet, lors d'un événement qui a permis aux membres de l'association d'identifier ce que signifiait pour eux « bien et mal vieillir », nous avons pu confirmer que la CJR jouait un rôle important dans leur trajectoire de vieillissement et dans leur sentiment de bien-être. Prendre part à la CJR permet de socialiser, de faire des activités significatives et de réaliser des projets, ce qui rejoint l'idée d'une retraite satisfaisante. Toutefois, des dimensions organisationnelles peuvent considérablement freiner l'accès à l'association, notamment les faiblesses du processus d'intégration des « nouveaux », le fonctionnement en silos des secteurs d'activité, ainsi que le manque d'accommodements à l'égard des situations de handicap. Ces constats conduiront à une deuxième phase de recherche-action participative visant des pratiques susceptibles de faire de la CJR un milieu plus accueillant à l'égard des différences, capable de soutenir une santé mentale et physique accrue pour l'ensemble des membres.

UN PILIER DE NOTRE APPROCHE COLLECTIVE DU VIEILLISSEMENT

La notion de participation sociale est au cœur des discours contemporains sur le vieillissement. Adoptée en 2012, la première politique québécoise en matière de vieillissement, « Vieillir et vivre ensemble », fait de la participation des aînés à leur communauté sa première orientation (Gouvernement du Québec, 2012). À l'échelle internationale, l'idée maîtresse des modèles du vieillissement actif (Organisation mondiale de la santé, 2002) et des villes amies des aînés (Organisation mondiale de la santé, 2007) promue par l'Organisation mondiale de la santé est la stimulation de la participation sociale des personnes âgées. Au Québec, plusieurs équipes, centres et instituts de recherche consacrent des travaux à ce thème (Fortier, Sévigny, Levasseur et Castonguay, 2014).

En somme, l'importance de soutenir la participation des aînés à la vie collective fait l'objet d'un appui consensuel sur les plans politique, social et scientifique.

Le passage d'une vision du vieillissement imprégnée par une rhétorique de déclin et de dépendance, à une autre orientée vers la préservation des capacités, l'activité et l'autonomie, s'est réalisé sur une trentaine d'années (Organisation des Nations unies, 1982; 2002). Cette évolution rapide a été appuyée par de nombreuses recherches montrant les bénéfices de la participation sociale pour la santé des personnes âgées (Harvard School of Public Health, 2004; Raymond, Gagné, Sévigny et Tourigny, 2008; Zedlewski et Butrica, 2007). Cette démonstration est bienvenue au moment où le vieillissement démographique

ÉMILIE RAYMOND
PROFESSEURE
ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
UNIVERSITÉ LAVAL

CHERCHEUSE
CENTRE INTERDISCIPLINAIRE DE
RECHERCHE EN RÉADAPTATION ET
INTÉGRATION SOCIALE



NADINE LACROIX
CONSEILLÈRE À LA RECHERCHE
INSTITUT DE RÉADAPTATION EN
DÉFICIENCE PHYSIQUE DE QUÉBEC

ASSISTANTE DE RECHERCHE
COMPAGNIE DES JEUNES RETRAITÉ(E)S
DU PLATEAU DE CHARLESBOURG



DENISE BEAUDRY
RETRAITÉE

MEMBRE DU COMITÉ DE
PILOTAGE DE LA RECHERCHE

La simultanéité des stimuli sociaux, cognitifs et physiques engendrée par des activités de participation sociale est bénéfique.

ébranle des États providence occidentaux en processus de restructuration et d'amincissement (Minkler et Holstein, 2008). En même temps, on peut se demander si cet argumentaire ne présente pas le risque d'une instrumentalisation de la participation sociale des personnes âgées à des fins

politiques (Raymond et Grenier, 2012). De plus, il semble que tous les aînés n'ont pas un accès équivalent aux occasions et aux milieux de participation sociale (Blanchet et coll., 2014; Raymond et Grenier, 2013; Raymond, Grenier et Hanley, 2014). Cette situation constitue le thème du présent article. À partir d'une expérience de recherche-action participative, nous explorerons comment les aspirations et les besoins en matière de participation sociale d'aînés ayant des incapacités¹, peuvent être mieux reconnus et respectés dans les milieux associatifs et communautaires de personnes âgées.

Le présent article se divise en six parties. Tout d'abord, nous proposerons une synthèse des apports de la participation sociale pour la santé mentale et physique des aînés et une problématique en lien avec une répartition potentiellement inégale de ces bénéfices, pour ensuite présenter la méthodologie de la recherche-action participative que nous sommes à réaliser. Suivront l'exposition des résultats de la première année de recherche, puis une discussion des résultats. Enfin, la conclusion mènera à trouver les pistes d'action pour la deuxième année de recherche.

PARTICIPATION SOCIALE ET SANTÉ, UNE ASSOCIATION À SOUTENIR

Au cours des dernières années, de nombreuses études ont documenté les effets favorables de la participation sociale sur la santé physique et mentale des personnes âgées. Ainsi, plus de participation serait associée à :

- un accroissement de l'espérance de vie;
- une consommation moindre de médicaments;
- une utilisation plus adéquate des services de santé;

- un déclin cognitif et fonctionnel moins rapide;
- des symptômes dépressifs moins présents;
- un plus grand sentiment de bien-être;
- une autoévaluation plus favorable de l'état de santé (Raymond et coll., 2008).

Lorsqu'on leur demande si participer socialement est « bon pour la santé », les aînés répondent généralement oui, affirmant que cette pratique permet de :

- devenir membre d'un groupe d'appartenance;
- apprendre et s'activer;
- s'accomplir et s'épanouir;
- donner et recevoir;
- contribuer au développement de leur communauté (Raymond, Sévigny et Tourigny, 2012).

Comment la participation agit-elle sur l'état de santé objectif et subjectif des aînés? Quels ingrédients de la participation sont plus particulièrement déterminants de l'état de santé? Qu'est-ce qui compte le plus : la nature de l'activité ou le seul fait de socialiser avec d'autres? La qualité des liens sociaux, davantage que la nature ou l'intensité de l'activité, semble centrale pour un vieillissement en santé (Abbu-Rayya, 2006; Litwin et Shiovitz-Ezra, 2006; Wahrendorf, Knesebeck et Siegrist, 2006). L'établissement et le maintien de relations interpersonnelles significatives et positives, plus probables en situation de participation qu'en situation d'isolement, faciliteraient les processus d'adaptation aux réalités de la vieillesse (N. G. Choi, Burr, Mutchler et Caro, 2007; Li et Ferraro, 2005). De plus, les situations de participation sociale constituent des sources de stimulation cognitive, cette dernière renforçant à son tour les mécanismes neuroendocriniens et le système immunitaire (Bukov, Mass et Lamper, 2002; Zunzunegui, Alvarado, Del Ser et Otero, 2003). Par ailleurs, il s'avère que la simultanéité des stimuli sociaux, cognitifs et physiques engendrée par des activités de participation sociale est bénéfique, chacune de ces sphères s'influençant et se renforçant mutuellement (Bath et Deeg, 2005).

¹ « Il est utile de rappeler que l'incapacité est définie (...) comme une limitation d'activités qui découle d'un état, d'une condition ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée (c'est-à-dire qui dure depuis au moins six mois ou qui a une durée présumée d'au moins six mois). Cette définition générale repose sur le cadre conceptuel fourni par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001) » (Institut de la statistique du Québec, 2013).

DES POSSIBILITÉS DE PARTICIPER ÉQUIVALENTES POUR TOUS ?

S'il s'avère que les différentes formes de participation sociale ont des effets positifs majeurs sur la santé et le bien-être des personnes âgées, le fait que ce sont les aînés les mieux nantis, les plus scolarisés, et ayant une bonne condition physique qui s'impliquent davantage (Bickel, 2003; L. H. Choi, 2003; Perren, Arber et Davidson, 2003; Peter-Davis, Burant et Braunschweig, 2001; Shmotkin, Blumstein et Modan, 2003; Van Willigen, 2000) amène à se demander si tous les aînés ont un accès égal ou équivalent aux possibilités participatives. Le présent article s'intéresse particulièrement aux personnes ayant des incapacités, des recherches récentes ayant montré que le fait d'avoir des incapacités peut moduler l'implication dans des milieux « réguliers » de participation pour les personnes âgées (Bigby, 2004; Bigby et Balandin, 2005; Raymond et coll., 2014), c'est-à-dire hors du circuit des services spécialisés pour personnes handicapées.

Au Québec, l'adaptation de nos pratiques aux différentes réalités, conditions et trajectoires de vieillissement constitue un défi pressant, mais négligé (Grenier et Brotman, 2010). Au-delà de la volonté de faire « s'activer » les personnes âgées, il faut, dans le cas des personnes ayant des incapacités, se demander si les discours et les mesures législatives concernant leur intégration en milieu scolaire et professionnel (Gouvernement du Québec, 2009) ont rejoint les sphères collectives de l'après-travail salarié. Pendant ce temps, des organismes de personnes âgées commencent à entrevoir les impacts du vieillissement démographique sur le devenir de leur organisation, notamment la croissance de la proportion de membres ou d'usagers ayant des incapacités. En effet, alors que le risque de vivre avec une incapacité modérée ou sévère touche 20,7 % des 65-74 ans, il augmente à 38,2 % des 75 ans ou plus (Institut de la statistique du Québec, 2013).

Les membres d'une association de la ville de Québec, la Compagnie des jeunes retraité(e)s du Plateau de Charlesbourg (CJR), ont pour leur part décidé de réfléchir à cette question en entrepre-

nant de devenir plus accueillants à l'égard des aînés ayant des incapacités. Afin d'accompagner l'implantation et l'évaluation d'une politique interne d'inclusion des membres susceptibles de vivre des situations de handicap (Fougeyrollas, 2010) limitant leur participation aux activités de la CJR, ils ont entrepris une recherche-action participative en alliance avec des chercheurs du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS).

L'objectif du présent article est de rendre compte de la première année de cette recherche-action participative, qui a permis d'éclairer, d'une part, ce que la CJR apporte à ses membres et ce que veut dire pour eux « bien vieillir », notamment sur le plan de la santé mentale et du bien-être, et, d'autre part, ce qui pourrait être fait pour éviter que les personnes ayant des incapacités soient privées de leur participation à la CJR, et donc des bénéfices de cette dernière en lien avec leurs projets à la retraite.

Le projet vise à favoriser l'inclusion des personnes ayant des incapacités dans les milieux de vie associatifs d'aînés.

UNE ASSOCIATION EN ACTION

Créée en 1994, la CJR regroupe actuellement environ 1800 membres âgés en moyenne de 70 ans. Cet organisme à but non lucratif offre à ses membres 120 activités culturelles, sportives et sociales, annuellement. Ses membres, qui sont de plus en plus vieillissants et risquant donc de présenter dans une plus large proportion des limitations normales ou pathologiques, peuvent vivre des difficultés qui influencent leur participation active dans le milieu. La volonté de l'organisme à demeurer un milieu de vie pour « tous » les aînés, l'amène à entreprendre une démarche de réflexion. L'élaboration et l'adoption d'une politique interne relative à l'inclusion des personnes ayant des incapacités ou non, en découle. Les valeurs fondamentales qui sous-tendent cette politique sont : la confidentialité, le respect de la dignité humaine, la solidarité et l'équité, la liberté de choix, l'égalité et la lutte contre la discrimination. Elle vise à ce que la CJR renforce son milieu pour qu'il soit plus accueillant, ouvert, chaleureux et inclusif, permettant à toute personne de demeurer active et intégrée au sein des activités offertes. Elle concerne tant l'adaptation des

milieux, notamment par la transformation des lieux physiques et des mentalités, que le développement d'une direction « par » et « pour » les aînés à l'égard du caractère inclusif de leur milieu de vie.

Ce projet de recherche-action participative est entrepris par la CJR pour soutenir un vieillissement actif dans la dignité. Le projet vise à favoriser l'inclusion des personnes ayant des incapacités

La participation à ces activités permet aux personnes de développer de nouvelles capacités, de se dépasser et de réaliser des projets qu'elles avaient prévus pour la retraite.

dans les milieux de vie associatifs d'aînés. Il peut s'agir d'aînés déjà membres d'un milieu et désireux de poursuivre leurs activités lorsque survient

une perte, ou encore d'aînés ayant des incapacités et souhaitant intégrer un nouveau lieu de participation sociale.

La CJR forme donc un comité de pilotage et s'associe à différents organismes du milieu : Ville de Québec (Arrondissement de Charlesbourg), CADAC (Comité ami des aînés de Charlesbourg), CIUSSS-CN (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale), CIRRIIS et ROP 03 (Regroupement des organisations de personnes handicapées de la région 03).

La recherche-action a une durée de trois ans (2014-2017). Au cours de l'an 1, les activités ont consisté à former le collectif de recherche, à implanter la politique au sein de la CJR, ainsi qu'à collecter les informations nécessaires à l'analyse de cette implantation. Formé de membres de la CJR, de la chercheuse principale et de son équipe, de la chargée de projet et de représentants des partenaires, le collectif de recherche est l'entité responsable de voir au bon déroulement de la recherche-action, sur les plans scientifique, organisationnel et relationnel. Quant aux activités d'implantation de la politique, elles comprennent plusieurs types d'action : échanges avec les responsables d'activités pour les sensibiliser à leur rôle dans l'identification des besoins et le développement d'accommodements; diffusion d'information dans le bulletin de liaison de l'organisation; contacts personnalisés avec les membres lors de la journée d'inscription, etc.

Au cours de l'an 2, les activités seront dédiées à une évaluation participative de l'implantation de la politique et à la réalisation d'ajustements tenant compte des résultats de cette évaluation. Au cours de l'an 3, les activités seront concentrées non seulement sur la poursuite du monitoring de l'implantation de la politique à la CJR, mais surtout sur le transfert des savoir-faire développés par le biais de l'élaboration d'un guide de pratique et d'une formation à l'intention d'organisations désireuses d'adapter leurs pratiques aux situations des aînés ayant des incapacités ainsi qu'à la réalisation et à la diffusion d'un cadre de référence sur l'inclusion des aînés ayant des incapacités dans les activités régulières des organisations.

RÉSULTATS

Les résultats présentés dans cet article sont issus d'ateliers d'échanges réalisés avec plus de 100 membres de la CJR en novembre 2014, dont la moyenne d'âge était de 70 ans. Ces ateliers ont fait suite à une conférence intitulée : « Optimiser nos possibilités de bien vieillir... un défi à relever ensemble », en soi considérée comme une activité d'implantation de la politique d'inclusion. Les participants étaient rassemblés en groupes de discussion d'environ dix membres. Les échanges étaient animés par deux animateurs. Trois grands thèmes figuraient au guide d'entretien : les perceptions du « bien vieillir », les visions de son opposé, le « mal vieillir », ainsi que les actions de la CJR adaptées aux conceptions et aux besoins exprimés.

Les résultats des ateliers d'échange ont été classés en trois catégories : les apports de la CJR dans la vie de ses membres, la manière dont ces apports s'inscrivent dans le rapport individuel au vieillissement, ainsi que les visions quant aux actions à entreprendre pour faciliter la participation optimale de l'ensemble des membres au sein de l'organisme.

1) Ce que m'apporte la CJR : le rôle d'une organisation d'aînés dans la vie de ses membres

Lors de la collecte de données, les participants ont discuté de l'impact que la CJR a dans leur vieillissement. Pour ces derniers, la CJR fait définitivement partie des éléments favorisant le « bien

vieillir ». Cet état de fait s'explique par trois raisons principales.

Premièrement, les personnes présentes à l'activité ont souligné son rôle de lieu d'appartenance. Parce qu'elle permet de se mettre en contact avec d'autres aînés ayant des intérêts similaires et qu'il s'agit d'un « milieu où on se sent accepté, du bon monde » (participant, ateliers), la participation au sein de cette association permet de bonifier ou de construire un réseau social satisfaisant.

Deuxièmement, elle offre un choix très varié d'activités, proposant à la fois des activités « physiques et mentales » (participant, ateliers). Cette diversité de choix permet, d'une part, de s'assurer de rejoindre un maximum de personnes, mais aussi de s'adapter à l'évolution des goûts et des intérêts de l'ensemble des membres. Cela offre une alternative aux personnes aînées qui doivent faire le deuil d'une activité à cause d'une limitation :

« Quand on ne peut plus faire une activité (vélo), on peut en faire une autre sorte » (participant, ateliers).

Enfin, la participation à ces activités permet aux personnes de développer de nouvelles capacités, de se dépasser et de réaliser des projets qu'elles avaient prévus pour la retraite. « Oser essayer des nouvelles approches » et « axer sur les capacités » (participants, ateliers) sont deux attitudes soulignées comme importantes par les participants pour s'assurer de « bien vieillir ».

2) La participation sociale dans un contexte de vieillissement : c'est quoi « bien vieillir » ?

La notion de vieillissement ne signifie pas la même chose pour tout le monde. Afin de mieux comprendre ce que les membres de la CJR entendent par les expressions « bien vieillir » et « mal vieillir », la question leur a été posée en groupe de douze à quinze personnes. Pour s'assurer d'accompagner les personnes dans une participation sociale qui est optimale pour eux et qui répond à leurs attentes, il importe de tendre vers ce qui est positif dans le vieillissement, sans oublier les obstacles qui peuvent se présenter.

Premièrement, pour la majorité des participants, le vieillissement est une étape positive (55 énoncés) plutôt que négative (42 énoncés).



Les bénéfices de la participation sociale pour la santé physique et mentale ne font aucun doute.

Les personnes ayant une vision plus optimiste de ce moment voient des gains au fait d'être rendues à la retraite, d'avoir moins de responsabilités et plus de temps pour elles. Il s'agit aussi d'un moment pour faire des projets et des activités qu'elles n'ont pas pu réaliser auparavant.

« [Vieillir], c'est faire aujourd'hui des projets que je n'ai pas encore eu le temps de réaliser. C'est profiter de la vie. »

« À la retraite, on a le luxe de faire des choix, l'avantage de « choisir » nos responsabilités. »

« Le calme après la tempête!!! On a enfin le temps de prendre notre temps. Plusieurs activités possibles rendent la vie agréable. »

Il existe aussi des craintes face au vieillissement, des facteurs qui peuvent le rendre plus négatif. Les principales craintes verbalisées par les participants sont en lien avec la maladie et la santé, d'une part, et l'isolement, d'autre part.

« [Vieillir], c'est perdre l'autonomie, s'éloigner des enfants, être malade, s'attirer des reproches et manquer d'attention de la part de son entourage. »

Il faut toutefois souligner que, pour la majorité des participants (112 contre 43 énoncés), la différence entre bien vieillir et mal vieillir est plus une question de manière d'être et d'attitude que d'actions

à poser. En effet, plusieurs personnes ont mentionné qu'« être capable de s'adapter », « se centrer sur ce qui nous reste plutôt que ce que nous avons » ou « vivre le moment présent » sont les meilleurs moyens de « réussir son vieillissement ».

Ainsi, la vision positive du vieillissement telle que souhaitée par les participants rejoint les besoins comblés par les activités de la CJR, soit le désir de socialiser, de faire des activités et de réaliser des projets. Bien vieillir est en fait le contraire de mal vieillir : ces deux concepts se retrouvent sur un continuum, il est hasardeux de les séparer.

3) Ce qui pourrait être fait pour que l'association soit plus inclusive

Sachant que la CJR répond à des besoins de socialisation et d'accomplissement de soi et que ces besoins sont ceux que les personnes visent à combler afin de s'assurer de « bien vieillir », le projet s'est intéressé aux facteurs qui limitent en ce moment la participation de tous aux activités de l'association. L'identification de ces limites, ainsi que des solutions proposées par les participants, mènent à revisiter et à renouveler des façons de faire afin de mieux soutenir la participation de tous et toutes au sein des activités de l'association. Les cinq thèmes, ressortis dans cette catégorie, sont présentés dans le tableau 1. Pour chacun, des problèmes et des pistes de solutions sont précisés.

DISCUSSION : TROIS DÉFIS À RELEVER

Les résultats présentés dans le cadre du présent article sont sans équivoque : la participation aux activités offertes par la CJR a un impact important pour la santé mentale et le mieux-être des membres de l'association. Cette participation procure un sentiment d'appartenance, donne accès à du soutien, facilite la réalisation de projets, encourage l'épanouissement personnel. Ces bénéfices font écho aux résultats de nombreuses études portant sur les bénéfices de la participation pour la santé des personnes âgées (Harvard School of Public Health, 2004; Raymond et coll., 2008; Zedlewski et Butrica, 2007).

Nous constatons cependant que l'association, si elle veut continuer d'être un espace accueillant et stimulant, favorable à une santé mentale et physique accrue, doit relever trois grands défis

reliés autant à la nature des activités qu'aux relations qui les traversent et aux procédures qui les encadrent.

Le premier de ces défis consiste à revoir périodiquement la programmation et le déroulement des activités offertes, afin d'ajuster ces dernières selon l'évolution et les besoins des membres. Une telle pratique pourrait permettre d'éviter de marginaliser, par exemple, des personnes qui présentent une diminution graduelle des capacités et souhaiteraient prendre part à des activités adaptées à leur situation, comme un groupe de parole par exemple. Ce questionnement sur les activités pourrait englober les frais de participation, la diffusion d'informations à leur sujet, ainsi que les modalités de transport pour s'y rendre, des dimensions qui sont intimement liées à la question de l'accessibilité universelle (Rocque, Langevin, Chalghoumi et Chorayeb, 2012). Il existe aussi en ce moment un écart entre l'information disponible et la compréhension et la connaissance que les membres ont du fonctionnement de la CJR. De plus, le rôle des responsables et leurs responsabilités présentent certaines frontières plus floues. Une meilleure clarification du fonctionnement général de la CJR va permettre d'éclaircir ces zones d'ombre et mieux identifier les situations problématiques.

Le deuxième défi concerne l'intégration dans une activité pour de nouveaux membres ou pour ceux qui sont seuls, intégration qui est déterminante pour la future participation sociale des personnes concernées (Raymond et coll., 2012). Il est essentiel de soigner et d'accompagner leurs premiers pas, garants soit d'une insertion graduellement réussie porteuse de satisfaction et de bien-être, soit d'un retrait éventuel, peut-être amer, dans le cas où le groupe n'est pas inclusif.

Enfin, un troisième défi, un défi transversal, invite la CJR à animer des réflexions auprès de ses membres en ce qui concerne ce qu'on pourrait désigner comme l'éthique du vieillissement (Holstein, Parks et Waymack, 2011). Plusieurs membres semblent avides de parler de ce qu'est vieillir, de ce qui peut aider à vieillir « à son goût », ou encore de ce qui doit être fait pour transformer les préjugés et les stéréotypes qui contribuent aux visions négatives du vieillissement. Il apparaît que des tensions

Tableau 1: Identification de problèmes et de solutions proposés par les participants en lien avec l'inclusion pour tous à la CJR, classés selon le nombre d'énoncés recueillis

THÈMES	PROBLÈMES	PISTES DE SOLUTIONS
Intégration des nouveaux membres (18 énoncés)	<ul style="list-style-type: none"> Il est difficile pour une nouvelle personne de s'intégrer à la CJR. La présence de « clans » rend les choses encore plus complexes. Ce problème semble « invisible ». 	<ul style="list-style-type: none"> Développer des procédures pour mieux accueillir les nouveaux, leur faire une place dans le groupe.
Organisation de la CJR (16 énoncés)	<ul style="list-style-type: none"> Lorsqu'on éprouve des difficultés ou qu'on sent que nos droits n'ont pas été respectés, on ne sait pas à qui le dire. 	<ul style="list-style-type: none"> Désigner une personne pour traiter les problèmes et recevoir les plaintes.
	<ul style="list-style-type: none"> Il n'est pas évident d'avoir une information complète sur les activités. 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le site Internet pour qu'il contienne toutes les informations nécessaires. Assurer la transmission d'informations vers ceux qui n'ont pas Internet.
	<ul style="list-style-type: none"> Certaines personnes ne peuvent pas défrayer les coûts demandés pour les activités. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les activités au plus bas prix possible, penser à un système de soutien pour les personnes en situation de pauvreté.
Prise en compte des incapacités (11 énoncés)	<ul style="list-style-type: none"> Il y a beaucoup de préjugés ou de stéréotypes sur les incapacités chez les personnes âgées. 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les gens aux diminutions des capacités physiques ou intellectuelles qui peuvent survenir avec le vieillissement.
	<ul style="list-style-type: none"> Les membres ayant des incapacités peuvent être exclus parce qu'on juge les accommodements nécessaires trop dérangeants. 	<ul style="list-style-type: none"> Donner de la formation aux responsables d'activités pour les outiller dans la mise en place d'ajustements favorisant l'accessibilité des activités.
Accès au transport (4 énoncés)	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs membres ne veulent pas conduire le soir, ni faire du covoiturage « informel » parce que c'est stressant. D'autres n'ont pas accès à des moyens de transport. 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des moyens de transport alternatifs : autobus CJR, système formel de covoiturage, etc.
Philosophie des activités (3 énoncés)	<ul style="list-style-type: none"> La volonté de performance de certains membres dans certaines activités rend difficile le fait d'avoir du plaisir, ou encore l'inclusion de personnes plus lentes ou différentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Réfléchir à la question des normes de performance, formelles et informelles. Trouver des moyens pour équilibrer le récréatif et le compétitif.

expérimentées dans le cours de plusieurs activités notamment entre le plaisir et le souci de performance, ou encore en fonction des rythmes de chacun pourraient inspirer des échanges quant aux moyens d'assurer l'inclusion de toutes et de tous dans ce milieu de vie qu'est la CJR.

CONCLUSION

Au cours des années à venir, nous développerons simultanément les trois pôles de notre recherche-action participative. Sur le plan de la recherche, nous identifierons les besoins, les atouts et les résistances des membres de la CJR, afin de développer, sur le plan de l'action, des interventions adaptées et efficaces. Ces dernières seront évaluées de manière continue, un processus montrant bien l'itération permanente entre les préoccupations scientifiques et empiriques. En ce qui concerne la participation, il faudra agir en connexion avec les membres de la CJR d'abord, et avec nos partenaires des milieux municipal, institutionnel et communautaire ensuite, puisque nous souhaitons accompagner d'autres milieux d'ainés dans leur mise en place d'actions favorables à l'inclusion. À terme, nous élaborerons et rendrons disponible un guide abordant les aspects philosophiques et pratiques du défi de construire des milieux plus respectueux des différentes réalités des personnes âgées.

S'il existe, dans les écrits scientifiques, les textes politiques et même dans la culture populaire, un consensus sur l'importance, pour les aînés, de rester actifs et engagés afin de maintenir une santé physique et mentale optimale, il est de plus en plus reconnu que l'accès à une participation permettant d'atteindre ces objectifs n'est pas égal pour tous. Admettant que ce problème existe pour ses membres ayant ou acquérant des incapacités, la CJR a décidé d'agir pour que les choses changent, afin de permettre au plus grand nombre de trouver dans l'organisme un milieu de vie ajusté à leur situation et faisant écho à leurs aspirations. Intégrer ou conserver un lieu de participation accueillant, chaleureux et stimulant peut aider non seulement à mieux vieillir, mais surtout à mieux... vivre! Il reste à espérer que ce projet innovant inspire d'autres organisations d'ainés pour que les personnes vieillissant avec des incapacités puissent, elles aussi, concrétiser leurs préférences en matière de participation à la vie sociale.

RÉFÉRENCES

- Abbu-Rayya, H. M. (2006). Depression and social involvement among elders. *The Internet Journal of Health*, 5(1).
- Bath, P. A., et Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people : Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2, 24-30.
- Bickel, J. F. (2003). Expression citoyenne. *Gérontologie et société*, 116(263-275).
- Bigby, C. (2004). *Successful Aging with a Lifelong Disability: Policy, Program and Practice Issues for Professionals*. London: Jessica Kingsley.
- Bigby, C., et Balandin, S. (2005). Another minority group: Use of aged care day programs and community leisure services by older people with lifelong disability. *Australasian Journal on Ageing*, 24(1), 14-18.
- Blanchet, C., Hamel, D., April, N., Lamontagne, P., Lasnier, B., Nolin, B., Touigny, A. (2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Bukov, A., Mass, I., et Lamper, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *The Journal of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 57(6), 510-517.
- Choi, L. H. (2003). Factors affecting volunteerism among older adults. *The Journal of Applied Gerontology*, 22(2), 179-196.
- Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E., et Caro, F. G. (2007). Formal and informal volunteer activity and spousal caregiving among older adults. *Research on Aging*, 29(2), 99-124.
- Fortier, M., Sévigny, A., Levasseur, M., et Castonguay, J. (2014). *La participation sociale des aînés: des savoirs à l'action*. Paper presented at the Congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir, Université Concordia, Montréal, 12-16 mai 2014.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gouvernement du Québec. (2009). À part entière: pour un véritable exercice du droit à l'égalité. Politique sociale pour accroître la participation sociale des personnes handicapées. Québec: Gouvernement du Québec, Office des personnes handicapées du Québec.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Politique et plan d'action. Vieillir et vivre ensemble : Chez-soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Grenier, A., et Brotman, S. (2010). Les multiples vieillissements et leurs représentations. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J. P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel: Perspectives sociales*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Harvard School of Public Health. (2004). *Reinventing aging: Baby boomers and civic engagement*. Cambridge: Harvard School of Public Health.
- Holstein, M. B., Parks, J. A., et Waymack, M. H. (2011). *Ethics, Ageing and Society*. New York: Springer.
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Li, Y., et Ferraro, K. (2005). Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 68-84.
- Litwin, H., et Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: What really matters. *Ageing and Society*, 26, 225-243.
- Minkler, M., et Holstein, M. B. (2008). From civil rights to... civic engagement? Concern of two critical gerontologists about a «new social movement» and what it portends. *Journal of Aging Studies*, 22(2), 196-204.

Organisation des Nations Unies. (1982). Rapport de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement. Vienne, 26 juillet-6 août 1982. New York: Organisation des Nations Unies.

Organisation des Nations Unies. (2002). *Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement*. New York: Organisation des Nations Unies.

Organisation mondiale de la santé. (2002). *Viellir en restant actif Cadre d'orientation*. Madrid: Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé. (2007). *Guide villes-amies des aînés*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

Perren, K., Arber, S., et Davidson, K. (2003). Men's organisational affiliations in later life: The influence of social class and marital status on informal group membership. *Ageing and Society*, 23, 69-82.

Peter-Davis, N. D., Burant, C. J., et Braunschweig, H. M. (2001). Factors associated with volunteer behaviour among community dwelling older persons. *Activities, Adaptation and Aging*, 26(2), 29-44.

Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., et Tourigny, A. (2008). La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire. Québec: Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

Raymond, É., et Grenier, A. (2012). Vieillesse active et aînés handicapés au Québec : Duo du possible ou mirage? *Les politiques sociales*, 1-2, 113-125.

Raymond, É., et Grenier, A. (2013). Participation in policy discourse: New form of exclusion for seniors with disabilities? *The Canadian Journal on Aging*, 32(2), 117-129.

Raymond, É., Grenier, A., et Hanley, J. (2014). Community participation of older people with disabilities. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 24, 50-62.

Raymond, É., Sévigny, A., et Tourigny, A. (2012). Participation sociale des aînés: La parole aux aînés et aux intervenants. Québec: Institut national de santé publique du Québec, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

Rocque, S., Langevin, J., Chalghoumi, H., et Ghorayeb, A. (2012). Accessibilité universelle et designs contributifs dans un processus évolutif. *Développement humain, handicap et changement social*, 19(2), 7-24.

Shmotkin, D., Blumstein, T., et Modan, B. (2003). Beyond keeping active: Concomitants of being a volunteer in old-old age. *Psychology and Ageing*, 18(3), 602-607.

Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B(5), S308-S318.

Wahrendorf, M., Knesebeck, O. v. d., et Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people: Baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing*, 3(2), 67-73.

Zedlewski, S. R., et Butrica, B. A. (2007). Are we taking advantage of older adult's potential? *Perspective on productive aging*. Washington: The Urban Institute

Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., et Otero, A. (2003). Social networks, social integration and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B(2), S93-S100.

• SERVICE GRATUIT •



**HÉBERGEMENT
Conseil** Inc.

*Un service complet de ressources spécialisées
pour vous accompagner dans votre recherche
d'hébergement.*

 **888-902-3778**
www.hebergement.qc.ca

**DEMEURER CHEZ SOI EN TOUTE QUIÉTUDE
GRÂCE AU SERVICE GRATUIT DU
PROGRAMME PAIR**

 **Partenaire financier :
Ministère de la Famille
et des Aînés**



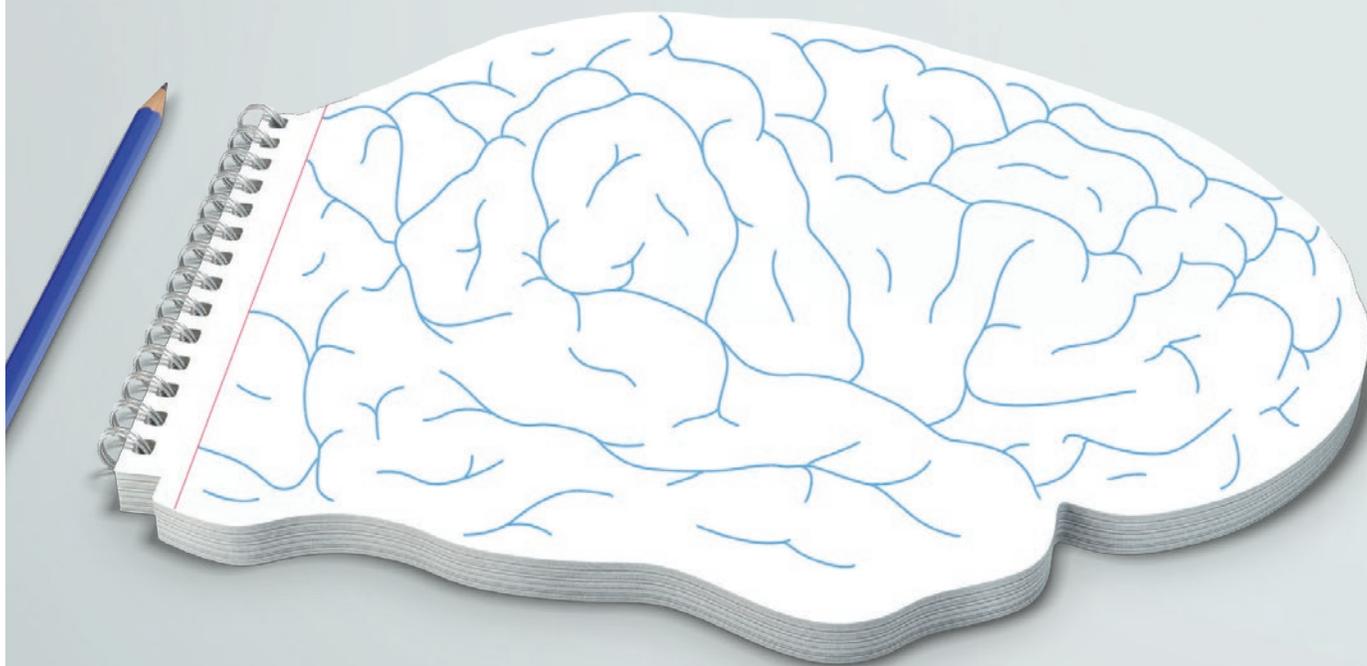
**Plusieurs vies ont été sauvées
grâce à ce service de sécurité!**

Ce service s'adresse aux personnes aînées à risque

- seules
- habitant seules dans un secteur isolé
- seules et handicapées
- dont les contacts sont éloignés
- en perte d'autonomie
- souffrant de maladie chronique
- oubliant souvent de prendre sa médication ou de s'alimenter
- vivant une situation de détresse psychologique
- prenant soin d'une personne en perte d'autonomie
- proches aidants dans une situation particulière.

**Pour information téléphonez au 1-877-997-PAIR (7247)
www.programmepair.com**

MIEUX INTERVENIR ÇA S'APPREND



Renseignez-vous sur les nombreuses formations offertes pour les professionnels travaillant auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Formation professionnelle

**FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE
DES
*Sociétés Alzheimer***

1 888 MEMOIRE

ALZHEIMERQUEBEC.CA



LA DÉPRESSION CHEZ LES AÎNÉS : EFFET D'UN PROGRAMME D'INTERVENTION

Résumé : La dépression est le problème de santé mentale le plus fréquent chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Dans le but de contrer la dépression chez les aînés, un programme d'intervention de groupe, favorisant la réalisation de buts personnels a été testé auprès de cette clientèle. L'échantillon est composé de 42 personnes âgées de 65 ans et plus et présentant des symptômes dépressifs (n = 24 pour le groupe d'intervention, n = 18 pour le groupe contrôle). Les analyses de variances portant sur les scores des participants à l'intervention montrent une amélioration significative ($F(2,46) = 11,46, p < 0,001$) de leur capacité à réaliser des projets personnels ainsi que de leur symptômes dépressifs ($F(1,48, 34,03) = 20,86, p < 0,001$). Selon les analyses de variances à mesure répétées (temps x sexe), il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la réalisation des buts ($F(2,44) = 0,48, p = 0,62$) et l'amélioration des symptômes dépressifs ($F(2,44) = 1,57, p = 0,22$). Les analyses de variances à mesures répétées (temps X groupe) n'ont pas fait ressortir de différence significative entre les participants des groupes intervention et contrôle, le niveau de dépression des participants a diminué dans les deux groupes. Le programme d'intervention sur les buts semble une approche innovatrice et pertinente pour contrer la dépression, particulièrement pour les hommes, mais des études subséquentes doivent être faites pour démontrer la valeur de cette démarche comparativement aux traitements habituels.

INTRODUCTION

Avec une prévalence annuelle variant de 10 à 25 % (Blazer, 2011), la dépression ressort comme le problème de santé mentale le plus fréquent chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Chen et Copeland 2011)¹. Selon Beekman et coll. (2011), ce phénomène est relié au fait que les facteurs de risque augmentent avec l'âge et non à l'âge comme tel. En effet, les personnes âgées sont particulièrement exposées à des événements de vie susceptibles de provoquer des symptômes dépressifs, voire une dépression. C'est le cas, par exemple, de la maladie physique et de la perte d'autonomie (Alexopoulos, 2005) ou encore, des deuils multiples (Clément et coll., 2006).

Les conséquences de la dépression sur l'autonomie, la qualité de vie et l'état de santé des individus sont non négligeables (Beekman et coll., 2011) et ce, sans compter les risques de suicide accrus chez ceux dont les symptômes sont sévères (Alexopoulos, 2005). L'impact de la dépression est non seulement à prendre en considération sur le plan personnel, mais aussi sur le plan socio-

économique. L'étude de Vasiliadis et coll. (2012) a d'ailleurs mis en évidence les coûts élevés occasionnés par la dépression chez les aînés pour le système de santé québécois.

L'état psychologique dans lequel la personne se trouve peut faire en sorte qu'elle aura plus de difficulté à s'investir dans des activités porteuses de sens. D'ailleurs, l'une des principales caractéristiques de la dépression est la perte de plaisir qui affecte la motivation à entreprendre ou à poursuivre des activités ou projets.

Or, les bénéfices de l'orientation vers les buts constituent l'un des acquis les plus solides de la psychologie générale (Schmuck et Sheldon, 2001) et son absence peut conduire à la dépression (Kelly et coll., 2011). La présence de buts est reliée positivement à la satisfaction de vivre, à l'estime de soi, au bonheur, et au sentiment d'efficacité personnel; elle est source d'espoir et de sens à la vie (Brunstein, 1993; Cantor et Sanderson, 2003; Emmons, 2003; Klug et Maier, 2014; Schmuck et Sheldon, 2001).



LYSON MARCOUX, Ph. D. (CAND.)
PROFESSEURE ADJOINTE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES



SYLVIE LAPIÈRE, Ph. D.
PROFESSEURE TITULAIRE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES



MICHELINE DUBÉ, Ph. D.
PROFESSEURE ASSOCIÉE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

SOPHIE DESJARDINS, Ph. D.
PROFESSEURE AGRÉGÉE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

PAULE MIQUELON, Ph. D.
PROFESSEURE AGRÉGÉE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À TROIS-RIVIÈRES

RICHARD BOYER, Ph. D.
PROFESSEUR AGRÉGÉ
SOUS OCTROI
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

¹ La variation des estimations s'explique, entre autres, par la variabilité des mesures utilisées (critères diagnostiques, questionnaires auto-administrés, entrevues cliniques) (Blazer, 2011) et la tendance des personnes âgées à minimiser, voire à nier leurs symptômes dépressifs (Alexopoulos, 2005), pouvant entraîner ainsi une sous-représentation du problème. La dépression est également réputée pour être sous-diagnostiquée chez les personnes âgées, les symptômes physiques de la dépression pouvant être associés à une maladie physique ou encore au vieillissement normal (Chen et Copelan, 2011).

Dans le but d'augmenter le bien-être psychologique et la qualité de vie et de contrer la dépression, il a paru intéressant d'offrir un programme d'intervention favorisant la réalisation de buts personnels significatifs (Dubé, Bouffard et Lapierre, 2005) à des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs.

Les objectifs de l'étude étaient donc les suivants :

1. Adapter un programme d'intervention favorisant la réalisation de projets personnels aux besoins de personnes âgées de 65 ans et plus présentant des symptômes dépressifs.
2. Vérifier si le programme a des effets positifs sur les symptômes dépressifs des participants.

DESCRIPTION DU PROGRAMME

D'approche cognitivo-comportementale à visée psychoéducatrice, le programme « En route vers

une vie plus heureuse » (version adaptée pour les personnes dépressives, voir Tableau 1), a comme objectif de permettre aux participants d'identifier, de planifier, de poursuivre et de réaliser des projets personnels significatifs, concrets et réalistes, tout en acquérant des outils et du soutien pour surmonter les défis et obstacles rencontrés durant leur cheminement (Dubé et coll., 2005). Le programme est basé sur des bases théoriques solides (Dubé et coll., 2005) et a obtenu des résultats positifs significatifs auprès de diverses clientèles : étudiants universitaires (Bouffard et coll., 2001); personnes atteintes de fibromyalgie (Cardinal, 2005); jeunes retraités (Dubé et coll., 2005); personnes âgées ayant des idées suicidaires (Lapierre et coll., 2007); divorcé(e)s au milieu de la vie (Navratil et Lapierre, 2009); femmes victimes d'agression à caractère sexuel (Rivest, Dubé et Dubé, 2009).

Tableau 1. Les étapes du programme « En route vers une vie plus heureuse »

Étape	Rencontre ¹	Contenu
Étapes préliminaires	1	Présentation du programme. Activité d'accueil pour faciliter la cohésion et la coopération entre les participants.
	2-3	Échanges sur le vécu et les difficultés communes.
Élaboration du but	4	Identification des pensées nuisibles et des croyances négatives qui empêchent la réalisation des buts.
	5	Inventaire des désirs, ambitions, projets et buts personnels afin que les participants prennent conscience de tout ce qui est important pour eux dans la vie.
	6-7	Identification de 5 buts prioritaires et évaluation selon un certain nombre de caractéristiques (probabilité de réalisation, efforts nécessaires pour réussir, stress ou plaisir associé au but, etc.) pour faire ressortir toutes les implications des buts retenus.
	8	Choix d'un but important et traduction de ce but en actions concrètes, claires et précises en vue de faciliter sa réalisation.
Planification du but	9-10	Choix des moyens, spécification des étapes de réalisation, prévision des obstacles et des stratégies pour les affronter, identification des ressources personnelles et de l'environnement incluant l'aide possible d'autrui
Poursuite du but	11-12-13	Cheminement vers la réalisation du but : utilisation de moyens efficaces et d'actions concrètes, persévérance, affrontement des difficultés, poursuite de l'identification des pensées nuisibles et ajustements constants en fonction des imprévus, avec le soutien des animateurs et du groupe.
Évaluation	14	Évaluation des progrès réalisés dans la réalisation du but, prise de conscience des apprentissages effectués au cours de la démarche et évaluation du niveau de satisfaction.

¹ Le nombre de rencontres pour chaque étape peut varier puisque chaque groupe suit son propre rythme.

Le programme a dû être adapté pour répondre aux difficultés des personnes dépressives (ex. : ralentissement psychomoteur et cognitif, fatigue, sentiment de dévalorisation, repli sur soi) (Gotlib et Hammen, 2009). Les thèmes des échanges à l'étape préliminaire (rencontres 2 et 3) ont été modifiés pour aborder directement le vécu des participants (ex. : À quoi ressemblent vos journées? À quoi voudriez-vous qu'elles ressemblent?) La taille des groupes a été diminuée à 6 personnes pour qu'elles aient davantage de temps de parole. Le nombre de rencontres a été augmenté, passant de 10 à 14. Toutes ces mesures ont été adoptées dans le but de respecter le rythme propre à cette clientèle (Ferrey et Le Gouès, 2008; Knight, 2004) et de favoriser la mise en place d'un lien de confiance entre les participants et avec l'animateur. Le programme comporte donc 14 rencontres hebdomadaires d'une durée de deux heures. Chaque groupe était guidé par un animateur – étudiant au doctorat en psychologie ou psychologue – spécialement formé à cet effet.

RECRUTEMENT ET CRITÈRES DE SÉLECTION

Pour être éligibles à l'intervention, les participants devaient être âgés de 65 ans et plus et ne pas avoir de problème cognitif (score ≥ 24 au Mini Mental State Examination). Ils devaient également avoir un score minimal de 9 à l'*Échelle de dépression de Beck-II (BDI-II)* (Beck et coll., 1996) ou de 8 à l'*Index de sévérité de l'insomnie* (Blais et coll., 1997).²

Les participants ont presque tous été recrutés par le biais de journaux locaux, sauf dix qui ont été référés par des professionnels œuvrant auprès d'une clientèle âgée (travailleuse sociale, psychologue). Les personnes étaient au courant que leur contribution à l'étude impliquait une participation volontaire à un programme d'intervention de groupe offert aux personnes âgées déprimées de 65 ans et plus.

Le groupe contrôle a été recruté séparément pour éviter la frustration chez les participants qui seraient mis sur une liste d'attente. Il apparaissait peu éthique de proposer une possible intervention à une clientèle psychologiquement vulnérable, sans pouvoir en assurer la réalisation à brève échéance. Ainsi, le groupe contrôle a été constitué par des aînés dépressifs invités, par le biais des



Se fixer des buts, s'investir dans des projets sont d'excellents moyens de préserver sa santé mentale.

journaux locaux, à participer à une étude visant à mieux connaître l'évolution de la dépression. Les critères de sélection, les questionnaires administrés et les moments d'évaluation ont été les mêmes que pour le groupe expérimental.

Tous les participants ont donc rempli les questionnaires à trois moments : au pré-test (avant le début des rencontres), au post-test (après la dernière rencontre pour le groupe de l'intervention ou 14 semaines pour le groupe contrôle) et lors du suivi (6 mois plus tard). La collecte des données a été réalisée lors d'une entrevue individuelle d'une durée moyenne de deux heures. Sauf exception, chaque participant n'a jamais eu le même interviewer. La rotation avait pour but de minimiser les risques qu'une erreur systématique découlant du comportement d'un interviewer ne se répète auprès d'un même participant et influence ses réponses.

DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Des 55 personnes qui se sont montrées intéressées à participer au programme, 13 ne satisfaisaient pas les critères de sélection. Sur les 42 participants qui ont commencé la démarche, 14 ont abandonné le programme avant la 4^e rencontre (la majorité parce qu'ils ne se sentaient pas à l'aise en groupe ou avec d'autres personnes déprimées); 3 ont abandonné entre la 6^e et la 8^e rencontre pour des raisons médicales ou un conflit d'horaire; une personne a refusé de répondre aux questionnaires lors du suivi.

² La présente étude s'inscrit dans une expérimentation plus large qui visait également les problèmes de sommeil et les idées suicidaires, de même que différents indicateurs du bien-être psychologique.

Au total, 24 participants ont persisté jusqu'à la fin de l'étude. Au final, le groupe de l'intervention était composé de 10 hommes et de 14 femmes (n=24), âgés entre 65 et 84 ans (M = 68,6; É.T. = 5,3). Le niveau de scolarité moyen était de 12,7 ans (É.T. = 3,96).

Pour ce qui est du groupe contrôle, sur les 40 personnes désireuses de participer à l'étude, 27 étaient éligibles. De ce nombre 18 ont persisté jusqu'au suivi (12 femmes et 6 hommes). Les participants de ce groupe étaient âgés entre 65 et 77 ans (M=69,50; É.T. = 4,05). Le niveau de scolarité moyen était de 13,9 (É.T. = 3,78).

QUESTIONNAIRE

L'effet du programme a été mesuré par le questionnaire *Processus de réalisation des buts* (Lapierre et Bouffard, 2001) qui évalue la capacité de la personne à élaborer, planifier et poursuivre ses projets personnels. L'outil est composé de 30 items et de trois sous-échelles qui correspondent aux trois étapes de la réalisation d'un but (élaboration, planification et poursuite). Par exemple, « J'ai des buts ou objectifs qui représentent bien mes valeurs personnelles » est un item mesurant l'élaboration; « Généralement, je cherche activement les moyens qui m'aideront dans ce que je veux faire » mesure la planification et « Je me sens capable de faire face aux difficultés dans la poursuite de mes projets » évalue la poursuite. Le participant indique son degré d'accord avec les énoncés sur une échelle variant de (1 = pas du tout d'accord; 7 = tout-à-fait d'accord). Un score élevé (moyenne maximum de

7) indique que la personne a les habiletés pour réaliser ses buts.

Les symptômes dépressifs ont été évalués à l'aide de l'*Inventaire de dépression de Beck-II (BDI-II)* (Beck et coll., 1996). La somme obtenue aux 21 items, pondérés de 0 à 3, s'interprète comme suit : 0-13 dépression minimale; 14-19 dépression légère; 20-28 dépression modérée; 29-63 dépression majeure (Beck et coll., 1996). L'instrument ne permet pas de poser un diagnostic clinique, mais il s'agit d'un bon indicateur de l'intensité des symptômes dépressifs (Beck et coll., 1996).

RÉSULTATS

Les analyses de variances portant sur les scores des participants à l'intervention montrent une amélioration significative ($F(2, 46) = 11.46$, $p < 0.001$) de leur capacité à élaborer, planifier et poursuivre leurs projets personnels. Cette amélioration est significative entre le prétest et le post-test et entre le prétest et le suivi. Il n'y a pas de différence entre le post-test et le suivi, indiquant que l'amélioration s'est maintenue entre ces deux temps (Voir Tableau 2).

« Reprendre l'écriture d'un roman », « perdre du poids », « améliorer la communication avec un proche », « trouver un emploi à temps partiel », « cesser la consommation d'alcool » sont des exemples de projets sélectionnés par les participants. Les gens étaient libres de choisir leur projet; l'important étant que celui-ci s'inscrive dans leurs

Tableau 2. Moyennes et écarts-types du groupe d'intervention et du groupe contrôle (réalisation des buts et dépression)

	Groupe d'intervention							Groupe contrôle						
	Prétest		Post-test		Suivi		F	Prétest		Post-test		Suivi		F
	M	SD	M	SD	M	SD		M	SD	M	SD	M	SD	
Réalisation du but /7	4.50	0.97	5.17 ^a	0.76	5.05 ^b	1.04	11.46***	4.33	1.09	4.73	1.21	4.95 ^b	1.01	5.52**
Élaboration	4.08	1.38	4.91 ^a	1.08	4.84 ^b	1.16	8.13**	4.13	1.08	4.56	1.14	4.93 ^b	1.29	6.17**
Planification	4.86	1.02	5.35 ^a	0.71	5.23	1.04	4.65*	4.49	1.14	4.86	1.23	5.14 ^b	0.82	5.22**
Poursuite	4.52	1.17	5.23 ^a	0.77	5.06 ^b	1.13	7.96***	4.35	1.21	4.75	1.40	4.75	1.19	1.85
Dépression	21.1	8.05	11.3 ^a	8.86	10.9 ^b	8.16	20.86***	23.3	7.66	14.5 ^a	8.35	15.9 ^b	9.66	11.48***

a : différence significative entre le prétest et le post-test; b : significatif entre le prétest et le suivi; *p < 0.05 ; **p < 0.01 ; ***p < 0.001

valeurs et priorités, qu'il soit réaliste et porteur de sens.

Les analyses de variances des scores des participants à l'intervention ont également démontré une diminution des symptômes dépressifs tels qu'évalués par le questionnaire de Beck ($F(1,48, 34,03) = 20,86, p < 0,001$). Cette amélioration est significative entre le prétest et le post-test et entre le prétest et le suivi. Il n'y a pas de différence entre le post-test et le suivi, indiquant que l'amélioration s'est maintenue six mois plus tard.

Les analyses de variances à mesures répétées (temps X sexe) ont aussi démontré qu'il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la réalisation des buts ($F(2,44) = 0,48, p = 0,62$) et l'amélioration des symptômes dépressifs ($F(2,44) = 1,57, p = 0,22$). Les hommes s'améliorent autant que les femmes.

Avant de comparer le groupe d'intervention et le groupe contrôle, des analyses préliminaires ont été effectuées afin de s'assurer que les groupes étaient similaires sur l'ensemble des variables. Les résultats des tests-t n'indiquent pas de différence significative entre les deux groupes au prétest quant à l'âge, le niveau de scolarité et de dépression.

Les analyses de variances à mesures répétées (temps X groupe) n'ont pas fait ressortir de différence significative entre les participants des groupes intervention et contrôle en ce qui a trait à la dépression. En d'autres mots, le niveau de dépression des participants a diminué dans les deux groupes.

Comme l'étude s'inscrivait dans une expérimentation plus large, des analyses ont aussi été effectuées sur des indicateurs de bien-être psychologique. Ces dernières ont révélées des différences significatives entre le groupe d'intervention et contrôle. Les scores d'espoir, de satisfaction de vie, de sérénité et de sentiment d'accomplissement étant significativement plus élevés chez les participants du groupe d'intervention aux différents temps de mesure. (Voir Lapierre et coll., 2015)

DISCUSSION

Le programme « En route vers une vie plus heureuse » a permis aux participants d'améliorer leur capacité à élaborer, planifier et poursuivre un but qui leur tient à cœur. L'intervention est donc une occasion de permettre aux personnes âgées

dépressives de se découvrir à travers la poursuite d'un projet porteur de sens qui s'insère dans leur échelle de valeur.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux symptômes dépressifs, le programme semble avoir des effets bénéfiques sur les participants, bien que ceux-ci ne soient pas significativement supérieurs à ceux observés chez le groupe contrôle. Ceci dit, comme les individus âgés sont particulièrement exposés à des situations qui impliquent des pertes, et donc des deuils, le développement d'interventions favorisant le bien-être et la santé mentale prend toute son importance. Le programme présenté dans cet article s'intègre dans une perspective qui vise à promouvoir le vieillissement positif et l'implication sociale des aînés. De plus, comme les interventions suggérées sont davantage orientées vers l'action, la résolution de problèmes et les forces des individus, il semble rejoindre particulièrement les hommes qui, selon Englar-Carlson et Kiselica (2013), répondraient mieux à ce genre d'intervention comparativement aux thérapies plus traditionnelles dont les objectifs visent davantage l'expression des émotions, la diminution des symptômes et du mal-être.

Retenons que la formule est flexible et qu'elle peut s'adapter au rythme des gens et à la problématique rencontrée. Le programme est facile à animer et peut être offert à des personnes de tous niveaux de scolarité. L'importance du groupe n'est pas à négliger, car cette formule représente une occasion de développer un nouveau réseau social qui constitue également un facteur de protection de la dépression. À cet égard, signalons que les membres de certains groupes ont continué de se voir après les rencontres.

Évidemment, la taille de l'échantillon et le fait qu'il soit difficile de départager ce qui appartient à l'effet du programme de ce qui découle du soutien offert par le groupe ne sont que deux des limites évidentes de cette étude.

Pour sa part, l'absence de différence significative sur les symptômes dépressifs entre les groupes intervention et contrôle peut s'expliquer de différentes façons. D'abord, l'étude telle que conçue ne permet pas de savoir ce qui s'est produit dans la vie des participants entre les six mois séparant le post-test du suivi; il est impossible de dire si une nouvelle relation significative, une thérapie bienfaitante, l'effet d'un médicament ou des événements

agréables ont pu marquer cette période. Signalons toutefois que les moments dans l'année où ont lieu les passations des questionnaires peuvent avoir eu une influence sur l'humeur des répondants : ainsi les post-tests ont eu lieu en février-mars et celles du suivi en août-septembre après un été radieux. Il est fort possible que les saisons ou la possibilité de faire des activités extérieures aient une influence sur le moral des participants des deux groupes. Des mesures ultérieures, au cours de l'automne et l'hiver auraient indiqué si cette amélioration se maintenait dans les deux groupes, mettant en perspective l'évolution des symptômes selon les saisons.

Également, il est difficile de savoir si l'amélioration des symptômes dépressifs dans les deux groupes s'explique par une rémission de la maladie ou parce que les personnes sont dans une période où les symptômes sont moins intenses, malgré une condition chronique. Selon Beekman et coll. (2002), la dépression peut suivre différents parcours et les changements ne sont pas nécessairement reliés à un traitement quelconque. Les recherches subséquentes devraient donc suivre les participants sur une plus longue période, afin de vérifier régulièrement comment la dépression évolue et d'identifier les éléments qui peuvent en influencer la progression. Parmi ceux-ci, on peut supposer que le fait d'avoir des projets porteur de sens qui augmentent l'estime de soi, l'espoir et le sentiment d'efficacité personnel diminuent les risques de rechute ou d'aggravation des symptômes. Les effets du programme « En route vers une vie plus heureuse » sur le bien-être psychologique a largement fait ses preuves sur ses variables (Dubé et coll., 2005; Lapierre et coll., 2007; Lapierre et coll., 2015).

En conclusion, même s'il reste encore du travail à accomplir pour démontrer la valeur de cette démarche comparativement aux traitements habituels, le programme d'intervention sur les buts semble une approche innovatrice et pertinente pour les personnes âgées dépressives.

RÉFÉRENCES

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365, 1961-70.

Beck, A. T., Steer, R. A. et Brown, G. K. (1996). Inventaire de dépression de Beck, manuel (2^e Éd.). Toronto: The Psychological Corporation.

Beekman, A. T. F., Geerling, S. W., Deeg, D. J. H., Schoevers, R. S., van Tilburg, W. (2002). The Natural History of Late-Life Depression: A 6-years 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, A. Kumar (Éds), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (3^e éd.) (pp. 502-507). John Wiley and Sons. ISBN: 978-0-470-74723-0

Blazer, D. (2011). Nosology and classification of mood disorders. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, A. Kumar (Éds), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (3^e éd.) (pp. 457-459). John Wiley and Sons.

Bouffard, L., Bastin, É. et Lapierre, S. (2001). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 17(2), 115-135.

Brunstein, J.E. (1993). Personal goals and subjective well-being: a longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1061-1070.

Cantor, N., and Sanderson, C. A. (2003). Life task participation and well-being: The importance of taking part in daily life. In D. Kahnemann, E. Diener, and N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundation of hedonic psychology* (pp. 230-243). New York: Russel Sage Foundation.

Chen, R. and Copeland, J. (2011). Epidemiology of depression: Prevalence and incidence. Dans M. T. Abou-Saleh, C. Katona, A. Kumar (Éds), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (3^e éd.) (pp. 479-488). John Wiley and Sons.

Clément, J.-P., Darthout, N. et Nubukpo, P. (2006). *Guide pratique de psychogériatrie* (2^e éd.). Paris: Masson.

Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S. et Alain, M. (2005). La santé mentale par la Gestion des projets personnels: une intervention auprès de jeunes retraités. *Santé mentale au Québec*, 30, 321-344.

Emmons, R.A. (2003). Personal goals, life meaning, and virtue: Well-springs of a positive life. Dans Keyes, C.L.M. and Haidt, J. (Eds.) *Flourishing. Positive psychology and the life well-lived* (pp.105-128). Washington : American Psychological Association.

Englar-Carlson, M. and 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. doi: 10.1002/j.1556-6676.2013.00111.x

Ferrey, G., Le Gouès, G. et Rivière, B. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Issy-les-Moulineaux, France: Masson.

Gotlib, I. H. and Hammen, C. L. (2009). *Handbook of depression*. New York: Guilford Press.

Kelly, R. E., Mansell, W., and Wood, A. M. (2011). Goal conflict and ambivalence interact to predict depression. *Personality and Individual Differences*, 50, 531-534.

Klug, H. P., and Maier, G. W. (2014). Linking goal progress and subjective well-being: A meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 37-65. doi:10.1007/s10902-013-9493-0

Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults*. Thousand Oaks, CA : Sage Publication.

Lapierre, S., and Bouffard, L. (2001). Questionnaire sur le processus de réalisation de projets. Document inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.

Lapierre, S., Dubé, M., Bouffard, L., and Alain, M. (2007). Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals. *Crisis*, 28(1), 16-25.

Lapierre, S., Marcoux, L., Desjardins, S., Cantinotti, M., Dubé, M., Miquelon, P. and Boyer, R. (2015). "On the road to a better life": An innovative suicide prevention program based on the realization of meaningful personal goals. Manuscrit soumis pour publication.

Navratil, F. et Lapierre, S. (2009). La réorientation des buts après un divorce au milieu de la vie. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 93-111.

Rivest, L., Dubé, M. et Dubé, C. (2009). Effet du programme *Gestion des buts personnels*, sur la santé mentale de femmes victimes d'agressions à caractère sexuel. *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 93-111.

Schmuck, P. and Sheldon, K. M. (2001). *Life goals and well-being: toward a positive psychology of human striving*. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.

Seligman, M. E. P. and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.

Vasiliadis, H. M., Dionne, P. A., Préville, M., Gentil, L., Berbiche, D. and Latimer, E. (2012). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 536-548. doi: 10.1097/JGR0b013e318248ae9e

LES CONDUITES SUICIDAIRES DE LA PERSONNE ÂGÉE :

UNE ABSENCE DE CHOIX OU UN ACTE IMPULSIF ?

Résumé : Le suicide de la personne âgée (65 ans et plus) pose la question de notre relation à la vieillesse et à la mort. Il est extrêmement élevé dans cette tranche d'âge (sauf au Québec) et significativement lié à la dépression, largement sous-diagnostiquée chez les aînés. Les caractéristiques neuropsychologiques des conduites suicidaires sont soulignées dans cet article, avec un intérêt particulier pour la prise de décision et l'inhibition cognitive, impliquées dans la vulnérabilité suicidaire (propension à développer des idées ou actes suicidaires) de la personne âgée.

Les fonctions exécutives, en particulier la prise de décision et l'inhibition cognitive, sont davantage altérées chez les personnes âgées déprimées ayant des antécédents de tentative de suicide que chez celles n'ayant pas de tels antécédents. Les données de l'imagerie cérébrale, qui demandent à être répliquées, ont mis en évidence des anomalies des circuits fronto-limbiques associées à la vulnérabilité suicidaire chez la personne âgée indépendamment de la symptomatologie dépressive. La vulnérabilité suicidaire pourrait reposer sur des mécanismes dont les causes sont la fois communes et différentes selon l'âge. Des facteurs développementaux précoces marqués par l'impulsivité et l'agressivité seraient présents chez l'adolescent et l'adulte jeune alors que chez l'adulte âgé un vieillissement pathologique favoriserait l'émergence d'idées suicidaires. Quel que soit l'âge de la personne suicidaire, des déficits neurocognitifs conduiraient le sujet à ne pas pouvoir répondre adéquatement à son environnement.

Enfin, une évaluation neuropsychologique (capacités d'inhibition, de prise de décision, et compétences mnésiques) pourrait contribuer à détecter la vulnérabilité suicidaire d'une personne âgée déprimée. Le repérage de la propension de certaines personnes à développer une crise suicidaire face à des circonstances de vie stressantes est le préalable indispensable à tout plan thérapeutique.

1. INTRODUCTION

Les conduites suicidaires (idées suicidaires, tentatives de suicide et suicide) représentent un problème de santé publique reconnu (Reza et coll., 2001). Les hommes âgés sont plus à risque de décès par suicide que les autres segments de la population (Hawton et coll., 2009). Selon les données de l'Organisation mondiale de la Santé (<http://www.who.int/topics/suicide/en/>), les taux moyens de suicide des personnes âgées de plus de 65 ans sont de 29,3 pour 100,000 habitants chez les hommes et de 5 chez les femmes (Shah, 2011). En comparaison, les 25-34 ans ont des taux moyens de suicide de 21 chez les hommes et 5,1 chez les femmes. Le Canada se distingue des autres pays occidentaux, puisque la population des plus de 65 ans ne constitue pas la plus à risque de décès par suicide. Par exemple, les taux moyens de suicide dans la province du Québec sont de

21,1 pour 100,000 habitants chez les hommes de 65 ans et plus et de 3,4 pour 100,000 habitants chez les femmes de 65 ans et plus (INSPQ, la mortalité par suicide au Québec 1981-2012). Il y a eu une diminution des taux de décès par suicide ces vingt dernières années. (INSPQ, la mortalité par suicide au Québec 1981-2012). Comme le taux de vieillissement au Québec est le plus rapide au monde après le Japon, la situation est tout de même inquiétante.

Plusieurs facteurs de risque ont été associés aux conduites suicidaires chez les personnes âgées (Hawton et coll., 2009). La dépression majeure est le trouble psychiatrique le plus fortement associé au suicide (60 à 90 % des cas) (Waern et coll., 2003, Blow et coll., 2004) et aux tentatives de suicide des personnes âgées (Alexopoulos et coll., 1999, Bartels et coll., 2002, Chan et coll., 2007) et ce, plus



STÉPHANE RICHARD-DEVANTOY, M.D., Ph. D.
PROFESSEUR
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE
UNIVERSITÉ MCGILL

CHERCHEUR
INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ
MENTALE DOUGLAS
GROUPE D'ÉTUDES SUR LE SUICIDE
UNIVERSITÉ MCGILL

LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE
DES PAYS DE LA LOIRE
UNIVERSITÉ DE NANTES

fréquemment que chez les jeunes (Conwell et coll., 2011). Les troubles anxieux et l'abus ou la dépendance à l'alcool (30 % des cas des suicidés âgés) augmentent également le risque de décès par suicide chez le sujet âgé (Waern et coll., 2003, Blow et coll., 2004). Le rôle de la démence, dont la prévalence augmente avec l'âge (Matthews et coll., 2005), comme facteur de risque de suicide n'est pas bien compris (Rubio et coll., 2001, Peisah et coll., 2007). Elle est souvent associée à des symptômes neuropsychiatriques tels que la dépression, la psychose et l'anxiété, qui ont été eux-mêmes identifiés comme des facteurs de risque de suicide. Toutefois, il semblerait que le diagnostic de démence favorise le risque de passage à l'acte suicidaire (Erlangsen et coll., 2008, Purandare et coll., 2009, Wiktorsson et coll., 2010), surtout au début de la maladie démentielle (Conner et coll., 2007, Upadhyaya et coll., 1999), dans les six mois suivant le diagnostic (c'est à dire suite à l'annonce du diagnostic) (Erlangsen et coll., 2008), et en présence d'une symptomatologie dépressive ou d'un sentiment de désespoir (Purandare et coll., 2009) et d'un *insight* (capacités d'autocritique) préservé (Purandare et coll., 2009). Enfin, au cours du vieillissement, la maladie somatique (Harwood et coll., 2006, Paraschakis et coll., 2012), notamment quand elle est source de handicap ou de douleurs, (Dombrowski et coll., 2008b, Hawton et coll., 2009) et l'isolement social ou affectif (Waern et coll., 2003, Blow et coll., 2004) participent aussi au risque de conduites suicidaires à cet âge de la vie.

Alors qu'elle est le facteur clinique le plus prédictif de récurrence chez le sujet jeune, une histoire personnelle de tentative de suicide se retrouve plus rarement chez les suicidants¹ (Conwell et coll., 1998a, 2000) ou les suicidés² âgés (Alexopoulos et coll., 1999, Hawton et coll., 2009). En effet, 75 % des suicidés âgés n'avaient jamais fait de tentative avant leur suicide (Conwell et coll., 1991, Preville et coll., 2005). Chez la personne âgée, l'intention de se suicider est souvent élevée (Pompili et coll., 2008, Conwell et coll., 1998b) et se conjugue avec des moyens choisis souvent plus radicaux et une fragilité organique sous-jacente plus grande que chez la personne plus jeune (Conwell et coll., 2010), ce qui aboutit à une proportion de tentatives de suicide abouties plus grande que pour l'ensemble de la population. De fait, le ratio tentative de suicide/

suicide est extrêmement bas dans les pays occidentaux (Conwell et coll., 2008), de l'ordre de 4/1 chez les personnes âgées versus 200/1 chez les moins de 25 ans (De Leo et coll., 2001, McIntosh, 1985, Conwell et coll., 2008), avec une différence selon le genre : 1.2 tentatives de suicide pour un suicide abouti (1.2/1) chez les hommes âgés contre 3.3/1 chez les femmes âgées (De Leo et coll., 2001).

Ces données inquiétantes s'ajoutent au fait que le nombre de suicides des personnes âgées devrait augmenter à mesure que la population vieillit (Reza et coll., 2001), même si les taux de décès par suicide ont diminué dans ce groupe d'âge au Québec. Or, il y a urgence à trouver des pistes nouvelles de prévention ! À l'heure actuelle, le nombre important des facteurs épidémiologiques et cliniques de risque suicidaire et la complexité de leurs interactions limitent nos capacités de prédiction chez une personne âgée donnée.

Afin de faire la lumière sur des pistes potentielles de prévention du suicide à cet âge de la vie, nous proposons d'aborder les caractéristiques neuropsychologiques des conduites suicidaires, en portant un intérêt particulier aux aspects neurocognitifs impliqués chez la personne âgée tout en soulignant notamment les spécificités au regard du sujet plus jeune.

2. NEUROPSYCHOLOGIE DES CONDUITES SUICIDAIRES

Une revue systématique de la littérature a été conduite pour recueillir les données les plus probantes concernant l'éclairage neuropsychologique des conduites suicidaires.

2.1 Prise de décision altérée

Les suicidants ont tendance à choisir des options qui comportent une plus grande récompense immédiate mais qui se révèlent perdantes à plus long terme (Jollant et coll., 2010), et faire, somme toute, des choix désavantageux. Plus de patients euthymiques (c'est-à-dire sans symptômes d'humeur dépressive ni expansive) ayant des antécédents d'actes suicidaires (notamment ceux qui ont utilisé un moyen violent) prenaient de telles décisions en comparaison à des patients euthymiques sans antécédents suicidaires et à des personnes sans histoire de maladie psychiatrique (Jollant et

¹ Personne qui a fait une tentative de suicide.

² Personne décédée par suicide.

coll., 2010, Jollant et coll., 2005). Trois recherches ont aussi permis de constater un déficit de prise de décision chez des patients d'âge moyen souffrant d'une dépression (Westheide et coll., 2008) ou d'un trouble bipolaire (Malloy-Diniz et al., 2009a, Martino et al., 2010), un constat auquel d'autres études ne sont pas parvenues (Adida et coll., 2011, Gilbert et coll., 2011, Gorlyn et coll., 2013). Fait intéressant, le déficit de prise de décision a également été constaté chez des populations suicidantes d'adolescents (Dougherty et coll., 2009, Mathias et coll., 2011, Oldershaw et coll., 2009, Ackerman et coll., 2014, Bridge et coll., 2012) et de personnes âgées (Clark et coll., 2011, Dombrowski et coll., 2010, Dombrowski et coll., 2011c). Enfin, on a rapporté une faible corrélation chez les suicidants d'âge moyen entre une mauvaise prise de décision et un déficit du contrôle cognitif (Richard-Devantoy et coll., 2013b), ce qui incite à croire que ces deux mécanismes cognitifs peuvent être synergiques, mais indépendants, dans la contribution à un acte suicidaire.

2.2. ALTÉRATION DU CONTRÔLE COGNITIF

2.2.1. Flexibilité cognitive

La flexibilité cognitive se définit comme la capacité à passer d'un registre mental à un autre. Les premières études ont suggéré une plus grande rigidité cognitive des suicidants par rapport aux non-suicidants (Neuringer, 1964), un résultat qui n'a pas toujours été reproduit notamment lors de la rémission de la crise suicidaire (Perrah et coll., 1987). Plus récemment, l'inflexibilité cognitive a été démontrée chez des patients déprimés d'âge moyen suicidants (Keilp et coll., 2001, King et coll., 2000) et suicidaires³ (Marzouk et coll., 2005), ainsi que chez des suicidants âgés (McGirr et coll., 2011). L'inflexibilité cognitive était d'autant plus importante que la létalité de la tentative de suicide était importante (Keilp et coll., 2001).

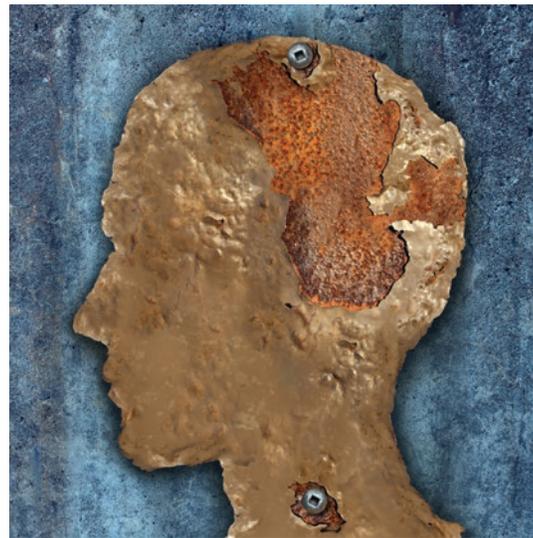
Dans une étude réalisée auprès d'adolescents suicidants, la rigidité cognitive mesurée par la persévérance du nombre d'erreurs au test de cartes de Wisconsin prédisait la survenue d'idées suicidaires à 6 mois (Miranda et coll., 2012). Une autre étude a montré que l'inflexibilité cognitive

existait chez des sujets sains apparentés au premier degré avec des suicidés (McGirr et coll., 2012b), ce qui suggère un caractère héréditaire de ce trait cognitif.

2.2.2. Inhibition cognitive

Chez les sujets d'âge moyen, on suppose un déficit de l'inhibition cognitive, c'est-à-dire la capacité de stopper les informations non essentielles à l'accomplissement d'un acte, d'un geste et d'une action, ou obstruant la concentration et la réflexion, chez des déprimés suicidants (Keilp et coll., 2008, Keilp et coll., 2001, Harkavy-Friedman et coll., 2006) ou suicidaires (Westheide et coll., 2008) au test de Stroop⁴ ou au test de Go/No-Go ; d'autres études n'ont pas retrouvé ce déficit (Marzuk et coll., 2005, Malloy-Diniz et coll., 2009b). Il est intéressant de constater que le déficit de l'inhibition cognitive augmente dans un contexte émotionnel (Williams et coll., 1986, Becker et coll., 1999, Cha et coll., 2010). Dans une version modifiée du test de Stroop, les suicidants mettaient davantage de temps pour lire la couleur des mots reliés au terme suicide (Williams et coll., 1986, Becker et coll., 1999, Cha et coll., 2010) et des mots à tonalité négative (Williams et coll., 1986) que les patients sans histoire de tentative de suicide.

Chez le sujet âgé déprimé, un déficit des différentes fonctions (accès, suppression et freinage) de l'inhibition cognitive a été mis en évidence chez des patients ayant réalisé une tentative de suicide contrairement aux patients déprimés sans histoire de tentative de suicide et à aux personnes sans maladie psychiatrique ni histoire de tentative de suicide (Richard-Devantoy et coll., 2012). Dans une autre étude, les déprimés suicidants à haute-létalité⁵ mettaient davantage de temps pour compléter la condition d'inhibition de la tâche de



Des déficits cognitifs pourraient conduire la personne âgée à ne pas répondre adéquatement aux exigences de son environnement et la mener au suicide.

³ Personne qui a des idées suicidaires mais sans antécédent de tentative de suicide.

⁴ Test de Stroop : L'épreuve est composée de trois planches : une carte de dénomination de couleurs, une carte de lecture de mots (noms de couleurs) et une carte d'interférence (noms de couleurs écrits dans une encre d'une couleur différente). En situation d'interférence, le sujet doit donc inhiber le mécanisme automatique de lecture, les noms écrits incitant à la lecture automatique du mot, pour donner la couleur de l'encre avec laquelle chaque mot est écrit.

⁵ Utilisation d'un moyen avec un haut risque de décès, par exemple la pendaison, et précautions pour ne pas être découvert...

Stroop que les sujets déprimés du groupe de contrôle, que les sujets témoins en bonne santé, et même que les déprimés suicidaires (Richard-Devantoy et coll., 2014b). Cette différence reste significative après la prise en compte du niveau d'éducation, de la performance cognitive globale et de la vitesse de traitement de l'information. Fait intéressant, les déprimés suicidants à faible-létalité⁷ avaient tendance à faire davantage d'erreurs non corrigées dans toutes les conditions, ce qui suggère un déficit attentionnel à la tâche. Ces résultats indiquent que les personnes avec une histoire de tentative de suicide présentent une hétérogénéité cognitive considérable, ce qui joue en faveur d'une analyse spécifique des cas des suicidants en fonction de la létalité de leur geste (Dombrowski et coll., 2011b, Keilp et coll., 2001, McGirr et coll., 2012a).

2.2.3. Fluences verbales

Une réduction de la fluence verbale, laquelle correspond à la capacité à générer des mots en un temps limité, s'est manifestée chez des suicidants déprimés (Keilp et coll., 2001, Bartfai et coll., 1990) présentant un trouble bipolaire de type I, et non chez ceux avec un trouble bipolaire de type II (Harkavy-Friedman et coll., 2006), ni chez des sujets déprimés avec uniquement des idées suicidaires (Marzuk et coll., 2005). Encore une fois, la réduction de la fluence verbale était plus prononcée chez les suicidants à forte létalité que chez les suicidants à faible létalité (Keilp et coll., 2001). Chez les personnes âgées, les résultats étaient contradictoires (King et coll., 2000, Dombrowski et coll., 2008a).

2.2.4. Déficit attentionnel

Des déficits de l'attention ont été significativement plus élevés chez les sujets déprimés suicidants (Keilp et coll., 2012, Keilp et coll., 2008), en particulier chez ceux avec une forte intentionnalité suicidaire (Swann et coll., 2005) et chez ceux qui avaient commis plusieurs tentatives de suicide (Dougherty et coll., 2004). Sans être spécifique, le déficit du contrôle attentionnel peut contribuer à une variété de déficits cognitifs chez les patients suicidaires.

2.3. Atteintes mnésiques associées aux conduites suicidaires

La première méta-analyse sur les fonctions mnésiques associées à la vulnérabilité aux conduites suicidaires a révélé des résultats intéressants (Richard-Devantoy et coll., 2014). Globale-

ment, trois domaines de la mémoire (la mémoire autobiographique - la plus générale -, la mémoire de travail et la mémoire à long terme) étaient davantage altérées chez des patients suicidants que chez des non-suicidants et des personnes saines. Seule la comparaison entre des personnes saines et des patients déprimés non-suicidants révélait une différence de la mémoire à court terme, ce qui porte à croire que le déficit dans ce domaine est principalement lié à la psychopathologie.

3. DISCUSSION

3.1. Le modèle stress-vulnérabilité

Les conduites suicidaires ne sont pas une simple réponse à des facteurs de stress ou à la dépression ; tout sujet déprimé ne passera pas à l'acte. La littérature suggère que les conduites suicidaires puissent être comprises selon un modèle stress-vulnérabilité (Mann, 2003), c'est-à-dire que seuls les sujets les plus vulnérables, soumis à des facteurs de stress, le plus souvent sociaux (licenciement, retraite, divorce, perte d'un être cher, douleur...), sont à risque de passer à l'acte (Mann, 2003). Cette vulnérabilité viendrait particulièrement s'exprimer au cours d'un état de crise comme un épisode dépressif majeur ou une intoxication alcoolique aiguë (Hawton et coll., 2009).

Sur le plan clinique, cette vulnérabilité a été associée à certains traits de personnalité, notamment chez le sujet jeune, en particulier une tendance à l'agressivité, à l'impulsivité et aux émotions négatives (propension à l'émergence de pessimisme, désespoir, de perte d'estime de soi...) (McGirr et coll., 2007). Des niveaux élevés de ces traits faciliteraient l'émergence d'idées suicidaires face à l'adversité, et dans ce contexte, le passage à l'acte (Baca-Garcia et coll., 2001). Une étude a rapporté des niveaux plus élevés d'agressivité chez les suicidés âgés en comparaison de ceux de groupes de contrôle sains (Conner et coll., 2004). Comme le niveau d'impulsivité et d'agressivité tend habituellement à décroître avec l'âge (McGirr et coll., 2008), ces traits de caractère sont moins prononcés que chez les aînés que chez de jeunes suicidés et se retrouvent uniquement chez les aînés les moins âgés (Conner et coll., 2004). Ainsi, les traits de personnalité pathologiques pourraient jouer un rôle moins important chez le sujet âgé que chez les plus jeunes. Finalement, l'influence de facteurs génétiques dans la vulnérabilité suicidaire a été démontrée par des études familiales réalisées avec des

⁷ Utilisation d'un moyen avec un risque plus faible de décès comparativement au groupe à haute-létalité, par exemple l'intoxication médicamenteuse volontaire, et peu de préparatifs et de planification réalisés avant le geste suicidaire.

jumeaux placés en adoption, lesquelles attestent d'un taux d'hérédité d'environ 50 % (Brent et coll., 2005). Toutefois, à notre connaissance, ces études n'ont pas spécifiquement étudié un groupe d'âge ni comparé l'effet de l'âge. Il n'est donc pas exclu que le poids des facteurs génétiques soit différent lorsqu'il est question de suicide de la personne âgée.

Ainsi, il devient de plus en plus évident que les personnes qui tentent de se suicider ou se suicident ont une prédisposition multifactorielle pour ce comportement (Mann, 2003, Turecki et coll., 2012). En plus de l'agressivité impulsive (McGirr et coll., 2007) et de la persistance du désespoir (Szanto et coll., 1998, Beck et coll., 1985), plusieurs études ont mis en évidence un déficit de plusieurs domaines cognitifs, tels que la mémoire autobiographique, la mémoire à long terme et la mémoire de travail (Richard-Devantoy et coll., 2014), la prise de décision, la fluence verbale, et le contrôle cognitif (Richard-Devantoy et coll., 2013a). Ces altérations cognitives rendent compte de la capacité réduite de l'individu à répondre adéquatement aux facteurs

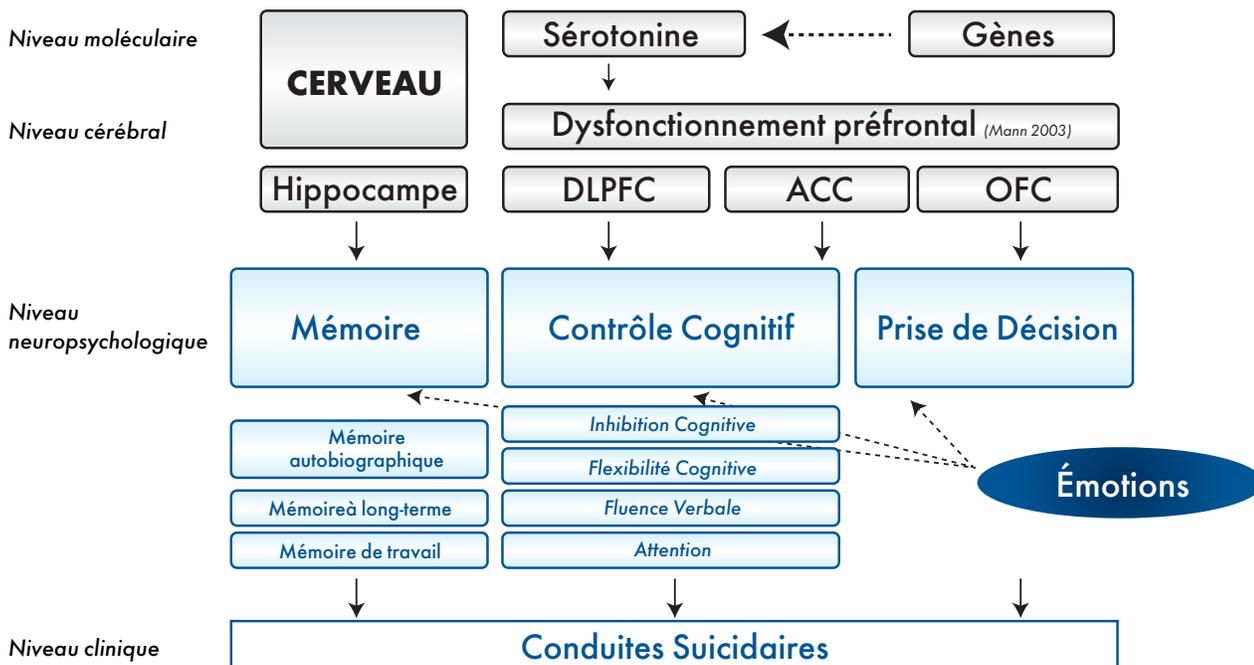
environnementaux stressants, d'où le risque de survenue d'idées ou d'actes suicidaires.

3.2. Anomalies de la prise de décision et de l'inhibition cognitive associées à la vulnérabilité suicidaire de la personne âgée (Figure 1)

Contrairement aux données contradictoires concernant le sujet suicidant d'âge jeune ou d'âge moyen (Keilp et coll., 2012, McGirr et coll., 2011, Martino et coll., 2010, Malloy-Diniz et coll., 2009a, King et coll., 2000, Keilp et coll., 2001, Bartfai et coll., 1990), les suicidants âgés sont moins performants aux tests de flexibilité mentale TMT⁸ (King et coll., 2000, Richard-Devantoy et coll., 2012) ou au WCST⁹ (McGirr et coll., 2011), ce qui révèle que leur flexibilité mentale est relativement altérée, comparée à celle des non-suicidants. L'inflexibilité mentale expliquerait la difficulté du suicidant âgé à générer des solutions alternatives face à l'adversité s'il est envahi par des idéations suicidaires ou des affects négatifs, et ceci d'autant plus que ses capacités d'inhibition cognitive sont moins efficaces.

L'inhibition cognitive, définie comme un processus de suppression active qui réduit l'activation des

Figure 1. Résumé des composantes cognitives en jeu dans la vulnérabilité suicidaire



ACC: Cortex Cingulaire Antérieur; DLPFC: Cortex Préfrontal dorsolatéral; OFC: Cortex Orbito-Frontal.

⁸ Il comprend deux parties : une partie A, dans laquelle le sujet doit relier des chiffres en ordre croissant, répartis de manière aléatoire sur une feuille A4. Dans la partie B, le sujet doit relier alternativement et de manière croissante des chiffres et des lettres (1-A-2-B...).

⁹ Les cartes diffèrent en fonction des formes qui y sont dessinées, de la couleur et du nombre de celles-ci. On demande au participant d'associer une à une les 128 cartes avec l'une des quatre cartes de bases. L'examineur décide si les cartes doivent être classées par couleur, forme ou quantité. En revanche, tout au long du test il ne dit pas au patient comment classer les cartes, il lui indique seulement si l'association avec la carte de base qu'il réalise est bonne ou mauvaise.

stimuli non pertinents en rapport avec la tâche en cours (Miyake et coll., 2000, Shallice et coll., 1991) et qui empêche ces informations non pertinentes de parvenir à la mémoire de travail et de s'y installer (Hasher et coll., 1988, Zacks et coll., 1999), est au cœur des processus de contrôle de l'activité cognitive (Miyake et coll., 2000, Shallice et coll., 1991). Essentielle et centrale dans la coordination des fonctions exécutives, l'inhibition cognitive est un mécanisme clé dans la régulation des émotions, des pensées et des actes (Joormann et coll., 2008) ; son déficit est associé chez le sujet déprimé à une recrudescence de ruminations (Morrison et coll., 2008) à tonalité négative (Joormann et coll., 2010). Ainsi, un déficit de l'inhibition cognitive, présent aussi bien chez le jeune sujet suicidant (Kikuchi et coll., 2012, Keilp et coll., 2001) que chez le sujet âgé (Richard-Devantoy et coll., 2012, Richard-Devantoy et coll., 2011), ne permettrait plus de réduire l'intrusion des idéations suicidaires, parasitant le fonctionnement de la mémoire de travail. Ce déficit faciliterait le développement de la crise suicidaire par le biais d'un manque de régulation de l'état émotionnel (Richard-Devantoy et coll., 2012), avec un impact probable sur la prise de décision. L'interaction entre inhibition cognitive, prise de décision et émotions reste à démontrer.

En outre, une des données les plus solides de la littérature repose sur une prise de décision désavantageuse (la personne prend des décisions dangereuses ou risquées) chez les suicidants en comparaison de témoins affectifs dans des populations d'adolescents (Dougherty et coll., 2009, Mathias et coll., 2011), de sujets d'âge moyen (Malloy-Diniz et coll., 2009a, Roskar et coll., 2007, Westheide et coll., 2008) et âgés (Clark et coll., 2011, Dombrovski et coll., 2011b, Courtet et coll., 2011, Wyart et coll., 2009), suggérant que les anomalies de prise de décision puissent être un facteur cognitif de vulnérabilité suicidaire à tout âge. Chez les personnes âgées, le déficit de prise de décision était associé à des dimensions d'impulsivité et à une incapacité à résoudre un problème d'ordre social (Clark et coll., 2011). Une composante fondamentale de la prise de décision s'enracine dans la capacité à apprendre des expériences passées et à sélectionner les événements antérieurs les plus pertinents pour l'ici et maintenant (Kouneither et coll., 2009).

En comparaison de témoin affectifs, Dombrovski et coll. (Dombrovski et coll., 2010) retrouvaient effectivement chez les suicidants âgés une préférence pour des récompenses ou punitions immédiates à la tâche de Kirby's Monetary Choice. Les auteurs concluaient que les suicidants âgés n'utiliseraient pas les expériences du passé, mais le présent pour prendre une décision, comme si les suicidants âgés étaient aveugles à leur passé (Dombrovski et coll., 2010).

Ainsi, un contrôle cognitif altéré ne permettrait plus une adaptation souple des comportements pour répondre adéquatement au degré d'exigence imposé par la complexité et l'ambiguïté de l'environnement immédiat (McGirr et coll., 2011). Le suicide n'est donc pas un choix, mais bien une absence de choix. Cette hypothèse rejoint et complète les conclusions d'une association entre traits obsessionnels-compulsifs et conduites suicidaires (Harwood et coll., 2001, Diaconu et coll., 2009), ainsi que la théorie de la rigidité cognitive (Neuringer, 1964). Le sujet suicidaire est dans une impasse cognitive et n'entrevoit plus d'autres solutions que le suicide pour faire face à sa situation qu'il juge désespérée ou sans solution.

Enfin, la composante mnésique vient s'ajouter à ce modèle. Une mémoire restreinte des expériences passées peut influencer la capacité de résolution de problèmes (Evans et coll., 1992, Pollock et coll., 2001) et celle d'entrevoir des solutions à long terme. Une tendance plus élevée à généraliser les souvenirs plutôt que d'en évoquer leur particularité, combinée à une diminution de l'efficacité de la mémoire à long terme, peut également empêcher la personne en crise suicidaire d'accéder à diverses stratégies d'adaptation et de résolution de problème stockées et acquises avec l'expérience. Par conséquent, cela peut conduire à un sentiment d'impasse et de désespoir associé à la persistance du problème et à son incapacité à trouver des solutions pour le résoudre.

3.3. Rôle spécifique du vieillissement dans la vulnérabilité suicidaire

Les troubles cognitifs semblent être un facteur qui joue un rôle particulièrement important dans l'émergence, voire la pérennité, d'idées suicidaires chez les personnes âgées (Dombrovski et coll., 2008a). La vulnérabilité suicidaire chez les

personnes âgées pourrait résulter en une plus grande sensibilité des régions préfrontales au vieillissement. Le vieillissement cérébral physiologique s'accompagne d'une atteinte initiale des structures du cortex préfrontal dorsolatéral, suivie de celle des aires ventromédianes (Allain et coll., 2008). Les modifications neuroanatomiques sont plus importantes dans les régions frontales (Haug et coll., 1991) : réduction générale du volume cérébral de 10 % dans le cortex frontal contre 1 % en temporal, pariétal ou occipital ; réduction de la taille cellulaire après 65 ans qui atteint 43 % dans le cortex préfrontal contre 11 % en pariétal et 13 % en occipital. L'atrophie cérébrale au cours du vieillissement affecte les circuits fronto-striato-palido-thalamo-frontaux (Alexander et coll., 1986) connectant le cortex frontal aux noyaux gris centraux, ces boucles jouant un rôle central dans la régulation des comportements, des émotions et des fonctions cognitives complexes. En outre, les anomalies structurales retrouvées dans le putamen des personnes âgées suicidantes étaient associées, lors d'une tâche d'évaluation de choix risqués, à une préférence pour de petites récompenses immédiates au lieu de récompenses plus grosses, mais retardées (Dombrowski et coll., 2011a). Ces données soutiennent l'hypothèse que des anomalies des circuits fronto-limbiques pourraient être impliquées dans la vulnérabilité suicidaire indépendamment des conditions psychopathologiques associées (dépression notamment).

D'autres anomalies cérébrales structurelles plaident en faveur de cette hypothèse chez les personnes âgées déprimées. En comparaison de témoins affectifs, les patients suicidants âgés présentaient des hypersignaux sous-corticaux de la substance blanche (en particulier la substance blanche profonde et périventriculaire) (Ahearn et coll., 2001), une diminution du volume des substances grise et blanche dans le circuit fronto-parieto-cérébelleux et une réduction plus marquée du volume du cortex préfrontal dorso-médian (Hwang et coll., 2010). Les noyaux gris centraux seraient également atteints, en particulier le putamen dont le volume était moindre chez des suicidants que chez des témoins affectifs (Dombrowski et coll., 2011a). La connectivité inter-hémisphérique serait de moins bonne qualité chez les suicidants âgés (Cyprien et coll., 2011).

L'efficacité des processus de régulation cognitive déclinerait avec l'âge, rendant les personnes âgées plus à risque de déficits cognitifs comme l'inhibition cognitive (Wang et coll., 2011) et la prise de décision (Fassberg et coll., 2012). Il n'est pas facile de déterminer si le déclin des capacités de régulation cognitive avec l'âge favorise (déficit de novo) ou bien révèle (déficit pré-existant mais aggravé) la vulnérabilité suicidaire du sujet. En situation de déclin, les capacités de « faire face » à un événement difficile ne seraient plus suffisamment efficaces ; l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, à réduire ou à tolérer les exigences externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu, seraient vains. Face à la variété des situations aversives de la vie, le sujet ne pourrait plus mobiliser préférentiellement certaines stratégies (par exemple, le *coping* centré sur le problème, sur l'émotion ou la recherche de soutien social).

Enfin, il est possible que la vulnérabilité suicidaire repose sur des mécanismes différents selon l'âge : par exemple, la prépondérance des facteurs développementaux précoces marqués par l'impulsivité et l'agressivité chez l'adolescent et le jeune adulte et, en contrepartie, le vieillissement pathologique chez l'adulte âgé. Inversement, certains processus pourraient être assez similaires comme les déficits neurocognitifs (déficit d'inhibition cognitive et de prise de décision par exemple). La comparaison directe entre des sujets jeunes et des sujets âgés est ici nécessaire. De toute évidence, des recherches supplémentaires sont indispensables pour clarifier la nature des relations entre le vieillissement physiologique ou pathologique ainsi celle entre les fonctions exécutives et les comportements suicidaires.

4. PERSPECTIVES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Les conduites suicidaires ne sont donc pas une simple complication d'un événement ou d'un contexte difficile, mais résultent, à un moment donné, d'une rupture de l'équilibre entre des facteurs de vulnérabilité et un environnement. Cette conception multidimensionnelle et interactive des conduites suicidaires implique trois ordres de questions : Une question touchant sa vulnérabilité suicidaire : « *Qu'est-ce qui est dysfonctionnel chez le sujet ?* » ; une question qui porte sur les facteurs

déclencheurs : « *Qu'est-ce qui l'affecte ?* »; et enfin, une question sur ses ressources psychiques et les facteurs de protection internes et externes : « *Qu'est-ce qui peut l'aider ?* » Cette approche offre des outils intéressants pour repérer, mesurer et évaluer le risque suicidaire d'une personne donnée, dans un contexte donné. En outre, la connaissance des facteurs cliniques, biologiques et neurocognitifs de prédisposition aux conduites suicidaires peut révéler le caractère pathologique de la crise suicidaire du sujet âgé et donc la nécessité d'une prise en charge médicale.

Il est encore trop tôt pour utiliser les résultats des études neurobiologiques et neurocognitives dans une perspective de prédiction et de prévention du suicide. Toutefois, les résultats indiquent des pistes de recherche intéressantes. Des marqueurs neurocognitifs potentiels pourraient, en association avec les signes et les symptômes cliniques (Harriss et coll., 2005), contribuer à améliorer le potentiel de prédiction des actes suicidaires chez les patients à haut risque. En outre, l'utilisation des marqueurs neurocognitifs pour élaborer et construire de nouvelles stratégies thérapeutiques (McLennan et coll., 2010), tant pharmacologique que psychothérapeutique ou de neuromodulation. À titre d'exemple, les altérations de l'inhibition cognitive chez les patients âgés déprimés ont été associées à une réponse antidépressive faible et inconstante (Alexopoulos et coll., 2009). L'identification précoce de déficits de l'inhibition cognitive ne faciliterait pas seulement la reconnaissance des personnes âgées déprimées à risque de suicide, mais aiderait aussi le clinicien à ajuster la médication antidépressive (Alexopoulos et coll., 2009).

RÉFÉRENCES

Ackerman, J. P., McBee-Strayer, S. M., Mendoza, K., Stevens, J., Sheftall, A. H., Campo, J. V., et al., 2014. Risk-Sensitive Decision-Making Deficit in Adolescent Suicide Attempters. *J Child Adolesc Psychopharmacol*.

Adida, M., Jollant, F., Clark, L., Besnier, N., Guillaume, S., Kaladjian, A., et al., 2011. Trait-related decision-making impairment in the three phases of bipolar disorder. *Biol Psychiatry*. 70, 357-65.

Ahearn, E. P., Jamison, K. R., Steffens, D. C., Cassidy, F., Provenzale, J. M., Lehman, A., et al., 2001. MRI correlates of suicide attempt history in unipolar depression. *Biol Psychiatry*. 50, 266-70.

Alexander, G. E., DeLong, M. R. & Strick, P. L., 1986. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annual Review of Neuroscience*. 9, 357-381.

Alexopoulos, G. S., Bruce, M. L., Hull, J., Sirey, J. A. & Kakuma, T., 1999. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*. 56, 1048-1053.

Alexopoulos, G. S., Reynolds, C. F. r., Bruce, M. L., Katz, I. R., Raue, P. J., Mulsant, B. H., et al., 2009. PROSPECT Group. Reducing suicidal

ideation and depression in older primary care patients: 24-month outcomes of the PROSPECT study. *The American Journal of Psychiatry*. 166, 882-890.

Allain, P. & Le Gall, D., 2008. Approche théoriques des fonctions exécutives. In: O. Codefroy & Les membres du GREFEX (eds.) *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*. Marseille Solal Editeur.

Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Basurte, E., Prieto, R., Ceverino, A., Saiz-Ruiz, J., et al., 2001. A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 62, 560-4.

Bartels, S. J., Coakley, E., Oxman, T. E., Constantino, G., Oslin, D., Chen, H., et al., 2002. Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 10, 417-427.

Bartfai, A., Winborg, I. M., Nordstrom, P. & Asberg, M., 1990. Suicidal behavior and cognitive flexibility: design and verbal fluency after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 20, 254-66.

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. & Garrison, B., 1985. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 142, 559-63.

Becker, E. S., Strohbach, D. & Rinck, M., 1999. A specific attentional bias in suicide attempters. *J Nerv Ment Dis*. 187, 730-5.

Blow, F. C., Brockmann, L. M. & Barry, K. L., 2004. Role of alcohol in late-life suicide. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*. 28, 48-56.

Brent, D. A. & Mann, J. J., 2005. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 133C, 13-24.

Bridge, J. A., McBee-Strayer, S. M., Cannon, E. A., Sheftall, A. H., Reynolds, B., Campo, J. V., et al., 2012. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 51, 394-403.

Cha, C. B., Najmi, S., Park, J. M., Finn, C. T. & Nock, M. K., 2010. Attentional bias toward suicide-related stimuli predicts suicidal behavior. *J Abnorm Psychol*. 119, 616-22.

Chan, J., Draper, B. & Banerjee, S., 2007. Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 22, 720-732.

Clark, L., Dombrowski, A. Y., Siegle, G. J., Butters, M. A., Shollenberger, C. L., Sahakian, B. J., et al., 2011. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychol Aging*. 26, 321-30.

Conner, K. R., Conwell, Y., Duberstein, P. R. & Eberly, S., 2004. Aggression in suicide among adults age 50 and over. *Am J Geriatr Psychiatry*. 12, 37-42.

Conner, K. R., Duberstein, P. R., Beckman, A., Heisel, M. J., Hirsch, J. K., Gamble, S., et al., 2007. Planning of suicide attempts among depressed inpatients ages 50 and over. *Journal of Affective Disorders*. 97, 123-128.

Conwell, Y. & Cailting, T., 2008. Suicidal behaviors in Elders. *The Psychiatric Clinics of North America*. 31, 333-356.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N. & Caine, E. D., 1998a. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry*. 6, 122-6.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N. & Caine, E. D., 1998b. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 6, 122-126.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., Hirsch, J. K., Conner, K. R., Eberly, S. & Caine, E. D., 2010. Health status and suicide in the second half of life. *Int J Geriatr Psychiatry*. 25, 371-9.

Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., et al., 2000. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc*. 48, 23-9.

Conwell, Y., Olsen, K., Caine, E. D. & Flannery, C., 1991. Suicide in later life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr*. 3, 59-66.

- Conwell, Y., Van Orden, K. & Caine, E. D., 2011. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am.* 34, 451-68, ix.
- Courtet, P., Wyart, M., Jaussent, I., Ritchie, K. & Jollant, F., 2011. Decision making and vulnerability to suicidal behaviour in elderly. *European Psychiatry.* 26, 21-64.
- Cyprien, F., Courtet, P., Malafosse, A., Maller, J., Meslin, C., Bonafe, A., et al., 2011. Suicidal behavior is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry.* 70, 320-6.
- De Leo, D., Padoani, W., Scocco, P. & et al., 2001. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multi-centre Study of Suicidal Behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 16, 300-310.
- Diaconu, G. & Turecki, G., 2009. Obsessive-compulsive personality disorder and suicidal behavior: evidence for a positive association in a sample of depressed patients. *J Clin Psychiatry.* 70, 1551-6.
- Dombrovski, A. Y., Butters, M. A., Reynolds, C. F., 3rd, Houck, P. R., Clark, L., Mazumdar, S., et al., 2008a. Cognitive performance in suicidal depressed elderly: preliminary report. *Am J Geriatr Psychiatry.* 16, 109-15.
- Dombrovski, A. Y., Clark, L., Siegle, G. J., Butters, M. A., Ichikawa, N., Sahakian, B. J., et al., 2010. Reward/Punishment reversal learning in older suicide attempters. *Am J Psychiatry.* 167, 699-707.
- Dombrovski, A. Y., Siegle, G. J., Szanto, K., Clark, L., Reynolds, C. F. & Aizenstein, H., 2011a. The temptation of suicide: striatal gray matter, discounting of delayed rewards, and suicide attempts in late-life depression. *Psychol Med.* 1-13.
- Dombrovski, A. Y., Szanto, K., Duberstein, P., Conner, K. R., Houck, P. R. & Conwell, Y., 2008b. Sex differences in correlates of suicide attempt lethality in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 905-913.
- Dombrovski, A. Y., Szanto, K., Siegle, G. J., Wallace, M. L., Forman, S. D., Sahakian, B., et al., 2011b. Lethal forethought: delayed reward discounting differentiates high- and low-lethality suicide attempts in old age. *Biol Psychiatry.* 70, 138-44.
- Dombrovski, A. Y., Szanto, K., Siegle, G. J., Wallace, M. L., Forman, S. D., Sahakian, B., et al., 2011c. Lethal forethought: delayed reward discounting differentiates high- and low-lethality suicide attempts in old age. *Biological Psychiatry.* 70, 138-144.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh, D. M., Papageorgiou, T. D., Swann, A. C. & Moeller, F. G., 2004. Laboratory measured behavioral impulsivity relates to suicide attempt history. *Suicide Life Threat Behav.* 34, 374-85.
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevet, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., et al., 2009. Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res.* 169, 22-7.
- Erlangsen, A., Zarit, S. H. & Conwell, Y., 2008. Hospital-diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry.* 16, 220-8.
- Evans, J., Williams, J. M., O'Loughlin, S. & Howells, K., 1992. Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychol Med.* 22, 399-405.
- Fassberg, M. M., van Orden, K. A., Duberstein, P., Erlangsen, A., Lapierre, S., Bodner, E., et al., 2012. A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *Int J Environ Res Public Health.* 9, 722-45.
- Gilbert, A. M., Garno, J. L., Braga, R. J., Shaya, Y., Goldberg, T. E., Malhotra, A. K., et al., 2011. Clinical and cognitive correlates of suicide attempts in bipolar disorder: is suicide predictable? *J Clin Psychiatry.* 72, 1027-33.
- Gorlyn, M., Keilp, J. G., Oquendo, M. A., Burke, A. K. & John Mann, J., 2013. Iowa Gambling Task performance in currently depressed suicide attempters. *Psychiatry Res.*
- Harkavy-Friedman, J. M., Keilp, J. G., Grunenbaum, M. F., Sher, L., Printz, D., Burke, A. K., et al., 2006. Are BPI and BPII suicide attempters distinct neuropsychologically? *Journal of Affective Disorders.* 94, 255-259.
- Harriss, L. & Hawton, K., 2005. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. *J Affect Disord.* 86, 223-33.
- Harwood, D., Hawton, K., Hope, T. & Jacoby, R., 2001. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 16, 155-65.
- Harwood, D. M., Hawton, K., Hope, T., Harriss, L. & Jacoby, R., 2006. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med.* 36, 1265-74.
- Hasher, L. & Zacks, R. T., 1988. Working memory, comprehension and aging: a review and a new view. *The Psychology of Learning and Motivation.* 22, 193-225.
- Haug, H. & Eggers, R., 1991. Morphometry of the human cortex cerebri and corpus striatum during aging. *Neurobiol Aging.* 12, 336-338.
- Hawton, K. & van Heeringen, K., 2009. Suicide. *Lancet.* 373, 1372-81.
- Hwang, J. P., Lee, T. W., Tsai, S. J., Chen, T. J., Yang, C. H., Lirng, J. F., et al., 2010. Cortical and subcortical abnormalities in late-onset depression with history of suicide attempts investigated with MRI and voxel-based morphometry. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 23, 171-84.
- Jollant, F., Bellivier, F., Leboyer, M., Astruc, B., Torres, S., Verdier, R., et al., 2005. Impaired decision making in suicide attempters. *Am J Psychiatry.* 162, 304-10.
- Jollant, F., Lawrence, N. S., Olie, E., O'Daly, O., Malafosse, A., Courtet, P., et al., 2010. Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *Neuroimage.* 51, 1275-81.
- Joormann, J. & Gotlib, I. H., 2008. Updating the contents of working memory in depression: interference from irrelevant negative material. *Journal of Abnormal Psychology.* 117, 182-192.
- Joormann, J. & Gotlib, I. H., 2010. Emotion Regulation in Depression: Relation to Cognitive Inhibition. *Cognition & Emotion.* 24, 281-298.
- Keilp, J. G., Gorlyn, M., Oquendo, M. A., Burke, A. K. & Mann, J. J., 2008. Attention deficit in depressed suicide attempters. *Psychiatry Res.* 159, 7-17.
- Keilp, J. G., Gorlyn, M., Russell, M., Oquendo, M. A., Burke, A. K., Harkavy-Friedman, J., et al., 2012. Neuropsychological function and suicidal behavior: attention control, memory and executive dysfunction in suicide attempt. *Psychol Med.* 1-13.
- Keilp, J. G., Sackeim, H. A., Brodsky, B. S., Oquendo, M. A., Malone, K. M. & Mann, J. J., 2001. Neuropsychological dysfunction in depressed suicide attempters. *Am J Psychiatry.* 158, 735-41.
- Kikuchi, T., Miller, J. M., Schneck, N., Oquendo, M. A., Mann, J. J., Parsey, R. V., et al., 2012. Neural responses to incongruency in a blocked-trial Stroop fMRI task in major depressive disorder. *J Affect Disord.* 143, 241-7.
- King, D. A., Conwell, Y., Cox, C., Henderson, R. E., Denning, D. G. & Caine, E. D., 2000. A neuropsychological comparison of depressed suicide attempters and nonattempters. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 12, 64-70.
- Kouneiher, F., Charron, S. & Koechlin, E., 2009. Motivation and cognitive control in the human prefrontal cortex. *Nat Neurosci.* 12, 939-45.
- Malloy-Diniz, L. F., Neves, F. S., Abrantes, S. S., Fuentes, D. & Correa, H., 2009a. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord.* 112, 231-6.
- Malloy-Diniz, L. F., Neves, F. S., Abrantes, S. S., Fuentes, D. & Corrêa, H., 2009b. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *Journal of Affective Disorders.* 112, 231-236.
- Mann, J. J., 2003. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience.* 4, 819-828.
- Martino, D. J., Strejilevich, S. A., Torralva, T. & Manes, F., 2010. Decision making in euthymic bipolar I and bipolar II disorders. *Psychol Med.* 1-9.
- Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C. & Portera, L., 2005. Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scand.* 112, 294-301.

- Mathias, C. W., Dougherty, D. M., James, L. M., Richard, D. M., Dawes, M. A., Acheson, A., et al., 2011. Intolerance to delayed reward in girls with multiple suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav.* 41, 277-86.
- Matthews, F. & Brayne, C., 2005. The incidence of dementia in England and Wales: findings from the five identical sites of the MRC CFA Study. *PLoS Med.* 2, e193.
- McGirr, A., Dombrovski, A. Y., Butters, M. A., Clark, L. & Szanto, K., 2011. Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: Cognitive assessment using the Wisconsin Card Sorting Task. *J Psychiatr Res.*
- McGirr, A., Dombrovski, A. Y., Butters, M. A., Clark, L. & Szanto, K., 2012a. Deterministic learning and attempted suicide among older depressed individuals: cognitive assessment using the Wisconsin Card Sorting Task. *J Psychiatr Res.* 46, 226-32.
- McGirr, A., Jollant, F. & Turecki, G., 2012b. Neurocognitive alterations in first degree relatives of suicide completers. *J Affect Disord.*
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A. & Turecki, G., 2008. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med.* 38, 407-17.
- McGirr, A. & Turecki, G., 2007. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *Current Psychiatry Reports.* 9, 460-466.
- McIntosh, J. L., 1985. Suicide among the elderly: levels and trends. *Am J Orthopsychiatry.* 55, 288-93.
- McLennan, S. N. & Mathias, J. L., 2010. The depression-executive dysfunction (DED) syndrome and response to antidepressants: a meta-analytic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 25, 933-944.
- Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R. & Marroquin, B., 2012. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depress Anxiety.* 29, 180-6.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A. & Wager, T. D., 2000. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cogn Psychol.* 41, 49-100.
- Morrison, R. & O'Connor, R. C., 2008. A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide Life Threat Behav.* 38, 523-38.
- Neuringer, C., 1964. Rigid Thinking in Suicidal Individuals. *J Consult Psychol.* 28, 54-8.
- Oldershaw, A., Grima, E., Jollant, F., Richards, C., Simic, M., Taylor, L., et al., 2009. Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm. *Psychol Med.* 39, 95-104.
- Paraschakis, A., Douzenis, A., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Vassilopoulos, K., Koutsaftis, F., et al., 2012. Late onset suicide: distinction between "young-old" vs. "old-old" suicide victims. How different populations are they? *Arch Gerontol Geriatr.* 54, 136-9.
- Peisah, C., Snowdon, J., Corrie, C., Kril, J. & Rodriguez, M., 2007. Investigation of Alzheimer's disease-related pathology in community dwelling older subjects who committed suicide. *Journal of Affective Disorders.* 99, 127-132.
- Ferrah, M. & Wichman, H., 1987. Cognitive rigidity in suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav.* 17, 251-5.
- Pollock, L. R. & Williams, J. M., 2001. Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide Life Threat Behav.* 31, 386-96.
- Pompili, M., Innamorati, M., Masotti, V., Personne, F., Lester, D., Di Vittorio, C., et al., 2008. Suicide in the elderly: a psychological autopsy study in a North Italy area (1994-2004). *Am J Geriatr Psychiatry.* 16, 727-35.
- Preville, M., Hebert, R., Boyer, R., Bravo, G. & Seguin, M., 2005. Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case-control study. *Aging Ment Health.* 9, 576-84.
- Purandare, N., Voshaar, R. C., Rodway, C., Bickley, H., Burns, A. & Kapur, N., 2009. Suicide in dementia: 9-year national clinical survey in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry.* 194, 175-180.
- Reza, A., Mercy, J. A. & Krug, E., 2001. Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention.* 7, 104-111.
- Richard-Devantoy, S., Annweiler, C., Le Gall, D., Garre, J. B., Olie, J. P. & Beauchet, O., 2011. Cognitive inhibition in suicidal depressed elderly: a case-control pilot study. *J Clin Psychiatry.* 72, 871-2.
- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T. & Jollant, F., 2013a. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychol Med.* 1-11.
- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T. & Jollant, F., 2014. Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry.* 1-23.
- Richard-Devantoy, S., Jollant, F., Kefi, Z., Turecki, G., Olie, J. P., Annweiler, C., et al., 2012. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord.* 140, 193-9.
- Richard-Devantoy, S., Olie, E., Guillaume, S., Bechara, A., Courtet, P. & Jollant, F., 2013b. Distinct alterations in value-based decision-making and cognitive control in suicide attempters: Toward a dual neurocognitive model. *Journal of affective disorders.* 151, 1120-4.
- Roskar, S., Zorko, M., Bucik, V. & Marusic, A., 2007. Problem solving for depressed suicide attempters and depressed individuals without suicide attempt. *Psychiatria Danubina.* 19, 296-302.
- Rubio, A., Vestner, A. L., Stewart, J. M., Forbes, N. T., Conwell, Y. & Cox, C., 2001. Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biological Psychiatry.* 49, 137-145.
- Shah, A., 2011. Elderly suicide rates: a replication of cross-national comparisons and association with sex and elderly age-bands using five year suicide data. *J Inj Violence Res.* 3, 80-4.
- Shallice, T. & Burgess, P. W., 1991. Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain.* 114, 727-741.
- Szanto, K., Reynolds, C. F., 3rd, Conwell, Y., Begley, A. E. & Houck, P., 1998. High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *J Am Geriatr Soc.* 46, 1401-6.
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonte, B. & Mechawar, N., 2012. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends Neurosci.* 35, 14-23.
- Upadhyaya, A. K., Conwell, Y., Duberstein, P. R., Denning, D. & Cox, C., 1999. Attempted suicide in older depressed patients: effect of cognitive functioning. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 7, 317-320.
- Waern, M., Rubenowitz, E. & Wilhelmson, K., 2003. Predictors of suicide in the old elderly. *Gerontology.* 49, 328-334.
- Wang, M., Gambo, N. J., Yang, Y., Jin, L. E., Wang, X. J., Laubach, M., et al., 2011. Neuronal basis of age-related working memory decline. *Nature.* 476, 210-3.
- Westheide, J., Quednow, B. B., Kuhn, K. U., Hoppe, C., Cooper-Mahkorn, D., Hawellek, B., et al., 2008. Executive performance of depressed suicide attempters: the role of suicidal ideation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 258, 414-21.
- Wiktorsson, S., Runeson, B., Skoog, I., Ostling, S. & Waern, M., 2010. Attempted suicide in the elderly: characteristics of suicide attempters 70 years and older and a general population comparison group. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* 18, 57-67.
- Williams, J. M. & Broadbent, K., 1986. Distraction by emotional stimuli: use of a Stroop task with suicide attempters. *Br J Clin Psychol.* 25 (Pt 2), 101-10.
- Wyart, M., Jaussent, I., Ritchie, K., Courtet, P. & Jollant, F., 2009. Étude de la prise de décision dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires chez les personnes âgées de plus de 65 ans. *NPG.* 9, 13.
- Zacks, R. T., Hasher, L. & Radvansky, G., 1999. Studies of directed forgetting in older adults. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition.* 22, 143-156.



COLLOQUE PRÉVENIR LES CHUTES CHEZ LES AINÉS À DOMICILE. **MON AUTONOMIE J'Y TIENS!**

Invitée d'honneur : Régine Laurent, présidente FIQ
Animatrice : Françoise Guénette, journaliste
Conférences, panels, kiosques
Jeudi 8 octobre 2015, de 8 h 30 à 16 h 30
Hôtel Gouverneur Place Dupuis à Montréal
Informations et inscriptions : aqdr.org/colloque2015



AQDR ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE DÉFENSE
DES DROITS DES PERSONNES RETRAITÉES
ET PRÉRETRAITÉES

Services-conseils et accompagnement en recherche d'hébergement pour les 55 ans et plus.

MONTRÉAL, LAVAL, LAURENTIDES, LANAUDIÈRE, MONTÉRÉGIE

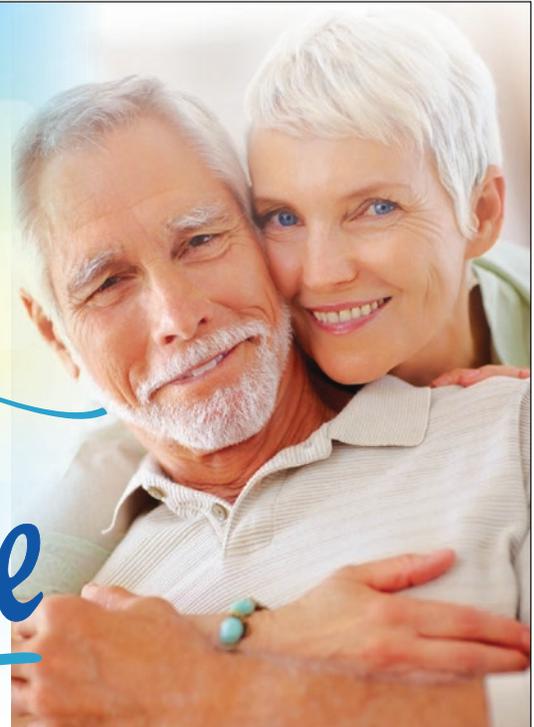
24 heures sur 24
7 jours sur 7

Nous sommes là
pour vous.

450 966.0001 Sans frais 1 855 966.0001
info@plusbelle-lavie.com / www.plusbelle-lavie.com



plus belle
la vie



Vous êtes unique, notre service aussi. Et c'est **GRATUIT!**

GRUPE  PROJACQUES

> PUBLIREPORTAGE

VOS APPAREILS AUDITIFS : ESTHÉTIQUE OU PERFORMANCE ?

Nous sommes maintenant à des lieues du cornet acoustique du XVII^e siècle, mais les personnes malentendantes qui consultent un audioprothésiste pour se procurer leurs premiers appareils auditifs se présentent souvent en clinique avec une seule idée en tête : il ne faut pas que ça paraisse trop !

Les malentendants tiennent à ce que personne ne sache qu'ils portent des appareils auditifs. Ils peuvent porter des lunettes ou des dentiers sans problème, mais ils ne veulent en aucun cas que les gens sachent qu'ils ont des appareils auditifs. Pour eux, appareil auditif rime avec vieillesse.

Lorsque le patient rencontre l'audioprothésiste pour la première fois, bien souvent, il en connaît très peu sur la technologie numérique des appareils auditifs modernes. Il a posé des questions à ses amis porteurs d'appareils auditifs et vient consulter l'audioprothésiste avec comme bagage de connaissances uniquement ce qu'il a entendu – et souvent une foule de préjugés.

Avant de consulter un audioprothésiste, il faut savoir qu'il existe un type d'appareil auditif pour corriger chaque perte auditive de la façon la plus optimale possible, mais que ça ne sera pas nécessairement le plus compact ! Parfois, l'appareil auditif recommandé (selon la perte auditive) ne répond pas en tous points aux critères d'esthétique du patient. Par contre, le type d'appareil auditif suggéré par l'audioprothésiste respectera les besoins auditifs du patient dans le but premier d'améliorer sa capacité à entendre et à comprendre.

Au fil du temps, le malentendant se rend bien compte que ce n'est pas le fait de porter un appareil auditif qui se remarque le plus, c'est le problème auditif lui-même. En effet, ce que les gens remarquent en premier, c'est le fait que le malentendant demande sans cesse de répéter, qu'il fait semblant de comprendre ou que les réponses qu'il donne aux questions qui lui sont posées n'ont parfois pas de rapport.

L'appareil auditif est conçu pour aider le malentendant à corriger ses problèmes de compréhension. C'est pourquoi il est sage de garder à l'esprit que les appareils auditifs doivent être choisis en tenant compte de votre type de perte auditive et de vos besoins d'écoute et de communication.

Une fois qu'ils ont commencé à porter leurs appareils auditifs, les malentendants commencent progressivement à parler de leur problème d'écoute plus librement et expliquent le fonctionnement de leurs appareils auditifs avec moins de gêne. Les femmes vont même jusqu'à porter leurs cheveux plus courts comme elles l'ont toujours souhaité !

Les enfants sont quant à eux beaucoup plus ouverts et ils n'expriment pas le désir d'avoir les plus compacts appareils auditifs possible. Ils préfèrent des appareils auditifs agréables à porter et jolis, de couleur vive ou sur lesquels sont apposés des autocollants de leurs personnages préférés. Un parent qui accepte la surdité de son enfant l'encouragera à porter les appareils auditifs colorés que le jeune aura choisis, et il l'aidera à percevoir sa surdité non pas comme un handicap, mais comme une différence qui le rend unique.

Pour obtenir des conseils quant au choix des appareils auditifs les mieux adaptés à vos besoins, consultez un audioprothésiste.



JULIE CAYA
Audioprothésiste
Clinique Lobe de Longueuil

Lobe

Cliniques en santé auditive et communication

1-866-411-5623 • lobe.ca

AUTOTRAITEMENT GUIDÉ DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE CHEZ LES ÂÎNÉS : UNE VOIE PROMETTEUSE

Résumé : Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un des troubles anxieux les plus répandus chez les personnes âgées et ses retombées négatives sont importantes. Malgré la disponibilité de traitements efficaces, le TAG est sous-traité dans cette population. Les raisons expliquant cette situation sont nombreuses et incluent les difficultés d'accès aux traitements en santé mentale, lesquelles sont particulièrement importantes pour les aînés. Cet article vise à montrer la pertinence d'un autotraitement guidé (ATG) du TAG chez des patients âgés. Le texte est organisé en trois sections. Dans la première section, les traitements existants sont présentés. La deuxième section met en lumière le problème du sous-traitement du TAG chez les aînés. Enfin, la troisième section présente les connaissances actuelles sur l'ATG de l'anxiété et formule des recommandations pour les cliniciens.

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un des troubles anxieux les plus répandus chez les personnes âgées. Il se caractérise principalement par une anxiété excessive et une inquiétude difficile à contrôler, survenant la plupart du temps pendant au moins six mois et reliées à un certain nombre de manifestations ou d'activités. L'anxiété et l'inquiétude sont associées à au moins trois des symptômes suivants : une agitation ou la sensation d'être survolté ou à bout, une grande fatigue, une difficulté à se concentrer ou des trous de mémoire, une irritabilité, une tension musculaire et des troubles du sommeil (American Psychiatric Association, 2013). La prévalence du TAG chez les aînés rapportée dans différentes études varie entre 1,2 % et 7,3 % (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley et Craske, 2010). Les retombées négatives dans cette population sont importantes et incluent un accroissement des limitations fonctionnelles, une moins bonne qualité de vie et une plus grande utilisation des services de soins de santé (Porensky et coll., 2009). Le TAG chez les personnes âgées est en effet associé à un excédent moyen des coûts de santé totaux annuels ajustés par habitant de 2 444 \$ (Vasiliadis et coll., 2013). En raison du vieillissement de la population et donc de l'accroissement du nombre de cas, ces coûts augmenteront considérablement au cours des prochaines années.

TRAITEMENT DU TAG CHEZ LES ÂÎNÉS

La pharmacothérapie est le traitement le plus répandu pour le TAG chez les personnes âgées. Une étude a montré que la moitié des aînés qui ont

un trouble anxieux prennent des comprimés de benzodiazépine et que cette proportion est demeurée inchangée sur une période de neuf années (Benítez et coll., 2008). Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine sont une autre classe de médicaments de plus en plus utilisée dans le traitement des troubles anxieux chez les aînés. Leur action anxiolytique est toutefois plus lente à se faire sentir, ce qui complique souvent l'observance à long terme du traitement (Vasile, Bruce, Goisman, Pagano et Keller, 2005).

La psychothérapie est également utilisée dans le traitement du TAG chez les aînés et l'approche la mieux documentée est la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). La TCC est généralement limitée dans le temps à raison d'une séance par semaine sur une période variant entre 10 et 20 semaines. Elle regroupe diverses composantes, incluant le plus souvent la thérapie cognitive (qui implique un examen critique des croyances associées à l'anxiété et le développement d'un style de pensée plus sain), l'éducation psychologique (par exemple, des informations sur les conditions favorisant le TAG), l'entraînement à la relaxation et l'exposition aux stimuli générant de l'anxiété. L'entraînement à la résolution de problèmes, la prévention de comportements associés aux inquiétudes, l'hygiène du sommeil et l'activation comportementale sont aussi parfois inclus dans la TCC pour les troubles anxieux chez les aînés. Entre les séances, le patient effectue des exercices visant à favoriser l'intégration des différents aspects du traitement.



PHILIPPE LANDREVILLE, Ph. D.
PROFESSEUR TITULAIRE
ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ LAVAL
CHERCHEUR RÉGULIER
CENTRE DE RECHERCHE
DU CHU DE QUÉBEC



PATRICK GOSSELIN
PROFESSEUR TITULAIRE,
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
CHERCHEUR, INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ
ET SERVICES SOCIAUX-CENTRE
INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE



SÉBASTIEN GRENIER, Ph. D.
PROFESSEUR
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
CHERCHEUR
CENTRE DE RECHERCHE DE
L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE
GÉRIATRIE DE MONTRÉAL

* ET AUTRES COLLABORATEURS
ET COLLABORATRICES

* Ont aussi collaboré à cet article : Carol Hudon, professeur titulaire, École de psychologie, Université Laval, chercheur, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec; Dominique Lorrain, professeure titulaire, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS

Outre l'efficacité, d'autres aspects doivent être considérés dans le choix d'un traitement.

L'efficacité des traitements du TAG chez les personnes âgées a fait l'objet de plusieurs études contrôlées. Une méta-analyse de Goncalves et Byrne (2012) a montré que les personnes âgées souffrant d'un TAG bénéficient de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques. Une autre méta-analyse (Gould, Coulson et Howard, 2012) a confirmé l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux chez les personnes âgées, mais les résultats suggèrent une efficacité moindre chez ces dernières que chez les personnes jeunes.

Outre l'efficacité, d'autres aspects doivent être considérés dans le choix d'un traitement. En ce qui concerne la pharmacothérapie, il est important de considérer les effets secondaires indésirables et les interactions médicamenteuses. La plupart des aînés consomment des médicaments sur une base régulière. L'ajout d'un nouveau médicament accroît le risque d'une interaction délétère. Par ailleurs, l'utilisation à long terme des benzodiazépines présente un risque élevé de dépendance et est associée à la détérioration du fonctionnement

cognitif et à davantage d'incapacité. La psychothérapie comporte également des limites et des désagréments potentiels, quoique moins dommageables. Par exemple,

le patient doit s'impliquer activement et de façon soutenue dans son traitement. Comme les aînés préfèrent la psychothérapie à la pharmacothérapie pour le traitement de l'anxiété (Mohlman, 2012) et la considèrent plus acceptable pour le traitement du TAG (Gaudreau, Landreville, Carmichael, Champagne et Camateros, 2014), on peut penser que ce type d'intervention serait plus utilisé s'il était plus accessible.

SOUS-TRAITEMENT DU TAG CHEZ LES AÎNÉS

Malgré la disponibilité de traitements pharmacologiques et psychologiques efficaces, le TAG est clairement ignoré par les aînés. Parmi ceux ayant ce trouble, moins du tiers ont cherché de l'aide professionnelle au cours d'une année (Mackenzie, Reynolds, Chou, Pagura et Sareen, 2011). Le sous-traitement des troubles mentaux en général chez les aînés est bien connu, mais ce problème est particulièrement important dans le cas du TAG. Seulement le quart des patients âgés atteints rapportent avoir utilisé les services de santé pour leurs symptômes de détresse psychologique au

cours d'une année. Ce taux est plus faible que celui pour l'ensemble des troubles de santé mentale et, notamment, celui pour le trouble dépressif majeur (Prévile et coll., 2008).

La sous-utilisation des traitements en santé mentale par les aînés dépend de plusieurs facteurs. Le dépistage est difficile entre autres raisons parce que les aînés ont tendance à minimiser ou à ne pas rapporter leurs symptômes. Il peut être utile d'utiliser des outils de dépistage rapides à administrer et adaptés aux aînés, tels que le Geriatric Anxiety Inventory (Pachana et coll., 2007) (une version canadienne-française du GAI est disponible à l'adresse <http://gai.net.au/>). Par ailleurs, différentes caractéristiques des patients, incluant l'âge avancé, le sexe féminin, le fait d'être marié, et un faible revenu sont associés à une moins grande utilisation de la psychothérapie par les aînés (Cully et coll., 2008). Les pratiques et les attitudes des professionnels de la santé sont également à considérer à cet égard.

Le sous-traitement d'un trouble comme le TAG peut aussi s'expliquer en fonction des difficultés d'accès aux traitements en santé mentale, lesquelles sont particulièrement importantes pour les aînés. Les obstacles les plus fréquents à l'utilisation des soins en santé mentale sont d'ordre pratique et incluent la difficulté à se déplacer et le manque de transport (Gum, Iser et Petkus, 2010). Les difficultés d'accès rendent encore plus ardues la poursuite d'un traitement pour les personnes âgées vivant en milieu rural. Pour bien comprendre la situation, il faut tenir compte de l'ampleur des problèmes de mobilité chez les aînés. Près d'un aîné sur dix âgé de 65 à 74 ans ne peut marcher, a besoin d'un soutien mécanique ou d'un fauteuil roulant ou de l'aide d'une autre personne pour se déplacer. Cette proportion grimpe à une personne sur deux chez les aînés de 85 ans et plus. En ce qui concerne la conduite d'une automobile, la proportion de personnes âgées détenant un permis de conduire en règle passe de 85 %, chez les gens de 65 à 74 ans, à seulement 60 % chez ceux de plus de 85 ans (Statistique Canada, 2006). Les problèmes de déplacement sont amplifiés dans les pays comme le Canada, où les distances sont grandes et où le climat rude peut rendre les déplacements difficiles, voire impossibles, durant une bonne partie de l'année. Les difficultés d'accès représentent un obstacle spécialement pour la psychothérapie laquelle est basée sur des

rencontres hebdomadaires avec un psychothérapeute.

Ces difficultés d'accès au traitement chez les aînés sont aggravées par les complications à trouver des professionnels formés et disponibles pour offrir les thérapies en face à face. Swinson, Cox, Kerr, Kuch et Fergus (1992) ont recensé les hôpitaux canadiens dotée d'une clinique spécialisée pour l'anxiété. Sur 117 hôpitaux, seulement 18 (15 %) avaient de telles cliniques. Des observations plus récentes indiquent qu'encore beaucoup d'efforts restent à faire afin de rendre les traitements psychologiques disponibles aux patients (Gosselin, 2011). La Société canadienne de psychologie, dans son rapport intitulé « An imperative for change : access to psychological services for Canada » (Peachey, Hicks et Adams, 2013), décrit la demande toujours grandissante de services de psychothérapie adaptés et souligne les besoins auxquels la structure actuelle des systèmes de santé ne répond pas.

L'AUTOTRAITEMENT GUIDÉ : UNE VOIE PROMETTEUSE POUR LE TAG CHEZ LES AÎNÉS

L'autotraitement par des lectures est parmi les pistes prometteuses pour l'anxiété chez les aînés (Lenze et Wetherell, 2011). Un autotraitement guidé (ATG) est un traitement psychologique que le patient apprend à utiliser depuis son domicile de façon plus ou moins autonome. Le patient est guidé dans son apprentissage par des consignes (écrites ou enregistrées) balisant l'application des procédures du traitement ainsi que par un thérapeute avec lequel il communique habituellement à distance par téléphone ou courrier électronique. La durée des échanges avec le patient est beaucoup plus courte lors d'un ATG que lors d'une psychothérapie et le rôle du thérapeute se limite à soutenir le patient dans sa démarche. Les principes qui sous-tendent un ATG et les techniques enseignées au patient peuvent être les mêmes que dans une psychothérapie. Par exemple, le contenu d'un ATG basé sur les principes de la TCC (ATG-TCC) est similaire à la TCC elle-même. La différence se trouve dans le rôle central du patient dans l'acquisition de ce contenu dans un ATG. La pertinence d'un ATG dans les soins de première ligne et de santé mentale est reconnue et son implantation est recommandée (Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés, 2011; Mental Health Commission of Canada, 2012). Les avantages d'un ATG pour le TAG sont nombreux : (a) il

procure une approche à long terme pour aider les personnes souffrant de ce trouble chronique, (b) il constitue une alternative à la psychothérapie pour les personnes qui ne se sentent pas comprises par les professionnels de la santé et (c) il constitue une alternative lorsque l'accès aux services psychologiques traditionnels est difficile (McIntosh et coll., 2004). En outre, les aînés ne pensent pas qu'un ATG du TAG présente plus d'effets négatifs (par exemple, des risques associés au traitement) qu'une psychothérapie en face à face bien qu'ils considèrent que ces deux traitements ont moins d'effets négatifs qu'une médication (Gaudreau, Landreville, Carmichael, Champagne et Camateros, 2014).

Quelques travaux ont déjà examiné l'utilité d'un ATG basé sur les principes de la TCC (ATG-TCC) pour l'anxiété chez les aînés. Van Boeijen, van Oppen, van Balkom, et van Dyck (2007) ont testé l'efficacité de ce type de traitement auprès de cinq patients recevant des soins de première ligne et souffrant d'un trouble panique (TP) ou d'un TAG. Deux participants présentaient un TAG et étaient âgés de 60 et 63 ans. Le traitement a eu un effet positif important sur toutes les mesures pour l'échantillon dans son ensemble et deux participants étaient considérés comme rétablis. Cependant, les bénéfices pour les participants ayant un TAG étaient mitigés. L'un d'entre eux n'a montré aucune amélioration cliniquement significative. Pour l'autre participant, le traitement était de trop courte durée pour permettre une amélioration suffisante et il a commencé une psychothérapie après avoir terminé le manuel d'autotraitement. Les auteurs ont conclu que le traitement s'est avéré plus efficace pour les patients présentant un TP que ceux ayant un TAG.

Van't Veer-Tazelaar et ses collègues (2011) ont évalué les effets à long terme d'un programme préventif de soins graduels sur l'incidence des troubles anxieux et dépressifs chez les aînés de plus de 75 ans. Les participants présentaient des symptômes anxieux ou dépressifs, mais ne répondaient pas aux critères d'un trouble anxieux ou dépressif. Ils étaient donc à risque de développer un tel trouble. Ils ont été dirigés aléatoirement vers une intervention préventive ou vers les soins habituels. L'intervention préventive impliquait l'attente vigilante (qui consiste à laisser passer le temps

Les aînés préfèrent la psychothérapie à la pharmacothérapie pour le traitement de l'anxiété.

avant d'appliquer un traitement), un autotraitement avec soutien minimal, un traitement de résolution de problèmes, et une référence à un médecin de soins primaires pour une médication, si nécessaire. L'autotraitement était composé de deux éléments : (a) une brochure contenant des informations sur l'anxiété et la dépression et des conseils simples sur la façon d'y faire face et (b) un manuel d'autotraitement de la dépression incluant des techniques pour gérer l'anxiété. Les participants étaient soutenus dans leur démarche par une infirmière lors de visites ou d'appels téléphoniques. Pour la plupart des participants, l'intervention préventive s'est déroulée au cours des 12 premiers mois de l'étude. Les résultats ont montré qu'elle diminue de moitié l'incidence des troubles anxieux et dépressifs sur 24 mois.

Dans l'étude de Zou et coll. (2012), des personnes âgées présentant des symptômes anxieux ont participé à un programme disponible sur Internet et composé de cinq leçons, de devoirs, de ressources écrites supplémentaires (par exemple, sur l'hygiène du sommeil et l'affirmation de soi), d'un forum de discussion modérée et du soutien téléphonique hebdomadaire d'un psychologue clinicien. Tous les participants ont complété les cinq leçons à l'intérieur d'une période de huit semaines. Les résultats montrent une réduction des symptômes du TAG de même que des symptômes d'anxiété, de stress et de dépression à la suite du traitement et lors d'un suivi trois mois plus tard. Les participants ont exprimé des niveaux élevés de satisfaction à l'égard du programme.

Nous avons récemment développé un ATG-TCC du TAG chez les aînés, basé sur le protocole de Dugas et ses collègues (Dugas et coll., 2003). Le traitement est d'une durée de 15 semaines et consiste essentiellement en des lectures et des exercices que l'aîné réalise sous la supervision régulière d'un thérapeute. Le manuel du patient contient huit modules correspondant aux thèmes présentés dans le tableau 1. La plupart des séances avec le thérapeute se font à distance par téléphone. L'ATG-TCC a montré des résultats très prometteurs dans une étude conduite auprès de trois personnes âgées entre 66 et 70 ans et répondant aux critères d'un TAG (Landreville, Gosselin, Grenier, Hudon et Lorrain, soumis). Les participants ont été recrutés par des affiches placées dans des centres socio-culturels et de santé. Deux des participants demeuraient dans une résidence privée pour retraités et le troisième participant demeurait dans un appartement loué. Un étudiant diplômé en psychologie clinique avec deux ans d'expérience supervisée en TCC pour les troubles anxieux a agi comme thérapeute. Il a été supervisé chaque semaine par un psychologue. Un protocole à cas uniques à niveaux de base multiples a été utilisé. Dans ce type de protocole, on compare le fonctionnement du participant avant le traitement, c'est-à-dire durant le niveau de base, à son fonctionnement à la suite de l'introduction du traitement. Le niveau de base varie pour les différents participants de façon à vérifier qu'un changement dans le fonctionnement survient au moment de l'introduction du traitement. Des données ont été recueillies dans un agenda quotidien des inquiétudes, dans lequel le participant notait le temps passé à s'inquiéter, le degré de tension ressenti et le degré de satisfaction par

Tableau 1. Thèmes correspondant aux modules du manuel du patient

1.	Objectifs de la thérapie et éléments de base de l'anxiété
2.	Relaxation
3.	Tolérer l'incertitude
4.	Planification d'activités plaisantes
5.	Remise en question des fausses croyances au sujet des inquiétudes
6.	Entraînement à la résolution de problèmes
7.	Exposition en imagination
8.	Prévention de la rechute

rapport à sa qualité de vie. D'autres données ont été obtenues dans le cadre d'évaluations par un clinicien et par des questionnaires d'autoévaluation. La collecte de données a été effectuée à différents moments : avant le début du traitement, après le traitement et 6 et 12 mois après la fin du traitement. À la suite du traitement, les participants ont montré une amélioration quant à leurs inquiétudes, à la sévérité du TAG, à certaines variables du processus psychologique ciblées par le traitement (par exemple, l'intolérance à l'incertitude, à savoir la difficulté à accepter le fait qu'il n'est pas complètement impossible qu'un événement négatif puisse se produire malgré sa faible probabilité) et aux variables secondaires associées au TAG (par exemple, la dépression). Ces résultats se sont en général maintenus jusqu'à 12 mois après la fin du traitement. Les participants avaient une opinion plutôt favorable du traitement.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

Les résultats présentés plus haut sont encourageants bien qu'il faudra des études plus étoffées pour conclure à l'efficacité d'un ATG pour les aînés présentant un TAG. Différents travaux ont déjà démontré que les adultes ayant suivi un ATG-TCC pour le TAG ont plus d'effets positifs que le groupe de contrôle en attente de recevoir un traitement et que les effets du traitement se maintiennent plusieurs mois (Paxling et coll., 2011; Titov, Andrews, Johnston, Robinson et Spence, 2010). Il semble donc justifié de poursuivre la recherche pour évaluer l'efficacité de ce type de traitement pour des patients âgés. Les recherches futures pourraient aussi nous éclairer sur les modalités à privilégier (téléphone, internet, etc.), les différentes applications possibles (par exemple, pour les aînés confinés à la maison, pour ceux vivant en zone rurale, etc.) et le rapport coût-bénéfice du traitement en comparaison aux soins habituels.

Nous avons mis en relief les avantages d'un ATG, mais les cliniciens doivent aussi en connaître les limites. En l'absence de la présence physique du patient, le clinicien utilisant le téléphone ne peut pas observer le langage non verbal de ce dernier. Il s'agit pourtant d'une source d'information très utile en psychothérapie. Les technologies de télécommunication permettent les interactions combinant le son et l'image, mais plusieurs aînés ne possèdent pas l'équipement requis. De plus, le rôle limité de soutien du thérapeute prive le patient d'un traitement plus personnalisé et de méthodes



Dans un contexte d'autotraitement guidé du trouble d'anxiété généralisée, aîné et thérapeute communiquent par téléphone sur une base régulière. Pas de problème de déplacement !

fréquemment utilisées en psychothérapie (par exemple, le jeu de rôle). En outre, les problèmes visuels, auditifs et cognitifs représentent des obstacles potentiels à l'utilisation d'un ATG. Les cliniciens doivent donc bien évaluer si un ATG convient à leurs patients. À défaut d'utiliser un ATG, le recours à certains éléments de ce type de traitement, tels que des lectures, peut être envisagé dans le cadre d'une psychothérapie. Les cliniciens doivent aussi savoir qu'un traitement psychologique à distance pose des défis éthiques et déontologiques particuliers (par exemple, la protection de patients vulnérables, notamment ceux qui présentent un risque suicidaire) et peut comporter des aspects légaux (par exemple, l'obligation de détenir un permis pour offrir des services à distance dans le territoire où réside le patient). Il faut donc tenir compte des lignes directrices des organismes encadrant la pratique professionnelle. L'Ordre des psychologues du Québec (2013) a produit un guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie.

Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation du nombre d'aînés présentant un TAG bien que peu d'entre eux reçoivent un traitement. Les besoins de services en santé mentale de la population âgée de même que la difficulté d'accès de cette population à des traitements comme la psychothérapie appellent à l'innovation. Un ATG représente un moyen de répondre aux

besoins de traitement des aînés présentant un TAG qui mérite d'être considéré. Il faut cependant pousser plus loin la recherche sur cette forme de traitement.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5* (5^e ed.). Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Benítez, C. I. P., Smith, K., Vasile, R. G., Rende, R., Edelen, M. O. et Keller, M. B. (2008). Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders : A longitudinal and prospective study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 5-13.
- Cully, J. A., Tolpin, L., Henderson, L., Jimenez, D., Kunik, M. E. et Petersen, L. A. (2008). Psychotherapy in the veterans health administration : Missed opportunities ? *Psychological Services*, 5, 320-331.
- Dugas, M., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D. et Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder : treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Gaudreau, C., Landreville, P., Carmichael, P.-H., Champagne, A. et Camateros, C. (2014). Older adults' rating of the acceptability of treatments for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Gerontologist*, 38(1), 68-87.
- Goncalves, D. C. et Byrne, G. J. (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults : Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 1-11.
- Gosselin, P. (2011). *La formation des intervenants sur le trouble d'anxiété généralisée et le trouble obsessionnel-compulsif*. Projet ministériel financé par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et Sports.
- Gould, R. L., Coulson, M. C. et Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people : A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229.
- Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés. (2011). *Énoncé de principes conjoint : L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée*. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(6), 1-12.
- Gum, A. M., Iser, L. et Petkus, A. J. (2010). Behavioral health service utilization and preferences of older adults receiving home-based aging services. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 491-501.
- Landreville, P., Gosselin, P., Grenier, S., Hudon, C. et Lorrain, D. (sous presse). *Guided self-help for generalized anxiety disorder in older adults*. *Aging & Mental Health*
- Lenze, E. J. et Wetherell, J. L. (2011). Anxiety disorders : New developments in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 301-304.
- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J. et Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 305-315.
- McIntosh, A., Cohen, A., Turnbull, N., Esmonde, L., Dennis, P., Eatock, J., Salkovskis, P. (2004). *Clinical Guidelines and Evidence Review for Panic Disorder and Generalised Anxiety Disorder*. Sheffield/London : University of Sheffield/National Collaborating Centre for Primary Care.
- Mental Health Commission of Canada. (2012). *Changing directions, changing lives : The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB : Mental Health Commission of Canada.
- Mohlman, J. (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and Aging*, 27, 1182-1190.
- Ordre des psychologues du Québec. (2013). Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie Récupéré le 6 février 2015 à l'adresse : http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/2013_Guide_de_pratique_concernant_l'exercice_de_la_telepsychologie.pdf
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddie, H., Koloski, N., Harley, E. et Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103-114.
- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T. et Andersson, G. (2011). Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder : A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(3), 159-173.
- Peachey, D., Hicks, V. et Adams, O. (2013). An imperative for change : access to psychological services for Canada. A report to the Canadian Psychological Association. Toronto, Ontario : Health Intelligence Inc.
- Porensky, E. K., Dew, M. A., Karp, J. F., Skidmore, E., Rollman, B. L., Shear, M. K. et Lenze, E. J. (2009). The burden of late-life generalized anxiety disorder : effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(6), 473-482.
- Prévile, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punt, R., The Committee of the ESA study. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in the Quebec older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Statistique Canada. (2006). Un portrait des aînés au Canada (No 89-519-XIF au catalogue). Ottawa : Statistique Canada.
- Swinson, R. P., Cox, B. J., Kerr, S. A., Kuch, K. et Fergus, K. D. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 188-191.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E. et Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders : A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 890-899.
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W. J., van Oppen, P., van der Horst, H. E., Smit, F., Cuijpers, P. et Beekman, A. T. F. (2011). Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months : A pragmatic randomized trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 230-239.
- van Boeijen, C. A., van Oppen, P., van Balkom, A. L. J. M. et van Dyck, R. (2007). Treatment of panic disorder and/or generalized anxiety disorder with a guided self-help manual : An analysis in single cases. *Clinical Case Studies*, 6(3), 277-291.
- Vasile, R. G., Bruce, S. E., Goisman, R. M., Pagano, M. et Keller, M. B. (2005). Results of a naturalistic longitudinal study of benzodiazepine and SSRI use in the treatment of generalized anxiety disorder and social phobia. *Depression and Anxiety*, 22, 59-67.
- Vasiliadis, H.-M., Dionne, P.-A., Prévile, M., Gentil, L., Berbiche, D. et Latimer, E. (2013). The Excess Healthcare Costs Associated With Depression and Anxiety in Elderly Living in the Community. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 536-548.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A. et Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults : a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211.
- Zou, J. B., Dear, B. F., Titov, N., Lorian, C. N., Johnston, L., Spence, J., Sachdev, P. (2012). Brief internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety in older adults : A feasibility trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 650-655.

Déménagement

CA

Service d'accompagnement

PRESTIGE

www.demenagementca.com

(514) (450) (800) 668-5203

65 ans +

10%
de rabais

Évaluation	Triage	Entreposage
Planification	Emballage	Décoration
Coordination	Déballage	Plan 2D

LA DÉPENDANCE AUX BENZODIAZÉPINES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES SOUFFRANT D'ANXIÉTÉ OU D'INSOMNIE

UN PHÉNOMÈNE COMPLEXE AUX CONSÉQUENCES SÉRIEUSES

Résumé : Plusieurs personnes âgées qui consomment des benzodiazépines (BZD) pour soulager leur anxiété ou pour mieux dormir finissent par développer une dépendance aux médicaments. Comment cette dépendance se développe-t-elle chez les aînés? Quelles sont les conséquences? Comment aider une personne âgée à se passer des BZD? Cet article répondra à ces questions en présentant : 1) des données québécoises sur la consommation de BZD chez les 65 ans et plus; 2) un modèle systémique qui permet de mieux comprendre la consommation prolongée de BZD chez les personnes âgées et 3) des stratégies d'intervention (basées sur l'approche cognitivo-comportementale) qui peuvent faciliter le sevrage des BZD chez les consommateurs âgés. Ces stratégies d'intervention novatrices permettent aux consommateurs âgés de mieux gérer leur anxiété et leur insomnie sans avoir recours aux médicaments.

COMBIEN D'ÂÎNÉS EN PRENNENT ET QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES ?

Au Québec, environ le tiers des personnes de 65 ans et plus consomment des benzodiazépines (BZD) comme Ativan^{MC}, Rivotril^{MC}, Serax^{MC}, Xanax^{MC}, etc., depuis en moyenne 6-7 mois (Préville M., Bosse C., Vasiliadis H. M., Voyer P., Laurier C., Berbiche D. et Moride Y., 2012). Ce taux de consommation est environ sept fois plus élevé que chez les 18-64 ans (Préville, Hébert, Boyer et Bravo, 2001). Les BZD sont habituellement prescrites aux personnes âgées pour traiter les problèmes d'anxiété et d'insomnie (Balestrieri et coll., 2005; Cook, Biyanova, Masci et Coyne, 2007; Préville, M., Vasiliadis, H. M., Bosse, C., Dionne, P.-A., Voyer, P. et Brassard, J. 2011), mais plusieurs recherches remettent en question leur sécurité, leur innocuité et leur efficacité pour les aînés. En effet, comparativement aux jeunes adultes, les personnes âgées métabolisent et éliminent les BZD plus lentement, ce qui augmente les risques d'intoxication et le nombre d'effets indésirables (Lindsey, 2009; Wynne, 2005). La consommation prolongée de BZD peut de ce fait provoquer des problèmes de stabilité (ce qui augmente les risques de chute et d'hospitalisation), de mémoire et de concentration chez les personnes âgées en plus de détériorer leur santé physique et leur qualité de sommeil (Béland, S. G., Préville, M., Dubois, M.-F., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P. et Moride, Y., 2010; Béland, S. G., Préville, M., Dubois, M. F., Lorrain, D., Voyer, P.,

Bosse, C. et Moride, Y. 2011; Béland et coll., 2011; Bierman et coll., 2007; Gleason et coll., 1998; Gray et coll., 2006; Lader, 2012; Landi et coll., 2002; Quevillon et Bédard, 2003). Une étude récente a même suggéré que la consommation de BZD augmente les risques de développer la maladie d'Alzheimer (Billioti de Gage et coll., 2014).

Par ailleurs, en plus des effets secondaires iatrogènes énumérés, la consommation prolongée de BZD (parfois seulement de quelques semaines) peut mener à une dépendance physique et psychologique. Au Québec, près de 10 % des consommateurs âgés de BZD souffrent d'un trouble de dépendance sévère (Voyer, Préville, Cohen, Berbiche et Béland, 2010). Ce taux de dépendance est probablement plus élevé que chez les adultes plus jeunes, mais des études sont nécessaires pour le confirmer. La consommation prolongée de BZD peut aussi occasionner des effets paradoxaux (p. ex. : augmentation de l'anxiété et de l'insomnie) s'intensifiant au fur et à mesure que l'accoutumance (ou la tolérance) se développe (Ashton, 2005; Authier et coll., 2009). Autrement dit, plus la personne âgée consomme des BZD depuis longtemps, plus elle doit augmenter la dose pour atteindre l'effet thérapeutique désiré (c'est l'accoutumance), plus elle devient dépendante et plus elle risque de vivre des effets paradoxaux.



SÉBASTIEN GRENIER, Ph. D.
CHERCHEUR
CENTRE DE RECHERCHE DE L'INSTITUT
UNIVERSITAIRE DE GÉRIATRIE DE
MONTRÉAL (CRIUGM)
PROFESSEUR ADJOINT
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

VIRGINIE PROULX-TREMBLAY, B. Sc.
ÉTUDIANTE À LA MAÎTRISE
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

GUILHÈME PÉRODEAU, Ph. D.
PROFESSEURE
DÉPARTEMENT DE PSYCHOÉDUCATION
ET DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

FETHIA BENYEBDRI, Ph. D.
PROFESSIONNELLE DE
RECHERCHE
CRIUGM

CAROLINE DESROSIERS, Ph. D.
PSYCHOLOGUE CLINICIENNE
PROFESSIONNELLE DE
RECHERCHE
CRIUGM

DIANA CRUZ-SANTIAGO, M.D.
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE
GÉRIATRIE DE MONTRÉAL (IUGM)
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE
FAMILIALE ET DE MÉDECINE
D'URGENCE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL



Au Québec, environ le tiers des personnes âgées consomment des benzodiazépines, un taux sept fois plus élevé que chez les 18-64. Or, les risques d'intoxication et d'effets indésirables sont plus élevés chez les aînés.

COMMENT LES AINÉS DEVIENNENT-ILS DÉPENDANTS AUX BZD ?

Le développement d'une dépendance aux BZD est un phénomène complexe qui s'explique par plusieurs facteurs personnels, psychologiques et sociaux interagissant les uns avec les autres. Le modèle systémique de la consommation de calmants développé par Pérodeau et ses collègues (Pérodeau, Grenon, Grenier et O'Connor, 2015; Pérodeau G., Grenon, É., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I. et Suissa, A., 2008; Pérodeau, Paradis, Grenier, O'Connor et Grenon, 2011) précise que les six éléments suivants contribuent au déclenchement et au maintien de la prise de BZD chez les gens de 50 ans et plus : 1) les antécédents; 2) le processus de prescription; 3) les dispositions personnelles; 4) les variables intermédiaires; 5) les facteurs socioculturels; et 6) les stratégies cognitives de maintien.

Concernant les antécédents, des études récentes suggèrent que les personnes âgées en perte d'autonomie amorcent habituellement leur consommation de BZD à la suite d'un événement stressant, comme l'apparition d'une maladie, l'hospitalisation ou la perte d'un proche (Pérodeau, Grenon et coll., 2008; Pérodeau, Paradis, Ducharme, Collin et St-Jacques, 2003). Le processus de prescription débute par l'apparition des premiers symptômes d'anxiété ou d'insomnie en réaction à cet événement stressant. La personne âgée consulte ensuite un médecin qui, après avoir identifié un événement

ponctuel, décide de prescrire une BZD. Cette prescription peut alors se renouveler plusieurs fois parce que le médecin ne voit pas de problème en soi, n'a pas d'alternative ou parce que le patient préfère le statu quo. Le renouvellement répété de la prescription favorise le développement d'une dépendance et par conséquent, l'arrêt des BZD devient plus difficile en raison des symptômes de sevrage dérangeants (p. ex. : sueurs, étourdissements, nausées, etc.) (Ashton, 2005; Authier et coll., 2009). Le patient continue donc d'en consommer pour ne pas être exposé aux symptômes désagréables. Il est à noter que les antécédents et le processus de prescription n'expliquent pas à eux seuls l'usage prolongé de BZD chez les 50 ans et plus. En effet, cette consommation s'inscrit dans un contexte de vie spécifique où les dispositions personnelles facilitent la chronicité et la dépendance. Parmi les dispositions personnelles qui prédisent la consommation prolongée de BZD, notons le genre (être une femme), l'âge avancé, une faible éducation, la consommation d'autres psychotropes que les BZD, la solitude, la perte d'autonomie, la présence de maladies physiques chroniques, un état de détresse psychologique, une forte sensibilité à l'anxiété et un faible sentiment de compétence quant à nos capacités d'arrêter (Cook et coll., 2007; Egan, Moride, Wolfson et Monette, 2000; Jorm, Grayson, Creasey, Waite et Broe, 2000; Pérodeau, Paradis et coll., 2011; Stowell, Chang, Bilt, Stoehr et Ganguli, 2008). Notons aussi que si l'individu perçoit le sevrage comme inutile (par rapport à un geste important qui améliore sa santé), sa consommation de BZD risque de se prolonger. En plus des dispositions personnelles, l'usage prolongé de BZD peut s'expliquer par l'influence des autres (p. ex. : famille ou professionnels de la santé) qui manifestent une attitude positive à l'endroit de la consommation (p. ex. : elle doit continuer à prendre son médicament pour bien fonctionner). C'est ce que nous appelons les variables intermédiaires. Enfin, différents facteurs socioculturels peuvent contribuer au maintien de la consommation, dont l'influence des médias et des compagnies pharmaceutiques, le manque d'accessibilité à d'autres interventions non pharmacologiques et l'âgisme (p. ex. : il est normal qu'une personne âgée ait besoin de médicament pour fonctionner) (Allard, Allaire, Leclerc et Langlois, 1997; Cohen, McCubbin, Collin et Pérodeau, 2001; Damestoy, Collin et Lalande, 1999; Iliffe et coll., 2004; Pérodeau, Voyer, et coll., 2003). Au-delà de l'influence des autres et de la société en général, les

ânés utilisent principalement quatre stratégies cognitives qui renforcent la consommation : la banalisation (p. ex. : je prends seulement la moitié de mon médicament; ce n'est pas si grave que cela), l'illusion de contrôle (p. ex. : si je veux, je peux arrêter n'importe quand), la déresponsabilisation (p. ex. : si je prends ce médicament, c'est à cause de mon médecin) et la rationalisation (p. ex. : si je ne prends pas mon médicament, je vais passer la nuit debout) (Pérodeau, Grenon et coll., 2015; Pérodeau, Grenon et coll., 2008; Pérodeau, Paradis et coll., 2011).

Comme nous venons de l'exposer, six éléments (c'est-à-dire, les antécédents, le processus de prescription, les dispositions personnelles, les variables intermédiaires, les facteurs socioculturels et les stratégies cognitives de maintien) peuvent contribuer au développement d'une dépendance physique et psychologique chez les consommateurs de 50 ans et plus. Durant le sevrage graduel d'une BZD, il importe de considérer l'ensemble de ces éléments afin d'augmenter les chances de réussite. Dans la prochaine section, nous présenterons différentes stratégies d'intervention qui peuvent être utilisées pour faciliter le sevrage des BZD chez les consommateurs âgés.

QUELLES SONT LES STRATÉGIES QUI PEUVENT FACILITER LE SEVRAGE DES BZD CHEZ LES CONSOMMATEURS ÂGÉS ?

Une des stratégies préconisées par les médecins consiste à diminuer progressivement le médicament sur une période d'au moins 12 semaines en adaptant le plan de sevrage selon la demi-vie, la durée d'usage et la dose consommée (Ashton, 2005; Landry et Mainguy, 2003). Il est important de savoir que certains consommateurs âgés ont besoin de 16 semaines (et même parfois plus) pour arrêter complètement leur médicament. Pour que le sevrage se fasse de façon sécuritaire, il est nécessaire que le médecin ou le pharmacien suive son patient tout au long du processus. Par ailleurs, il est important de savoir que l'arrêt graduel du médicament ne prévient pas l'apparition de symptômes de sevrage. Ils seront possiblement moins intenses, mais ils seront toujours là. (Parr, Kavanagh, Cahill, Mitchell et Young, 2009). Si le consommateur âgé n'est pas bien préparé à la survenue de ces symptômes, il risque d'abandonner. Enfin, l'arrêt graduel néglige les aspects psychologiques souvent associés à la consommation prolongée de BZD.

Pour travailler sur ces aspects psychologiques, nous recommandons la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) qui a démontré son efficacité pour faciliter le sevrage chez les personnes âgées insomniaques (Baillargeon et coll., 2003; Morin et coll., 2004) et chez les adultes d'âge moyen souffrant de différents problèmes de santé mentale (O'Connor, 2006; O'Connor, K., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landry, P. et Bouthillier, D. (2008); O'Connor, K., Marchand, A., Brousseau, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P. et Bouthillier, D. (2003)). Il est à noter que le professionnel de la santé n'est pas obligé d'être un expert en TCC pour utiliser les stratégies de traitement; il doit cependant connaître les rudiments de cette approche thérapeutique. La TCC est une intervention psychosociale, de courte durée, visant principalement à modifier les cognitions (p. ex. : les pensées catastrophiques comme « je panique, c'est la fin du monde... ») et les comportements problématiques (p. ex. : l'évitement de la situation redoutée) qui déclenchent et maintiennent les épisodes d'anxiété ou d'insomnie souvent à l'origine de la consommation de BZD. Les stratégies cognitivo-comportementales peuvent aussi être utilisées pour aider la personne âgée à mieux tolérer les symptômes de sevrage ou pour remettre en question les croyances qui nuisent à sa réussite (p. ex. : je prends seulement une demi-pilule, ce n'est pas si grave que cela). Pour en savoir plus sur ces stratégies¹, consultez le Tableau 1. Outre l'utilisation de ces différentes stratégies, nous recommandons que la personne âgée soit accompagnée par un proche durant le processus de sevrage. Ce proche doit être facilement accessible afin de permettre au consommateur âgé de ventiler ou d'obtenir le soutien émotionnel nécessaire en cas de besoin.

Pour conclure, nous réitérons l'importance de ne pas prendre la consommation de BZD à la légère chez les personnes âgées. Cela ne veut pas dire de sevrer tous les consommateurs âgés, mais tout simplement de garder en tête que ce traitement n'est pas optimal et qu'il comporte plusieurs risques pour la santé des aînés. Parfois, il suffit d'utiliser quelques stratégies d'intervention cognitivo-comportementale pour que le sevrage soit réussi. Vous êtes sceptique ? Essayez-le et vous verrez !

Si le consommateur âgé n'est pas bien préparé à la survenue de ces symptômes, il risque d'abandonner.

¹ Les stratégies présentées au Tableau 1 font partie d'une nouvelle TCC actuellement testée au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (voir l'encadré intitulé Recherche de participants). L'aspect novateur de cette TCC est de traiter simultanément (et sans médicaments) les symptômes d'anxiété et d'insomnie souvent à l'origine de la consommation de BZD ou somnifères chez les personnes âgées. Il est à noter que cette étude est subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Tableau 1 : Les principales stratégies d'intervention cognitivo-comportementale qui peuvent faciliter le sevrage des BZD chez les personnes âgées

Cibles thérapeutiques	Types de stratégies	Descriptions
1. Symptômes désagréables vécus durant le sevrage	Psychoéducation	<ul style="list-style-type: none"> Présenter au consommateur âgé une liste de symptômes désagréables (p. ex., nausées, anxiété, problèmes de sommeil, etc.) qui risquent d'apparaître durant les premières semaines de sevrage. <u>Logique</u> : ce qui est prévu fait moins peur. Faire la distinction entre les <i>symptômes de sevrage</i> (nouveaux symptômes comme les nausées), les <i>symptômes de rebond</i> (retour d'anciens symptômes comme l'anxiété ou l'insomnie) et les <i>fluctuations normales de l'humeur</i> (aucunement reliées au sevrage). <u>Logique</u> : tous les changements d'humeur ne sont pas nécessairement reliés au sevrage.
	Restructuration cognitive	<ul style="list-style-type: none"> Apprendre au consommateur âgé à devenir plus tolérant face aux symptômes de sevrage / rebond. Qu'est-ce que la personne âgée pourrait se dire pour s'encourager à persévérer (p. ex., les symptômes désagréables disparaîtront rapidement). Au lieu d'interpréter ses symptômes comme « la fin du monde », comment pourrait-elle les voir ? <u>Logique</u> : les pensées aidantes réduisent les émotions désagréables et permettent plus facilement d'atteindre nos objectifs.
	Apaisement	<ul style="list-style-type: none"> Enseigner au consommateur âgé une technique de relaxation, de méditation ou de respiration pour réduire l'intensité des symptômes désagréables ressentis. <u>Logique</u> : le fait de réduire l'activation physiologique permet de diminuer l'intensité des symptômes de sevrage/rebond.
2. Pensées/croyances responsables de la consommation à long terme des BZD	Psychoéducation	<ul style="list-style-type: none"> Psychoéducation sur les effets indésirables associés à la consommation de BZD (p. ex., augmentation des complications médicales, des risques de chute, etc.). Comment ces médicaments agissent-ils ? <u>Logique</u> : la personne âgée doit comprendre que la prise de BZD n'est pas un geste banal. Présenter les 4 croyances qui maintiennent la consommation à long terme chez les personnes âgées (50 ans et plus) : <ol style="list-style-type: none"> <i>La banalisation</i> : banaliser les effets secondaires attribuables aux médicaments. Par exemple, la personne peut se dire que c'est seulement une petite pilule et que les dangers ne sont pas importants. <i>L'illusion de contrôle</i> : croire à tort que nous contrôlons les effets secondaires associés aux médicaments. Par exemple, la personne peut se dire que la pilule n'est pas si mauvaise que cela, car elle n'en prend pas tous les jours ou parce qu'elle en prend une moitié. <i>La déresponsabilisation</i> : penser que nous consommons à cause des autres. Par exemple, la personne peut se dire qu'elle consomme son médicament parce que son médecin continue de lui prescrire. <i>La rationalisation</i> : justifier sa consommation en bonifiant les avantages et en minimisant les inconvénients. Par exemple, la personne peut se dire que si elle ne prend pas son médicament, elle sera incapable de dormir (je vais perdre ma journée demain!) et que de toute façon les effets secondaires ne sont pas si graves que cela. <u>Logique</u> : permet au consommateur âgé de mieux comprendre pourquoi il consomme des BZD depuis de nombreuses années (lien entre les pensées et la consommation).
	Restructuration cognitive	<ul style="list-style-type: none"> Enseigner au consommateur âgé le lien entre les pensées, les émotions, les sensations physiques et les comportements. <u>Logique</u> : la personne âgée doit comprendre que ses pensées ont un rôle important à jouer pour expliquer sa consommation prolongée de BZD. Remettre en question les 4 croyances. Par exemple : <ol style="list-style-type: none"> <i>Banalisation</i> : maintenant que vous connaissez mieux les BZD, pensez-vous toujours qu'ils ne sont pas dangereux? Quels sont les effets secondaires indésirables ? Dormez-vous vraiment mieux en prenant votre médicament ? <i>L'illusion de contrôle</i> : avez-vous vraiment le contrôle sur votre consommation de BZD ? Comment expliquez-vous que vous avez essayé d'arrêter sans y parvenir ? Est-ce que le fait d'en prendre une demi-dose depuis 10 ans réduit vraiment les effets secondaires ? <i>La déresponsabilisation</i> : votre médecin est-il 100 % responsable de votre consommation de BZD? Est-ce le médecin qui vous met le médicament dans la bouche? Quels sont les autres facteurs qui pourraient être tenus responsables? Et vous, quelle est votre part de responsabilité ? <i>La rationalisation</i> : avez-vous déjà bien dormi sans votre médicament ? Énumérez les avantages de prendre médicament. Comparez-les aux inconvénients. Quelles conclusions tirez-vous ? <u>Logique</u> : le fait de remettre en question les croyances qui contribuent au maintien de la consommation contribue à la réussite du sevrage.

Tableau 1- Suite : Les principales stratégies d'intervention cognitivo-comportementale qui peuvent faciliter le sevrage des BZD chez les personnes âgées

Cibles thérapeutiques	Types de stratégies	Descriptions
3. Stress / anxiété / insomnie	Psychoéducation	<ul style="list-style-type: none"> Définir le stress (réaction normale de l'organisme en situation de performance. Si trop élevé; peut devenir malsain), l'anxiété (anticiper le pire) et l'insomnie. Logique : ce qui est connu fait moins peur. Enseigner les facteurs qui prédisposent (p. ex., vulnérabilité biologique), déclenchent (p. ex., événements marquants) et maintiennent (p. ex., les pensées catastrophiques) le stress, l'anxiété ou l'insomnie. Logique : si la personne âgée comprend mieux ce qu'elle vit, il sera plus facile de gérer ses émotions ou ses problèmes de sommeil. Enseigner des stratégies pour améliorer l'hygiène du sommeil (p. ex., se coucher aux mêmes heures, éviter les siestes de plus 30 minutes, éviter les repas trop sucrés ou caloriques avant d'aller au lit, etc.). Logique : mettre en place des stratégies qui favorisent le sommeil permet au consommateur âgé de retrouver le contrôle sur la situation et, conséquemment, de mieux dormir.
	Restructuration cognitive	<ul style="list-style-type: none"> Enseigner au consommateur âgé le lien entre les pensées, les émotions, les sensations physiques et les comportements. Logique : la personne âgée doit comprendre que, dans une situation donnée, sa façon de se parler (son discours intérieur) influence comment elle se sent et se comporte. Présenter les trois catégories de pensées qui peuvent déclencher et maintenir le stress ou l'anxiété [la dramatisation (penser que le pire va arriver), la généralisation (penser qu'un événement négatif va se reproduire à l'infini) et la surestimation des probabilités de la survenue d'un danger]. Logique : permet au consommateur âgé de faire des liens entre son discours intérieur et des catégories de pensées qu'on retrouve fréquemment chez les gens souffrant d'anxiété ou d'insomnie. Permet de normaliser l'expérience vécue.
	Apaisement	<ul style="list-style-type: none"> Enseigner au consommateur âgé une technique de relaxation, de méditation ou de respiration pour réduire l'intensité des symptômes désagréables ressentis. Logique : le fait de réduire l'activation physiologique permet de diminuer l'intensité des émotions désagréables et de mieux dormir.

RÉFÉRENCES

Allard, J., Allaire, D., Leclerc, G., & Langlois, S. P. (1997). [The effect of family and social relations on the consumption of psychotropic drugs by the aged]. *Sante Ment Que*, 22(1), 164-182.

Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current opinion in psychiatry*, 18(3), 249-255. doi: 10.1097/01.yco.0000165594.60434.84

Authier, N., Balayssac, D., Sautereau, M., Zangarelli, A., Courty, P., Somogyi, A. A.,... Eschaliér, A. (2009). Benzodiazepine dependence: Focus on withdrawal syndrome. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 67(6), 408-413. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.pharma.2009.07.001

Baillargeon, L., Landreville, P., Verreault, R., Beauchemin, J. P., Gregoire, J. P., & Morin, C. M. (2003). Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 169(10), 1015-1020.

Balestrieri, M., Marcon, G., Samani, F., Marini, M., Sessa, E., Gelatti, U., & Donato, F. (2005). Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders—a regional survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(4), 308-315. doi: 10.1007/s00127-005-0899-9

Béland, S. G., Préville, M., Dubois, M.-F., Lorrain, D., Grenier, S., Voyer, P.,... Moride, Y. (2010). Benzodiazepine use and quality of sleep in the community-dwelling elderly population. *Aging & Mental Health*, 14(7), 843-850. doi: 10.1080/13607861003781833

Béland, S. G., Préville, M., Dubois, M. F., Lorrain, D., Voyer, P., Bosse, C.,... Moride, Y. (2011). The association between length of benzodiazepine use and sleep quality in older population. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26(9), 908-915. doi: 10.1002/gps.2623

Bierman, E. J. M., Comijs, H. C., Gundy, C. M., Sonnenberg, C., Jonker, C., & Beekman, A. T. F. (2007). The effect of chronic benzodiazepine use on cognitive functioning in older persons: good, bad or indifferent? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1194-1200. doi: 10.1002/gps.1811

Billiot de Gage, S., Moride, Y., Ducruet, T., Kirth, T., Verdoux, H., Tournier, M.,... Bégaud, B. (2014). Benzodiazepine use and risk of

Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, 349.

Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Pérodeau, G. (2001). Medications as Social Phenomena. *Health*, 5(4), 441-469. doi: 10.1177/136345930100500403

Cook, J. M., Biyanova, T., Masci, C., & Coyne, J. C. (2007). Older patient perspectives on long-term anxiolytic benzodiazepine use and discontinuation: a qualitative study. *Journal of general internal medicine*, 22(8), 1094-1100. doi: 10.1007/s11606-007-0205-5

Damestoy, N., Collin, J., & Lalonde, R. (1999). Prescribing psychotropic medication for elderly patients: some physicians' perspectives. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 161(2), 143-145.

Egan, M., Moride, Y., Wolfson, C., & Monette, J. (2000). Long term continuous use of benzodiazepines by older adults in Quebec: Prevalence, incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(7), 811-816.

Gleason, P. P., Schulz, R., Smith, N. L., Newsom, J. T., Kroboth, P. D., Kroboth, F. J., & Psaty, B. M. (1998). Correlates and Prevalence of Benzodiazepine Use in Community-Dwelling Elderly. *Journal of general internal medicine*, 13(4), 243-250. doi: 10.1046/j.1525-1497.1998.00074.x

Gray, S. L., LaCroix, A. Z., Hanlon, J. T., Penninx, B. W. J., Blough, D. K., Leveille, S. G.,... Buchner, D. M. (2006). Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 224-230. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00571.x

Iliffe, S., Curran, H. V., Collins, R., Yuen Kee, S. C., Fletcher, S., & Woods, B. (2004). Attitudes to long-term use of benzodiazepine hypnotics by older people in general practice: findings from interviews with service users and providers. *Aging & Mental Health*, 8(3), 242-248. doi: 10.1080/13607860410001669778

Jorm, A. F., Grayson, D., Creasey, H., Waite, L., & Broe, G. A. (2000). Long-term benzodiazepine use by elderly people living in the community. *Aust N Z J Public Health*, 24(1), 7-10.

Lader, M. (2012). Benzodiazepine Harm: How Can It Be Reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology*, n/a-n/a. doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x

Landi, F., Cesari, M., Russo, A., Onder, G., Sgadari, A., & Bernabei, R. (2002). Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 72(6), 729-734. doi: 10.1067/mcp.2002.129318

Landry, P., & Mainguy, N. (2003). [Clinical advice facilitating withdrawal of benzodiazepines]. *Sante Ment Que*, 28(2), 43-58.

Lindsey, P. L. (2009). Psychotropic Medication Use among Older Adults: What All Nurses Need to Know. *Journal of gerontological nursing*, 35(9), 28-38. doi: 10.3928/00989134-20090731-01

Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry*, 161(2), 332-342.

O'Connor, K. (2006). *La vie sans tranquillisants : pour réussir à arrêter et à maintenir le cap : le Programme d'aide au succès du sevrage, PASSE*. Outremont, Québec: Stanké.

O'Connor, K., Marchand, A., Brousseau, L., Aardema, F., Mainguy, N., Landry, P., . . . Bouthillier, D. (2008). Cognitive-behavioural, pharmacological and psychosocial predictors of outcome during tapered discontinuation of benzodiazepine. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(1), 1-14. doi: 10.1002/cpp.556

O'Connor, K., Marchand, A., Brousseau, L., Mainguy, N., Landry, P., Savard, P., . . . Bouthillier, D. (2003). [Evaluation of a program to help discontinuation of benzodiazepines]. *Sante Ment Que*, 28(2), 121-148.

Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Young, R. M. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a meta-analysis. *Addiction*, 104(1), 13-24. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02364.x

Pérodeau, G., Grenon, E., Grenier, S., & O'Connor, K. (2015). Systemic model of chronic benzodiazepine use among mature adults. *Aging Ment Health*, 1-11. doi: 10.1080/13607863.2015.1015961

Pérodeau, G., Grenon, É., Savoie-Zajc, L., Forget, H., Green-Demers, I., & Suissa, A. (2008). Attitudes envers les benzodiazépines et intentions de sevrage des personnes âgées de 50 ans et plus. *Drogues, santé et société*, 7(1), 391-437.

Pérodeau, G., Paradis, I., Ducharme, F., Collin, J., & St-Jacques, J. (2003). Dynamique familiale et médicament psychotrope : Les femmes âgées consommatrices et leurs aidantes. In Levy J., D. Maisonneuve, H. Bilodeau, & C. Granier (Eds.), *Enjeux psychosociaux de la santé* (pp. 275-286). Québec: Collection Santé et Société : Presses de l'Université du Québec.

Pérodeau, G., Paradis, I., Grenier, S., O'Connor, K., & Grenon, E. (2011). Chronic psychotropic drug use among frail elderly women receiving home care services. *J Women Aging*, 23(4), 321-341. doi: 10.1080/08952841.2011.611070

Pérodeau, G., Voyer, P., Paradis, I., Collin, J., Lauzon, S., & Ducharme, F. (2003). Recherche d'informations sur les psychotropes par les personnes âgées consommatrices : les professionnels de la santé, les proches et les médias. *Vie et Vieillessement*, 3, 37-44.

Préville, M., Bosse, C., Vasiliadis, H. M., Voyer, P., Laurier, C., Berbiche, D., . . . Moride, Y. (2012). Correlates of Potentially Inappropriate Prescriptions of Benzodiazepines among Older Adults: Results from the ESA Study. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 1-10. doi: 10.1017/S0714980812000232

Préville, M., Hebert, R., Boyer, R., & Bravo, G. (2001). Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64: results from the Quebec Health Survey. *Aging Ment Health*, 5(3), 216-224.

Préville, M., Vasiliadis, H. M., Bosse, C., Dionne, P.-A., Voyer, P., & Brassard, J. (2011). Pattern of Psychotropic Drug Use Among Older Adults Having a Depression or an Anxiety Disorder: Results From the Longitudinal ESA Study. *Canadian journal of psychiatry*, 56(6), 348-357.

Quevillon, F., & Bedard, M. A. (2003). [Benzodiazepines: Consequences on memory in the elderly]. *Sante Ment Que*, 28(2), 23-41.

Stowell, K. R., Chang, C.-C. H., Bilt, J., Stoehr, G. P., & Ganguli, M. (2008). Sustained Benzodiazepine Use in a Community Sample of Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(12), 2285-2291. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02011.x

Voyer, P., Préville, M., Cohen, D., Berbiche, D., & Béland, S. G. (2010). The prevalence of benzodiazepine dependence among community-dwelling older adult users in Quebec according to typical and atypical criteria. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 29(2), 205-213. doi: S0714980810000115 [pii] 10.1017/S0714980810000115

Wynne, H. (2005). Drug metabolism and ageing. *J Br Menopause Soc*, 11(2), 51-56.



RECHERCHE DE PARTICIPANTS

Nous sommes actuellement à la recherche de **participants de 60 ans et plus désirant arrêter leurs benzodiazépines (BZD) ou somnifères** afin de tester l'efficacité d'une nouvelle intervention de groupe. Cette étude se déroule à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) sous la direction du Dr Sébastien Grenier, psychologue-chercheur. Pour obtenir plus d'informations, consultez notre site web (www.laboleader.ca) ou contactez Fethia, coordonnatrice de recherche, au 514-340-3540, poste 4788.

LEADER LABORATOIRE D'ÉTUDE
SUR L'ANXIÉTÉ ET LA
DÉPRESSION GÉRIATRIQUE

Centre de recherche
iugm
Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

APRIMA
Université **dh**
de Montréal

ACCOMPAGNER UNE PERSONNE ÂGÉE PRÉSENTANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF

DU CONSTAT À L'ACTION

Résumé : Les changements démographiques font que la société est de plus en plus vieillissante. Si la majorité des personnes âgées vivent en bonne santé, force est d'admettre qu'une proportion non négligeable vivra avec des incapacités cognitives importantes. Selon la Société Alzheimer du Canada (2009), la prévalence des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer maintenant nommée trouble neurocognitif majeur lié à l'Alzheimer doublera d'ici une génération et touchera près de 1,1 million de Canadiens en 2038, ce qui en fait un problème de santé publique d'une grande importance. Un des enjeux majeurs entourant cette maladie touche la situation de vulnérabilité des proches aidants surtout lorsque ceux-ci sont eux-mêmes âgés. L'importance de l'aide et du soutien qu'ils apportent n'est plus à démontrer, tout comme les répercussions négatives sur la santé mentale entre autres. Cet article a pour objectif de faire un bilan succinct des conséquences, mais aussi des facteurs de vulnérabilité et de protection en rapport avec la santé mentale des proches aidants.

À l'heure actuelle, environ 100 000 nouveaux cas de personnes âgées ayant des troubles cognitifs associés à une perte d'autonomie, ou, en d'autres mots, atteintes de démence sont diagnostiqués chaque année au Canada. Les démences¹ ont été définies comme étant des troubles mentaux d'origines organiques qui se caractérisent par le développement de multiples déficits cognitifs dont le plus connu est l'altération de la mémoire (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2015). Ce trouble de la mémoire s'accompagne de problèmes affectant le fonctionnement de la pensée abstraite et du jugement ainsi que des perturbations du langage, de l'habillement, de la marche et de l'altération de la capacité de reconnaître des objets familiers. Les déficits cognitifs doivent être suffisamment graves pour compromettre la poursuite normale des activités sociales ou professionnelles, voire les relations avec les proches (American Psychiatric Association, 1994). De plus, il n'est pas rare que des troubles comportementaux comme l'errance, l'agitation, l'agressivité fassent leur apparition au cours de l'évolution de ces déficits.

Selon l'étude Raz-de-marée, en 2008, environ 7 % de la population canadienne âgée de 60 ans et plus était atteinte de troubles neurocognitifs (Société Alzheimer du Canada, 2009). Comme le risque d'être touché augmente avec l'âge (OMS et Alzheimer's Disease International, 2012), cette proportion s'élevait à 49 % chez les 90 ans et plus (Société Alzheimer du Canada, 2009). Il est d'ailleurs estimé que le nombre des personnes qui en sont atteintes doublera d'ici une génération pour affecter près de 1,1 million de Canadiens en 2038 (Gouvernement du Canada, 2014). Cette augmentation considérable du nombre de personnes touchées, qui n'est pas unique au Canada, fait dire à plusieurs experts qu'il s'agit d'un problème de santé publique d'une grande importance.

Par contre, on peut présumer sans risque de trop se tromper que cela conduira inévitablement à l'augmentation de la demande d'aide et des services prodigués par les pourvoyeurs de soins, en particulier le personnel soignant que l'on retrouve dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) et les proches aidants (Peacock et coll., 2010), aussi usuellement appelés les aidants naturels² (Membrano, Vézina,



JEAN VÉZINA, Ph. D.
PROFESSEUR
ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ LAVAL



MARIE-HÉLÈNE LEBLOND
BACHELIÈRE EN PSYCHOLOGIE
UNIVERSITÉ LAVAL

¹ Officiellement, l'expression démence sera remplacée par « trouble neurocognitif majeur ».

² Bien qu'il n'existe pas de consensus sur la terminologie à adopter, l'expression aidants naturels tend graduellement à disparaître au profit d'autres expressions comme celle des proches aidants.

Andrieu et Goulet, 2005). Ces derniers sont majoritairement issus de leur entourage – conjoints, conjointes, frères, sœurs, enfants –, mais sont aussi à l'occasion des voisins et des amis proches. De fait, si les personnes avec un trouble neurocognitif, comme la maladie d'Alzheimer, peuvent rester à domicile, c'est en grande partie grâce à l'engagement soutenu de leurs proches. Bien que l'on puisse être un proche aidant à tout âge, les enquêtes nous révèlent qu'ils sont typiquement âgés de 45 ans et plus et, fait à noter, qu'environ le quart d'entre eux sont au moins âgés de 65 ans et plus (Fleury, 2013; Société Alzheimer du Canada, 2009). Du coup, cela signifie qu'une proportion substantielle d'aidants sont eux-mêmes âgés et peuvent eux-mêmes avoir une santé fragilisée par l'avancement en âge.

En raison des caractéristiques de la maladie, la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer doit bénéficier de soins et de soutien constant. Ces soins sont multiples, souvent complexes et vont au-delà de ce qui est généralement attendu dans les rapports avec l'autre. Ces soins peuvent comprendre, entre autres, les soins personnels comme laver la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'habiller, la nourrir, la coucher, l'asseoir, la coiffer, l'aider à aller aux toilettes, superviser la prise des médicaments, etc. L'aidant peut également exécuter des travaux ménagers comme faire les lits, faire la lessive, préparer les repas, faire la vaisselle, nettoyer, laver les planchers, faire des réparations, etc. Il peut aussi faire les courses et les achats, fournir le transport, payer les factures et gérer la situation financière de la personne malade. Il faut également ajouter des aspects essentiels comme lui procurer un soutien affectif, la rassurer, voir à ce que ses besoins soient comblés, s'assurer qu'elle reçoive des services de qualité (Given, Sherwood et Given, 2008). Étant donné qu'il n'existe pas de traitement curatif de la maladie d'Alzheimer, cela signifie que les proches aidants devront s'occuper de leur être cher pendant plusieurs années. Toutefois, cet accompagnement au quotidien n'est malheureusement pas sans conséquence pour les aidants. Pour plusieurs, il s'agit même d'une expérience éprouvante, stressante, qui taxe lourdement leur existence (Bergman et coll., 2009).

CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

Cela a pris plusieurs années, mais on reconnaît aujourd'hui qu'accompagner une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer a des conséquences sérieuses sur la santé du proche aidant et sa qualité de vie. Les aidants doivent apprendre à composer avec les très nombreux changements qui apparaissent souvent graduellement au fil des années chez leur proche. Ces changements altèrent l'entièreté de la personne atteinte tant sur le plan de la cognition, de l'autonomie ou du comportement.

Les nombreuses études réalisées depuis le début des années 80 peignent un portrait assez sombre des répercussions du rôle du proche aidant (Vézina, Ducharme et Landreville, 2005) sur sa santé et son bien-être. Ainsi, les proches aidants souffrent souvent de problèmes d'anxiété, ressentent de l'hostilité ou de la colère, éprouvent de la culpabilité, ont un sentiment de bien-être à la baisse, vivent davantage de détresse psychologique ou ressentent un lourd fardeau d'un point de vue subjectif. Le fardeau peut se définir comme étant le stress perçu par l'aidant vis-à-vis sa situation, c'est-à-dire qu'il perçoit que les ressources qu'il possède pour s'adapter à son rôle d'aidant ne sont pas suffisantes (Chwalisz, 1992). De plus, on observe fréquemment l'apparition de symptômes dépressifs et de dépression chez les proches aidants, qui apparaissent alors comme étant des conséquences de cet accompagnement (Cooper, Balamurali, Selwood et Livingston, 2007; Li, Cooper, Bradley, Shulman et Livingston, 2012). Étant donné leurs nombreuses responsabilités, les aidants ont peu de temps pour s'occuper d'eux-mêmes, réduisent leurs activités de loisirs, se désocialisent et ressentent davantage de solitude (Ferrara et coll., 2008). Leurs sources de soutien social diminueraient de manière importante avec le temps, les confrontant ainsi au risque d'isolement. Leurs relations sociales subissent diverses pressions, notamment lors de conflits familiaux et de modifications au sein de la dynamique conjugale inhérentes à la maladie (Braun et coll., 2009).

Beaucoup de proches aidants rapportent être confrontés à des difficultés avec leur travail en raison de la gestion de la maladie de leur proche. Les résultats de l'Enquête sociale générale (ESG)

menée en 2012 (Sinha, 2014) et le rapport du Groupe d'employeurs sur la question des aidants naturels (2015) mentionnent d'ailleurs que plusieurs ont été contraints à réduire leurs heures de travail, à renoncer à une promotion, à quitter leur emploi ou à prendre leur retraite plus tôt que prévu avec les conséquences financières associées. De plus, il n'est pas rare que les aidants doivent assumer des dépenses additionnelles pour leur proche comme celles relatives au transport, à la médication, à l'entretien ménager et au recours à divers services de soin (personnel soignant, répit, etc.). Un statut financier précaire vient assombrir davantage le tableau (Sun, Hilgeman, Durkinn, Allen et Burgio, 2009).

La précarité de l'état de santé physique des aidants a été mise en lumière dans plusieurs enquêtes répertoriées par Pinqart et Sørensen (2003). Il n'est pas rare de faire le constat suivant : les proches aidants négligent leur propre santé, car ils sont totalement investis dans leurs tâches. Comparativement à des gens de leur âge, les aidants jugent leur santé de manière plus défavorable et rapportent plus de problèmes de santé que les autres. D'autres études mettent en lumière le lien qui existe entre le stress chronique engendré par les soins prodigués sur de longues durées et les problèmes de santé chez les proches aidants (Nikzad-Terhune, 2011). Vitaliano, Zhang et Scanlan (2003) montrent d'ailleurs dans leur méta-analyse que les proches aidants présentent généralement un taux d'hormone du stress plus élevé dans le sang, les rendant alors plus susceptibles de présenter de l'hypertension, des maladies cardiovasculaires, ainsi qu'une faible réponse immunitaire. Avec le temps, de nouveaux problèmes de santé font leur apparition et ceux existants s'aggravent. On sait que les proches aidants consomment plus que leur part des antidépresseurs, des tranquillisants ou des somnifères (Thomas, Hazif-Thomas, Pareault, Vieban et Clément, 2010). La fatigue due au manque de sommeil ou faute de périodes de répit réparateurs est fréquente et dommageable pour la qualité de vie (McCurry, Logsdon, Teri et Vitiello, 2007).

En somme, devenir un aidant d'une personne vivant avec un trouble neurocognitif majeur représente une situation à risque aux plans psychologique, physique, social et financier.



Le rôle de proche aidant n'est pas sans risque pour celui ou celle qui consacre son temps à soulager un proche.

LES FACTEURS DE RISQUE

La recherche scientifique a démontré qu'il existe des différences interindividuelles quant à la manière d'être affecté par l'endossement du rôle d'aidant ainsi que dans la manière d'y réagir (Mittelman, 2013; OMS et Alzheimer's Disease International, 2012; Sansoni, Anderson, Varona et Varela, 2013). Certains aidants répondent plus négativement que d'autres à la pression que génère le rôle d'aidant malgré une situation en apparence relativement similaire. Cela dit, il semble que certains facteurs jouent un rôle prépondérant, en ce sens qu'ils sont généralement reliés à la détresse des proches aidants. Parmi ces facteurs, on a tendance à distinguer les caractéristiques venant de la personne vivant avec des troubles neurocognitifs de celles venant du proche aidant.

Comme il a déjà été mentionné, la personne avec un trouble neurocognitif comme l'Alzheimer subit des changements sur le plan de la cognition comme la perte graduelle de la mémoire, sur le plan de l'autonomie alors qu'elle a besoin d'aide pour s'habiller, se nourrir et se déplacer, mais aussi en ce qui touche les aspects psychocomportementaux liés à la maladie. Or, la documentation existante montre que c'est la présence de troubles psychologiques et comportementaux – apathie, errance, agitation, comportements agressifs, etc.

– chez la personne atteinte qui est le plus en lien avec la détresse ressentie par les aidants, la dépression ou l'impression de fardeau (Arango Lasprilla, Moreno, Rogers et Francis, 2009; Barton, Merrilees, Ketelle, Wilkins et Miller, 2014; Piercy et coll., 2013; Zarit, 1997). Les aidants trouvent ces problèmes de comportement significativement plus stressants que les problèmes fonctionnels et cognitifs pour les aidants. (Smith, Williamson, Miller et Schulz, 2011). En outre, la présence de ces mêmes problèmes pèse lourd dans la décision d'entreprendre une démarche de placement (Sansoni et coll., 2011).

Les proches aidants ne sont pas tous égaux face au risque de subir des contrecoups. En effet, certaines caractéristiques sociodémographiques, comme l'âge et le sexe, ainsi que des facteurs contextuels, par exemple le lien de parenté et la cohabitation, ont également été cernés (Ducharme, 2006). En général, plus les aidants sont âgés, plus ils sont susceptibles de ressentir un fardeau. Les femmes rapportent généralement plus de symptômes dépressifs, d'anxiété et de fardeau ressenti que les hommes (Gibbons et coll., 2014). Ces résultats ne doivent aucunement minimiser la difficulté que peuvent vivre les hommes, puisque comme les femmes, ils peuvent s'adapter difficilement à leur rôle et éprouver de la détresse psychologique (Ducharme, 2006; Mills et coll., 2009). D'autres facteurs peuvent aussi affecter la santé mentale de l'aidant, comme ses propres croyances à l'égard des troubles comportementaux de son proche, l'utilisation de stratégies d'adaptation inadéquates et sa perception à l'égard de son rôle de l'aidant. En effet, les proches aidants qui considèrent les troubles comportementaux comme des actes contrôlables par le proche ou comme étant des gestes volontaires, intentionnels sont plus susceptibles de ressentir des symptômes dépressifs, du ressentiment et de l'hostilité (Martin-Cook, Remakel-Davis, Svetlik, Hynan et Weiner, 2003; Polk, 2005). Ajoutons d'autre part que certaines stratégies de régulation émotionnelle seraient adaptatives tandis que d'autres ne le seraient pas. Ainsi, l'évitement et le fait de se blâmer amèneraient les proches aidants à vivre plus de sentiments négatifs (Mausbach, Roepke, Depp, Patterson et Grant, 2009).

LES FACTEURS DE PROTECTION

Accompagner dans son quotidien un proche vivant avec un trouble neurocognitif en lien avec l'Alzheimer est fréquemment dépeint d'une manière négative, engendrant stress et difficultés de toute sorte. Par contre, plusieurs études rapportent que la majorité des aidants perçoivent aussi des bénéfices reliés à leur rôle (Semiatin et O'Connor, 2012). En effet, les proches aidants qui ont la capacité d'identifier des aspects positifs, tels que l'opportunité de donner en retour, de découvrir des forces personnelles et de devenir plus intime avec le proche aidé ressentent moins de fardeau et de symptômes dépressifs (Liew et coll., 2010). Des facteurs de « protection » favorisant le maintien de la santé psychologique des proches aidants ont également été mis en lumière (OMS et Alzheimer's Disease International, 2012). De fait, la présence d'un soutien social et plus spécifiquement le fait de percevoir celui-ci positivement, soit disponible, adéquat, satisfaisant, sont liés au bien-être, à une meilleure adaptation et inversement associé au fardeau (Kerhervé, Gay et Vrignaud, 2008 ; Wilks et Croom, 2008).

Enfin, certaines stratégies mises en œuvre par les proches aidants pour faire face à certains stressors semblent avoir un effet bénéfique sur la santé psychologique (Ducharme, 2006). Deux types de stratégie ont été identifiés dans la documentation scientifique, soit les stratégies de résolution de problème qui ont été traditionnellement associées au bien-être et les stratégies centrées sur les émotions qui ont plutôt été associées à la détresse psychologique (Kneebone et Martin, 2003). Cependant, il a été démontré que l'efficacité des stratégies est liée, d'une part, à la nature de la situation engendrant du stress et, d'autre part, au fait que certaines d'entre elles seraient adaptatives tandis que d'autres ne le seraient pas. Ainsi, la résolution de problèmes est efficace pour les situations pouvant être modifiées, alors que les stratégies axées sur les émotions se révèlent être aussi de bonnes stratégies pour les situations qui ne peuvent pas être modifiées.

La résolution de problème comprend généralement des stratégies de planification (ex.: penser aux étapes à accomplir pour réaliser une tâche), de soutien instrumental (ex.: rechercher de l'aide et demander conseil auprès des autres), d'analyse

logique (ex. : considérer plusieurs alternatives pour résoudre un problème) et d'adaptation active (ex. : concentrer ses efforts à faire quelque chose pour changer la situation) (Cooper et coll., 2007; Li et coll., 2012). Certaines stratégies axées sur les émotions seraient également liées à un moindre niveau de stress, comme l'utilisation de l'humour (ex. : faire des blagues à propos d'une situation pour diminuer le niveau de tension), le fait d'accepter la situation (ex. : apprendre à vivre avec cette réalité), le fait d'attribuer un sens à leur expérience de soin et d'effectuer un recadrage ou une réévaluation positive (ex. : voir le positif dans la situation) (Cooper et coll., 2007; Li et coll., 2012; Quinn, Clare et Woods, 2010).

CONCLUSION

Cet accompagnement de tous les jours et qui s'étend sur plusieurs années, a des effets majeurs sur à peu près l'ensemble de l'univers du proche aidant. Comme nous l'avons vu dans les pages précédentes, sa santé financière, sa santé physique et sa santé mentale sont fortement mises à l'épreuve tandis qu'il subit un rétrécissement inquiétant de ses rapports sociaux.

La situation difficile que vivent les proches aidants d'une personne aux prises avec un trouble neurocognitif exige donc de mettre en oeuvre une série de mesures, de plan d'action et de politique visant à améliorer leur qualité de vie. Décrire en détail l'ensemble de ceux-ci dépasse le cadre de cet article. Néanmoins, au bénéfice des lecteurs, nous avons préparé un tableau qui dresse un aperçu sommaire des différentes mesures mises en place au Québec et au Canada (voir le tableau à la page suivante).

Tout ceci souligne en quelque sorte la nécessité de la reconnaissance du rôle central joué par les proches aidants dans le maintien à domicile d'une personne âgée atteinte d'un trouble neurocognitif majeur comme la maladie d'Alzheimer.

Depuis plusieurs années, nous avons également vu apparaître un ensemble d'interventions et de services dont l'objectif est d'alléger le fardeau des aidants, de les soutenir, de les aider, les accompagner, tout en favorisant le maintien à domicile des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif. Au niveau des interventions, nous pouvons mentionner

les groupes d'entraide, les groupes de soutien, les groupes psychoéducatifs et les psychothérapies. Ces interventions sont habituellement offertes dans certains CLSC, par des organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale, par l'une des 20 Sociétés Alzheimer régionales du Québec, par des psychologues ou des travailleurs sociaux en pratique privée, des cliniques universitaires, etc. Il existe aussi des services web comme la ligne Info-Aidant de l'Appui (1-855-852-7784), le réseau Entre Aidants (www.lereseauaidant.ca) qui offre des ateliers téléphoniques, ou encore la plateforme PIANO (www.piano.ulavcoll.ca) qui permet de participer à des groupes psychoéducatifs par des conférences web, sans sortir de son domicile. Toutefois, même si ces interventions se sont multipliées au cours des dernières années, elles sont encore trop rares, inégalement déployées sur le territoire québécois, peu connues, pas toujours accessibles et, au final, peu utilisées si on considère le nombre de proches aidants.

D'autres services sont aussi disponibles comme des services d'information, le gardiennage ou « présence-surveillance », le répit, le dépannage, l'appui aux tâches quotidiennes et l'assistance technique. Ces services, notamment le répit, sont disponibles par l'intermédiaire des centres de jour que l'on retrouve dans les CSSS, les Sociétés Alzheimer régionales et les organisations communautaires. Baluchon Alzheimer (www.baluchonalzheimer.com) offre un service de répit variant de 4 à 14 jours. Les autres services sont disponibles dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), les organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale, ou par l'intermédiaire de l'Appui.

Mis à part les services gouvernementaux, des organismes, tels que la Société Alzheimer et l'Appui, offrent plusieurs services pour la personne atteinte de démence ainsi que pour son entourage. Un service d'écoute téléphonique, des rencontres individuelles et familiales, un soutien psychosocial et des groupes de soutien pour les proches sont offerts pour les personnes touchées. Ces organisations proposent également des formations aux personnes œuvrant auprès de cette clientèle (L'Appui, 2014; Société Alzheimer, 2010).

Par ailleurs, des mesures fiscales ont aussi été mises en place ces dernières années.

Politique/plan d'action/ titre de la stratégie	Vision(s)/but(s)/ objectif(s)	Brève description	Année
Plan national de lutte contre l'Alzheimer et les maladies apparentées	Lutter contre l'Alzheimer et les maladies apparentées à l'aide de huit objectifs stratégiques.	Le gouvernement du Canada réaffirme sa volonté de mettre en place un le Plan national de lutte contre l'Alzheimer et les maladies apparentées en accordant les fonds nécessaires à sa création.	2015
Le plan canadien de soutien des employeurs aux aidants naturels	Outils les employeurs et les intervenants canadiens afin d'aider la participation des employés qui sont aussi aidants naturels sur le marché du travail.	Sous la responsabilité du gouvernement fédéral. Mesures fiscales, remplacement du revenu par des prestations d'assurance-emploi et l'exécution de programmes ciblés pour les proches aidants (en tout genre).	2015
Consortium canadien en neurodégénérescence associée au vieillissement (CCNV)	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'accès à des soins de qualité des personnes atteintes de maladies neurodégénératives affectant la cognition et des proches aidants; Amélioration de leur qualité de vie. 	Un des deux volets de la Stratégies de recherche sur la démence des Instituts de recherche en santé du Canada.	2014
Dotation du programme de formation professionnelle reconnu par le MSSS	<ul style="list-style-type: none"> Harmonisation des services offerts; Amélioration de la qualité des services dans le but d'améliorer la qualité de vie des usagers. 	Offrir une formation spécialisée à tout le personnel des résidences pour personnes âgées, aux professionnels du secteur de la santé et des services sociaux et de façon plus générale, à tous ceux et celles qui accompagnent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	2014
Entente sur la création d'un plan national de lutte contre l'Alzheimer et les maladies apparentées	Comprend huit objectifs stratégiques.	L'objectif 4 a pour but de soutenir les proches aidants.	2014
Projet de loi n°6	Instauration du Fonds de soutien aux proches aidants des aînés.	Au moins 75 % des sommes investies par le Fonds sont consacrées aux proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.	2009
Rapport du comité d'experts en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour la maladie d'Alzheimer	Élaboration de recommandations pour implanter avec succès le plan d'action.	<ul style="list-style-type: none"> Le comité d'expert est mandaté par le MSSS (gouvernement du Québec). La cinquième recommandation touche spécifiquement les proches aidants. 	2009
L'Appui	Apporter du soutien aux proches aidants en aidant le maintien à domicile des personnes âgées.	<ul style="list-style-type: none"> Création de l'organisme l'Appui à la suite de la consultation publique menée par le gouvernement du Québec. Regroupement de plusieurs intervenants et partenaires du milieu de la santé et communautaire. 	2007
Stratégie de recherche sur la démence des Instituts de recherche en santé du Canada	Appuyer la recherche de premier ordre sur la démence.	<ul style="list-style-type: none"> Vaste initiative pancanadienne regroupant 20 équipes de recherches et d'experts. Financée en partie par le gouvernement du Canada. 	2000
Programme de recherche de la Société Alzheimer (PRSA)	Faire progresser la recherche sur la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées et sur leur traitement.	Le PRSA a octroyé plus de 40 millions de dollars en subventions et en bourses de recherche depuis sa création.	1989
Fédération québécoise des sociétés Alzheimer (FQSA)	Regroupement des sociétés Alzheimer régionales afin d'être représentées en une voix provinciale.	Création du FQSA en 1986 avec l'aide des cinq sociétés Alzheimer régionales qui existaient à cette époque. La Fédération comprend aujourd'hui 20 sociétés Alzheimer.	1986

Nous pouvons citer le crédit d'impôt remboursable pour aidant naturel qui a comme objectif d'aider financièrement toute personne qui héberge un proche et lui prodigue des soins et une assistance continue de façon non rémunérée. Le crédit d'impôt pour répit à un proche aidant vise pour sa part à le soutenir dans l'obtention de services spécialisés pour la garde de la personne ayant une incapacité et le crédit d'impôt pour le maintien à domicile peut être accordé aux personnes âgées de 70 ans et plus et encourage la diminution du recours à l'hébergement (Revenu Québec, 2012).

Malgré tous ces efforts, « le véritable travail commence aujourd'hui selon la Société Alzheimer Canada » (2015, p.1), puisque ce n'est que tout récemment que le gouvernement du Canada a entrepris d'appliquer un plan d'action afin de lutter contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées (Société Alzheimer Canada, 2015). Du côté québécois, il reste aussi un travail à accomplir, car l'implantation et l'intégration au système de santé des diverses mesures et stratégies de soutien aux proches aidants qui ont été identifiées en 2009 dans le rapport du comité d'expert (Bergman et coll. 2009; MSSS, 2015) requièrent temps et ressources, nécessitant aussi une évaluation continue afin d'avoir un aperçu plus juste de la situation. De plus, chacune des recommandations formulées pour l'ensemble des ressources destinées aux proches aidants doivent être adaptées en fonction de leurs besoins et en fonction de l'encadrement de chacun par une équipe, considérant que : (a) chaque région et localité présente un contexte et une situation particulière; (b) les proches aidants constituent un groupe hétérogène (MSSS et ministère de la Famille et des Aînés [MFA], 2012); (c) les services requis par les proches aidants « varient selon les contextes et que leurs besoins se transforment avec le temps selon l'évolution des soins à prodiguer aux aidés » (Viens, Rowanet Lebeau, 2005, p.23).

Finalement, il faut aussi reconnaître que plusieurs proches aidants sont eux-mêmes âgés et qu'ils peuvent être dans une situation de vulnérabilité aiguë. Il devient donc nécessaire de les soutenir dans leurs rôles en leur faisant connaître les dispositifs en place et en améliorant en priorité l'accessibilité aux services formels et communautaires qui se sont multipliés au cours des dernières années, tout en continuant d'identifier les meilleures pratiques et d'en développer de nouvelles.

RESSOURCES FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES

Ressources fédérales

[Information pour les proches aidants](#)

Le portail d'information pour les proches aidants donne accès à une panoplie de renseignements entourant ce rôle pivot. De plus, on y retrouve une carte interactive du Canada qui présente les diverses ressources fédérales, provinciales, territoriales et municipales menant à des informations sur les soins offerts, la santé physique et mentale ainsi que sur la démence.

<http://www.aines.gc.ca/fra/sp/aidants-naturels/index.shtml>

RESSOURCES ET RENSEIGNEMENTS NATIONAUX

Services communautaires et types de soutien

[Ligne d'assistance 211 et son site Web](#)

La ligne d'assistance 211 (2-1-1) et son site Web sont à la disposition de la population pour connaître les différents services communautaires, sociaux et de santé non clinique ainsi qu'aux services gouvernementaux connexes.

<http://www.211.ca/fr> ou composez le 2-1-1

Mesures d'aide et programmes offerts aux proches aidants

[L'APPUI](#)

« L'Appui national et les Appuis régionaux agissent de concert avec les acteurs locaux pour cibler les priorités locales et bonifier l'offre de services aux aidants naturels, notamment par le développement de services d'information, de formation, de soutien psychosocial et de répit. L'Appui national soutient la mise sur pied d'un Appui dans chaque région du Québec. Il administre aussi la création d'une ligne nationale info-aidant et la création d'un portail Web présentant de l'information et des ressources par région » (PCSEAN, 2015, p.45).

<http://www.lappui.org/lappui-national>

Organisations offrant du soutien aux proches aidants

[Société Alzheimer du Canada](#)

« La Société Alzheimer travaille partout au Canada pour améliorer la qualité de vie des Canadiens touchés par la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et pour faire progresser la recherche sur la cause et le remède. Les programmes et services offerts comprennent des renseignements, des ressources, de la formation, du soutien et de la consultation » (PCSEAN, 2015, p. 48).

<http://www.alzheimer.ca/fr/We-can-help>

Téléphone : 416-488-8772

Sans frais : 1-800-616-8816 (au Canada seulement)

[Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer](#)

« La Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer est le porte-parole provincial des 20 Sociétés Alzheimer régionales qui offrent de nombreux services aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. La Fédération représente, soutient et défend les droits des 125 000 Québécois atteints d'une de ces maladies ». (FQSA, 2015).

<http://www.alzheimer.ca/fr/federationquebecoise>

Mesures fiscales

[Gouvernement du Canada](#)

Service Canada regroupe sur son site Web tous les liens utiles pour obtenir de l'information sur les multiples mesures d'assistance offertes par le gouvernement du Canada aux proches aidants.

<http://www.servicecanada.gc.ca/fra/vie/soins.shtml>

[Gouvernement du Québec](#)

La section des mesures fiscales de ce site présente les liens menant vers les divers crédits d'impôt auxquels les proches aidants peuvent avoir droit, selon certains critères bien définis.

<http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/perdre-son-autonomie/Pages/accueil.aspx>

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV). Washington, DC.
- Arango Lasprilla, J. C., Moreno, A., Rogers, H et Francis, K. (2009). The effect of dementia patient's physical, cognitive, and emotional/behavioral problems on caregiver well-being : findings from a Spanish-speaking sample from Colombia, south America. *American Journal of Alzheimer's Disease et Other Dementias*, 24, 384-395.
- Barton, C., Merrilees, J., Kettle, R., Wilkins, S et Miller, B. (2014). Implementation of advanced practice nurse clinic for management of behavioral symptoms in dementia: A dyadic intervention (innovative practice). *Dementia*, 13(5), 686-696. <http://doi.org/10.1177/1471301213519895>
- Bergman, H., Arcand, M., Bureau, C., Chertkow, H., Ducharme, F, Joannette, Y., ... Voyer, P. (2009). *Relever le défi de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées une vision centrée sur la personne, l'humanisme et l'excellence: rapport*. Québec, Canada : Santé et services sociaux Québec. Récupéré du site du MSSS : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-829-01W.pdf>
- Braun, M., Scholz, U., Bailey, B., Perren, S., Hornung, R. et Martin, M. (2009). Dementia caregiving in spousal relationships: A dyadic perspective. *Aging et Mental Health*, 13(3), 426-436. <http://doi.org/10.1080/13607860902879441>
- Chwalisz, K. (1992). Perceived stress and caregiver burden after brain injury: A theoretical integration. *Rehabilitation Psychology*, 37(3), 189-203.
- Cooper, C., Balamurali, T. B. S., Selwood, A. et Livingston, G. (2007). A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(3), 181-188. <http://doi.org/10.1002/gps.1656>
- Ducharme, F. (2006). *Famille et soins aux personnes âgées*. Montréal: Ed Beauchemin.
- Ferrara, M., Langiano, E., Di Brango, T., De Vito, E., Di Cioccio, L., Baucò, C. (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer caregivers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6, 93-97.
- Gibbons, C., Creese, J., Tran, M., Brazil, K., Chambers, L., Weaver, B. et Bédard, M. (2014). The Psychological and Health Consequences of Caring for a Spouse With Dementia: A Critical Comparison of Husbands and Wives. *Journal of Women et Aging*, 26(1), 3-21. <http://doi.org/10.1080/08952841.2014.854571>
- Given, B., Sherwood, P. R. et Given, C. (2008). What knowledge and skills do caregivers need ?. *American Journal of Nursing*, 108 (supplement 9), 28-34.
- Gouvernement du Canada. (2014). *Démence*. Récupéré du site du Gouvernement du Canada: http://canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/dementia-demence/index-fra.php?_ga=1.153769208.1977711189.1431545475
- Groupe d'employeurs sur la question des aidants naturels. (2015). *Quand il faut jongler entre travail et soins: Comment les employeurs peuvent soutenir les aidants naturels au sein de leur personnel*. Récupéré sur le site du Gouvernement du Canada : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_checklist/2015/internet/w15-10-F-E.html/collections/collection_2015/edsc-esdc/Em12-8-2015-eng.pdf
- Fleury, C. (2013). Portrait des personnes proches aidantes âgées de 45 ans et plus. *Coup d'œil sociodémographique*, 27, 1-8. Récupéré sur le site de l'Institut de la statistique du Québec http://www.bdsso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01600FR_coup_doeil_45ans2013M06F00.pdf
- Kerhervé, H., Gay, M.-C. et Vignaud, P. (2008). Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. *Annales médico-psychologiques*, 166, 251-259.
- Kneebone, I.I. et Martin, P.R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8, 1-17.
- L'Appui. (2014). *Répertoire des ressources - Capitale-Nationale*. <http://www.lappui.org/capitale-nationale/repertoire-des-services>.
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. et Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139(1), 1-11. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.055>
- Liew, T.M., Luo, N., Ng, W.Y., Chionh, H.L., Goh, J. et Yap, P. (2010). Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 115-122.
- Mausbach, B.T., Roepke, S.K., Depp, C.A., Patterson, T.L. et Grant, I. (2009). Specificity of cognitive and behavioral variables to positive and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 608-615.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L. et Vitiello, M. V. (2007). Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: Contributing factors and treatment implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11(2), 143-153. <http://doi.org/10.1016/j.smrv.2006.09.002>
- Membrado, M., Vézina, J., Andrieu, S. et Goulet, V. (2005). Définitions de l'aide : des experts aux « profanes ». Dans S. Clément et J.-P. Lavoie (Dir.). *Prendre soin d'un proche âgé*. Érès, France : Les enseignements de la France et du Québec.
- Mills, P. J., Ancoli-Israel, S., Känel, R. von, Mausbach, B. T., Aschbacher, K., Patterson, T. L., ... Grant, I. (2009). Effects of gender and dementia severity on Alzheimer's disease caregivers' sleep and biomarkers of coagulation and inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(5), 605-610. <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.09.014>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Projet d'implantation ciblée de services de première ligne*. Récupéré du site du ministère, section Alzheimer et maladies apparentées: <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/alzheimer/>
- Ministère de la santé et des services sociaux et Ministère de la famille et des aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Québec, Québec : Ministère de la famille et des aînés. Récupéré de <http://site.ebrary.com/lib/uvic/Doc?id=10576049>
- Mittelman, M. (2013). Psychosocial interventions to address the emotional needs of caregivers of individuals with Alzheimer's disease : Are all family caregivers at equal risk of psychological distress?. Dans S. H. Zarit et R. C. Talley (dir.), *Caregiving for Alzheimer's Disease and Related Disorders* (p. 17-34). New York, NY: Springer New York. Récupéré de : <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-5335-2>
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *La démence. Aide-mémoire N° 362*. Récupéré du site de l'organisme : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé et Alzheimer's Disease Internationalcoll. (2012). *Dementia a public health priority*. Geneva; London: World Health Organization ; Alzheimer's Disease Internationalcoll. Récupéré de : http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
- Polk, D.M. (2005). Communication and family caregiving for Alzheimer's dementia : linking attributions and problematic integration. *Health Communication*, 18, 257-273.
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., ... Henderson, S. R. (2010). The Positive Aspects of the Caregiving Journey With Dementia: Using a Strengths-Based Perspective to Reveal Opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29(5), 640-659. <http://doi.org/10.1177/0733464809341471>
- Piercy, K. W., Fauth, E. B., Norton, M. C., Pfister, R., Corcoran, C. D., Rabins, P. V., ... Tschanz, J. T. (2013). Predictors of Dementia Caregiver Depressive Symptoms in a Population: The Cache County Dementia Progression Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 921-926. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbs116>
- Pinquart, M. et Sörensen, S. (2003). Differences between caregiver and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267.
- Quinn, C., Clare, L. et Woods, R. (2010). The impact of motivations and meanings on the wellbeing of caregivers of people with dementia : a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22, 43-55.

Revenu Québec. (2012). *Perdre son autonomie: Mesures fiscales*. Consulté le 15 octobre 2012 à l'adresse : <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Evenements/perdre-son-autonomie/Pages/accueil.aspx>.

Sansoni, J., Anderson, K. H., Varona, L. M. et Varela, G. (2013). Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig*, 25(3), 235-246.

Semiatin, A. M. et O'Connor, M. K. (2012). The relationship between self-efficacy and positive aspects of caregiving in Alzheimer's disease caregivers. *Aging et Mental Health*, 16(6), 683-688. <http://doi.org/10.1080/13607863.2011.651437>.

Schulz, R., O'Brien, A.T., Bookwala, J. et Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 6, 771-791.

Sinha, M. (2014). *Portrait des aidants familiaux, 2012*. Récupéré sur le site de Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-652-x/89-652-x2013001-fra.pdf>

Smith, G. R., Williamson, G. M., Miller, L. S. et Schulz, R. (2011). Depression and quality of informal care: A longitudinal investigation of caregiving stressors. *Psychology and Aging*, 26 (3), 584-591.

Société Alzheimer du Canada (2009). *Raz-de-marée : impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Récupéré du site de l'organisme : http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Advocacy/ASC_Rising_Tide_Full_Report_f.pdf

Société Alzheimer Canada. (2015, 22 avril). Dans son budget de 2015, le gouvernement du Canada réaffirme sa volonté de mettre en place un plan national de lutte contre l'Alzheimer et les maladies apparentées. Récupéré du site de l'organisme : http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Media-releases/_asc_release_04222015_budget2015_f.pdf

Sun, F., Hilgeman, M.M., Durkinn, D.W., Allen, R.S. et Burgio, L.D. (2009). Perceived income inadequacy as a predictor of psychological distress in Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging*, 24, 177-183.

Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Pareault, M., Vieban, F et Clément, J.-P. (2010). Troubles du sommeil chez les aidants à domicile de patients atteints de démence. *L'Encéphale*, 36, 159-165.

Vézina, J., Ducharme, F et Landreville, P. (2005). Soignants et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence: fardeau, soutien et formation. Dans P. Landreville, Rousseau, F., Vézina, J. et Voyer, P. (Dir.). *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : une approche interdisciplinaire*. Edisem.

Viens, C., Rowan, C. et Lebeau, A. (2005). *Projet régional de soutien aux aidants naturels de la Montérégie: une analyse stratégique de la pertinence des activités offertes*. Longueuil: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Montérégie. Récupéré de : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/64717>

Vitaliano, P. P., Young, H. M. et Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness? *Current Directions in Psychological Science*, 13(1), 13-16.

Wilks, S.E. et Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers : testing moderation and mediation models of social support. *Aging et Mental Health*, 12, 357-365.

Zarit, S. H. (1997). Behavioral disturbances of dementia and caregiver issues. *International Psychogeriatrics*, 8(S3), 263-268



Chers lecteurs et chères lectrices,

Vous recevez aujourd'hui un des derniers numéros en format papier de la revue *Vie et Vieillesse*. Votre revue préférée vous sera bientôt livrée en format numérique. L'augmentation des frais de production (notamment l'impression et les frais de poste) nous conduit à cette décision. En format numérique, votre revue aura la même présentation et le même graphisme, comme vous pouvez le constater sur le site Internet de l'Association québécoise de gérontologie (**www.aqq-quebec.org**) où nous avons déposé depuis juin 2014 quelques numéros de la revue. *Vie et Vieillesse* continuera à être vendue sur abonnement et distribuée aux membres en règle de l'Association québécoise de gérontologie qui ont fait ce choix. De plus, l'accès par abonnement à la revue en ligne nous permettra de la diffuser plus largement dans la francophonie. Enfin, le format numérique que nous adoptons permettra une expérience interactive, permettant aux lecteurs d'avoir accès à des informations complémentaires par un simple clic. Cet aspect du projet intéressera aussi nos annonceurs que nous souhaitons très nombreux.

Nous vous tiendrons informés du processus de transition afin de faciliter votre accès à la seule revue francophone en Amérique du Nord entièrement dédiée à la gérontologie et à tous les aspects du vieillissement.

Merci pour votre soutien et votre compréhension.

L'équipe de l'AQQ



J'AI CLIQUÉ

Vieillir en bonne santé mentale : Guide d'intervention

Valérie Coulombe

Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal

Outil de référence, de soutien et de prévention, le guide d'intervention *Vieillir en bonne santé mentale* est destiné aux intervenants – spécialisés ou non – en santé mentale, aux proches aidants ainsi qu'aux animateurs et aux bénévoles œuvrant auprès des aînés.

Il propose une réflexion sur les attitudes, les perceptions et les préjugés envers les aînés, et présente des points de repère permettant d'acquérir une meilleure connaissance du vieillissement. On y retrouve également des informations pour apprendre à distinguer les difficultés reliées au processus normal de vieillissement de celles associées à la détresse psychologique et aux troubles mentaux ou cognitifs plus sévères.

De surcroît, ce guide permet aux lecteurs d'explorer et de mettre en pratique des stratégies concrètes pour améliorer leurs interactions avec les aînés, afin de les accompagner le mieux possible et favoriser leur épanouissement, dans une perspective de promotion du bien-être.

Afin d'approfondir les notions présentées dans le guide, une formation de deux jours est offerte aux intéressés, animée à partir d'études de cas et d'échanges multidisciplinaires.

Les versions anglaise et française du guide se trouvent à l'adresse suivante : www.acsmmontreal.qc.ca



**VIE ET VIEILLISSEMENT
EST MAINTENANT DISPONIBLE
EN FORMAT NUMÉRIQUE !
www.aqq-quebec.org**



**S'ABONNER À
VIE ET VIEILLISSEMENT
C'EST :**

- Se tenir informé **des plus récentes** connaissances sur différents enjeux du vieillissement
- Connaître les pratiques les plus prometteuses pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées
- Appuyer la seule revue francophone en gérontologie sociale d'Amérique



Association
québécoise de
gérontologie

J'AI VU



Victoria : un spectacle de Dulcinée Langfelder et Cie, un regard nouveau sur la vulnérabilité du vieil âge



Alliant théâtre, danse, mime, projection vidéo, chant et humour engagé, Victoria célèbre la relation intime entre une femme qui perd la mémoire et son soignant. « Qu'est-ce que même le grand âge ne peut pas nous enlever? Les moments de communion qu'on a connus, avec des êtres, des jardins et des dieux... Autrement dit, l'amour » dit Dulcinée Langfelder. La vie n'est pas facile, mais à travers tout ça, il y a des moments pleins de richesses, des petites victoires. Victoria et son soignant s'y abreuvent à chaque instant pour nous transmettre une leçon de vie, munis d'un rire des plus contagieux.

Après avoir fait le tour du monde en huit langues et reçu sept prix, Victoria sera présentée gratuitement dans les salles de spectacles et maisons de la culture de la région montréalaise cet automne. Les présentations seront accompagnées d'ateliers donnés dans la communauté sur le langage verbal et non verbal et sur l'expression corporelle.

À ne pas manquer cet automne. Vous trouverez les dates et les lieux à l'adresse suivante : <http://dulci-langfelder.org/fr/calendrier>



PARTAGEZ VOS SOUVENIRS...

Reproduisez vos photos et documents, et obtenez :

10% de rabais
(sur présentation de ce coupon)

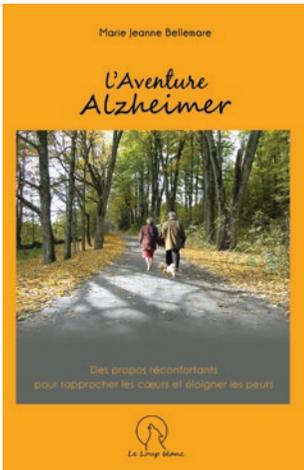
514 987-4103 | 315, rue Sainte-Catherine Est, R-R630

FABRICANT D'IMAGES

LA PETITE BOÎTE DES GRANDS NOMS

SPIN SOCIÉTÉ DE
PRODUCTION
EN IMAGERIE
NOUVELLE INC.
SPINPROD.COM

NOTE DE LECTURE



L'Aventure Alzheimer

Un livre de Marie Jeanne Bellemare
Publié aux Éditions Le Loup blanc

Un livre outil réconfortant sur la maladie de l'oubli

À première vue, le titre *L'Aventure Alzheimer* pourrait donner l'impression de vouloir dédramatiser à outrance le tsunami que représente le terrible diagnostic. On serait donc ici au seuil d'une aventure, d'une exploration ? De plus, d'entrée de jeu, l'auteure suggère de ne pas nommer la maladie. On parlera du « Pays de l'oubli » pour l'univers des malades de la mémoire, et du « Pays des Gens Raisonables » pour le monde de ceux qui y échappent. L'approche peut sembler légère étant donné le poids de la réalité. Qu'on ne s'y trompe pas toutefois : le livre de Marie Jeanne Bellemare fait le pari, après le choc de l'annonce, de se fixer un défi. Il s'agit bel et bien ici de ne pas perdre l'autre de vue malgré la distance qui s'installe et qui va s'accroître au fil du temps et de la perte des repères.

« Bonne aventure au pays de l'oubli » : l'auteure lance l'invitation sur un ton, qui une fois de plus, ne sera pas du goût de tous. Mais, à tout prendre, ce peut être une façon de nourrir l'espoir : au fil d'un périple éprouvant, il y aura de très bons moments...

En trois temps

Marie Jeanne Bellemare a travaillé dans le domaine des télécommunications après des études aux HEC. C'est la maladie de son père qui l'a amenée à s'intéresser à l'Alzheimer au point d'entreprendre des recherches sur le sujet, d'écrire un livre et de devenir conseillère aux familles dans un organisme d'aide aux proches. L'auteure a d'ailleurs tôt fait de proposer à ces derniers une démarche en trois temps face au malade, aux événements et à l'avenir soudain si fragile. L'accompagnateur doit :

- développer son empathie;
- apprendre à improviser pour réagir avec astuce aux pertes de mémoire et aux crises;
- avoir de la mémoire pour deux afin de pallier aux vulnérabilités de l'autre.

À partir de là, le périple est parsemé, ou plutôt rempli d'obstacles à surmonter. Pour apporter l'aide la plus appropriée, l'accompagnant a recours à des stratégies variées que le livre explique avec clarté grâce, notamment, à l'intervention de « Madame Rose » et de « Monsieur Louis », deux personnages fictifs aux prises avec l'Alzheimer.

On vit les choses au jour le jour, un jour à la fois. Une des forces du livre de Marie Jeanne Bellemare est de progresser à ce rythme, selon les étapes à traverser. En toute logique, on aborde, pour commencer, les premiers indices de la maladie, soit ce qui différencie les blancs de mémoire que nous avons tous, des réelles défaillances dont il faut s'inquiéter. Par la suite, on aura à faire face à un proche qui camoufle, qui souffre, qui est en proie à un vide qui s'amplifie. L'auteure suggère des moyens d'éviter les embarras, de susciter la confiance, de faire accepter l'idée d'une évaluation médicale et puis, d'affronter la nouvelle. Faire le deuil de la « vie d'avant » fait appel à des stades déchirants, tant pour la personne que pour ceux qui l'aiment : déni, frayeur, colère... Bientôt, il faut se montrer pratico-pratique : les besoins, les ressources, les dispositions légales, les démarches administratives.

Dans la deuxième partie, il est davantage question de la relation qui va s'installer et des émotions typiques de cet étrange voyage. Comment vont se manifester les instants où la personne se souvient... Quelle sera la part du passé récent et du passé ancien... Quelle place prendront le cœur et les émotions dans l'expression des souvenirs... Comment aidera-t-on la personne à faire place au plaisir...

Le tout se joue en moins de 250 pages et offre un apport complice, compétent et compréhensif dans un langage en douceur. *L'Aventure Alzheimer* comporte ses hauts et ses bas, mais Marie Jeanne Bellemare nous entraîne avant tout vers une ouverture plutôt que vers un silence.

Par Francine Légaré, collaboration spéciale



Gens du bel âge
PORTES OUVERTES
 tous les jours de 9h à 17h dans toutes
Les Résidences Soleil

Vous avez les moyens !
 Même si vous n'avez que votre pension.
 Avant de renouveler votre bail,
 faites-vous plaisir et visitez-nous !

Fini la solitude,
 joignez-vous à notre
grande famille



au service des gens
 du bel âge depuis
25 ans !

Renseignez-vous sur nos
Programmes uniques

Nous sommes conscients de la situation financière délicate de beaucoup de gens du bel âge. Nous misons donc sur le long terme car il nous tient à cœur que vous ayez les moyens de faire la belle vie.

L'assurance 30 jours
des Résidences Soleil

Si vous n'êtes pas satisfaits durant votre premier mois chez-nous, vous pourrez résilier votre bail, sans frais et sans pénalité !



Autres forfaits disponibles:

Période d'essai
Court séjour
Répît / Repos
Convalescence



À partir de seulement
50\$/jour incluant les trois
repas et les commodités !

Conseillers en hébergement

7 jours semaine afin de vous guider et répondre à toutes vos questions. Si vous n'avez pas de moyen de transport, nous pouvons même venir vous chercher avec un grand sourire.

Maintenant ouvert !

Les Résidences Soleil Manoir Brossard:
 8080, boul. St-Laurent, au pied du fleuve.
Les Résidences Soleil Manoir Plaza:
 505, Sherbrooke Est, Centre-ville Montréal.



Vivre dans Les Résidences Soleil

Ambiance chaleureuse, activités, loisirs, confort et sécurité... Voilà nos priorités pour répondre à vos besoins d'aujourd'hui et à ceux de demain! Appartements 1½ à 4½ à prix très compétitifs.



Soins et services personnalisés

Une grande variété de soins et services vous sont offerts à la carte, selon vos besoins évolutifs. Personnel de soins présent 24h/24. Visite de médecin. Salon de coiffure et d'esthétique sur place.



Sécurité et surveillance 24h/24

Réceptionniste en permanence, contrôle des entrées et sorties, surveillance vidéo. Système d'alarme d'urgence et d'incendie dans chaque appartement. Stationnement intérieur disponible.



Partager de bons repas

Excellent choix de menus santé, variés et à volonté, préparés par un chef diplômé. Grande salle à manger conviviale, où familles et amis sont les bienvenus en tout temps! Service aux tables aussi disponible.



Activités stimulantes et sorties organisées

Piscine, sauna, spa, salle de remise en forme, artisanat, chorale, bingo, chapelle, salon de cartes, billard, jeux de palettes, pétanque, bibliothèque, salon Internet, salon piano, comité de résidents et bien plus...

Les Résidences Soleil | 1-800-363-0663 | residencessoleil.ca



Le certificat de gérontologie vous propose une formation multidisciplinaire touchant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui caractérisent le vieillissement et la vieillesse.

Le certificat en santé mentale vous permet de développer une meilleure compréhension de la santé mentale et d'actualiser vos habiletés d'intervention.

NOUVEAU - AUTOMNE 2015 **Campus de Saint-Hyacinthe**

GER1000

Introduction à la gérontologie

Samedi 5, 19 septembre, 3, 17, 31 octobre et 14 novembre
8 h 30 à 17 h

GER2021

Santé mentale et vieillissement

Samedi 12, 26 septembre, 10 octobre, 7, 21 novembre et 5 décembre
8 h 30 à 17 h

Admission Automne 2015

514 343.6090 - 1 800 363.8876

fep.umontreal.ca



Université 
de Montréal

Faculté de
l'éducation permanente