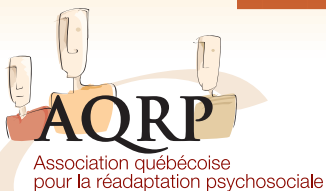


le partenaire

volume 21 - numéro 2, hiver 2013



Vieillir ... en bonne santé mentale



La seule revue de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale

le partenaire

est la revue de

l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Publiée 4 fois par année, cette revue est la seule de langue française spécialisée en réadaptation psychosociale et en rétablissement en santé mentale.

Siège social :

AQRP, 2380, avenue du Mont-Thabor, bureau 205
Québec (Québec) G1J 3W7
Courriel : aqrp@qc.aira.com
Internet : aqrp-sm.org

Éditrice :

Esther Samson

Coéditrice : Line Leclerc

Comité d'édition :

Noémie Charles,
Paire aidante certifiée et formatrice pour le programme Pairs Aidants Réseau, spécialiste en activités cliniques - Santé mentale, Centre du Florès, Saint-Jérôme

Rosanne Énard,
Consultante formatrice en réadaptation psychosociale et rétablissement et en suivi communautaire, Outaouais

Michel Gilbert,
Conseiller clinique, Centre de réadaptation La Myriade, Programme santé mentale, Lanaudière

Francis Guérette
Ergothérapeute, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Programme clientèle des troubles anxieux et de l'humeur

Diane Harvey,
Directrice générale, AQRP, Québec

Paul Jacques,
Psychiatre, Institut universitaire en santé mentale de Québec, Programme clientèle des troubles anxieux et de l'humeur

Marie-Hélène Morin,
Travailleuse sociale, M. Serv. soc., professeure régulière en travail social, Université du Québec à Rimouski (UQAR)

Steve Paquet, Ph.D.,
Chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et professeur associé au département de sociologie de l'Université Laval

Révision des textes :

Judith Tremblay

Conception et réalisation graphique :

www.fleurdelysee.ca

Impression :

Copies du Pavois, Québec

ISSN : 1188-1607

sommaire

2 Carnet de la coéditrice Line Leclerc, Coéditrice

3 Franc tireur Vieillir avec un trouble mental grave fait peur!

Joscelyne Thibault, personne en rétablissement, Montérégie

4 Enjeux et perspectives entourant le suivi en CSSS des personnes âgées aux prises avec un trouble de santé mentale grave : le point de vue des intervenants de la première ligne

Steve Paquet, Ph. D., chercheur, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), professeur associé, Département de sociologie, Université Laval;
Lisa Ellington, étudiante à la maîtrise, École de service social, Université Laval, professionnelle de recherche, CEVQ

8 L'importance des projets personnels pour la santé mentale et le bien-être des aînés : un programme d'intervention

Sylvie Lapierre, Ph. D., Paule Miquelon, Ph. D., Sophie Desjardins, Ph. D., Lyson Marcoux, M. A., Micheline Dubé, Ph. D., Michel Alain, Ph. D., Université du Québec à Trois-Rivières;
Léandre Bouffard, Ph. D., Université de Sherbrooke

12 Les services spécialisés en santé mentale pour des personnes âgées du CSSS Cavendish-CAU : déjà dix ans

Kareem Nour, Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique de la Montérégie; chercheuse associée, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), CSSS Cavendish-CAU

En collaboration avec

Marijo Hébert, Jean-Pierre Lavoie, Ph. D., Nona Moscovitz, Véronique Billette, Alan Regenstreif, CREGES, CSSS Cavendish-CAU; Bernadette Dallaire, Ph. D., Département de service social, Université Laval; Isabelle Wallach, Ph. D., Département de sexologie, UQAM

16 La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : un traitement de choix pour les personnes âgées anxieuses

Sébastien Grenier, M. Ps., Ph. D., psychologue clinicien, chercheur postdoctoral, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM), professeur associé, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM); Marie-Christine Payette, étudiante au baccalauréat en psychologie, UQAM, assistante de recherche, CRIUGM

Carnet de l'éditrice

Les lecteurs intéressés par les différents enjeux que soulève le suivi des personnes vieillissantes aux prises avec un problème de santé mentale (grave ou transitoire) trouveront assurément dans ce numéro matière à réflexion.

La situation des aînés est ici abordée sous plusieurs angles. L'un d'eux consiste à examiner de près la valeur ajoutée des *projets de vie* conçus et portés par les aînés. Des chercheurs de l'Université du Québec à Trois-Rivières partagent les résultats d'un travail de recherche qui met en lumière les bienfaits sur le sentiment de bien-être personnel d'un investissement significatif dans une activité qui *fait sens* et *donne sens* au temps : le temps passé, le temps présent et celui qui reste. D'un certain point de vue, ce texte sensibilisé à la réalité des aînés nous rappelle que la citoyenneté n'est pas seulement une catégorie sociale, puisqu'elle s'inscrit aussi et surtout dans des pratiques quotidiennes et nécessairement singulières, dans un tête-à-tête avec soi et les autres.

En plus de ce thème abordé par les auteurs avec rigueur et délicatesse, nous avons voulu présenter aux lecteurs du *partenaire* des résultats de recherche qui dressent

un portrait des principaux enjeux que les acteurs et les organisations du milieu de la santé doivent aujourd'hui affronter quand il s'agit d'assurer la mise en place de services qui répondent aux besoins des aînés. Que ce soit les services spécialisés offerts dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS), la thérapie cognitivo-comportementale ou la perspective des intervenants de première ligne relativement aux enjeux du suivi des gens atteints d'un problème en santé mentale dans les CSSS, toutes ces recherches veulent soutenir ces personnes trop souvent qualifiées de « fragiles » ou de « vulnérables ». Et pourquoi donc ces termes servent-ils d'adjectifs pour désigner le phénomène du vieillissement? Ne serait-il pas plus juste de voir dans la *fragilité* et la *vulnérabilité* le signe de notre humanité? Le témoignage d'une personne utilisatrice de services invite d'ailleurs à prendre en quelque sorte la mesure des effets stigmatisants que comporte l'usage de ces termes, selon le regard de nos aînés.

À tous, bonne lecture!

Line Leclerc, coéditrice

En collaboration avec Steve Paquet,
membre du comité d'édition



En page couverture

L'oeuvre à la Une, *Sans titre*, est une création de pastel sur carton de Diane Lenoir. Elle fait partie de la collection des *Impatients*, organisme de Montréal qui a pour mission de venir en aide aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale par le biais de l'expression artistique.

Veillir avec un trouble mental grave fait peur!

Les gens ayant reçu un diagnostic de trouble mental grave (TMG) et qui prennent de l'âge vivent une double stigmatisation : maladie mentale et vieillissement. Dans une société d'exclusion, portée à nier leurs besoins spécifiques (nihilisme), ils doivent affronter la perte d'autonomie, l'isolement, le manque de soutien, l'insuffisance du côté des ressources financières, environnementales, psychosociales et l'absence de pouvoir sur leur vie : agir, décider. Dès 2010, cette clientèle de 55 ans et plus avec un TMG représentait 2 % de la population et elle doublera d'ici 30 ans selon les chercheurs (Dallaire et coll. 2010).

Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux s'attardait peu sur la notion de vieillissement : toute personne a droit aux services que sa condition requière... Le prochain Plan d'action qui sera déposé en 2013 est, pour l'instant, d'une durée indéterminée. Le contenu, concernant la clientèle âgée, est toujours en cours d'élaboration. Les services actuels pour la clientèle avec un TMG peuvent varier d'une région à une autre et sont créés selon les besoins, la bonne volonté et l'intérêt des institutions locales, sans nécessairement l'appui financier, structurel et politique.

Indépendamment de sa mission, un organisme communautaire qui voit sa clientèle âgée (65 et plus) devenir un fardeau pour son fonctionnement dirige celle-ci vers une autre ressource ou à un CLSC. La personne est alors évaluée, orientée de nouveau vers les ressources appropriées ou inscrite sur la liste d'attente; elle vit donc une période d'insécurité. Les services disponibles sont diversifiés : maintien à domicile, aide alimentaire, accompagnement, entretien ménager, etc.; mais il n'y a rien qui soit réservé uniquement aux gens ayant un TMG.

Le CLSC peut entre autres recommander à une personne d'aller à l'hôpital de jour. Après examen, celle-ci a la possibilité de participer aux activités d'un groupe, une journée par semaine au maximum selon ses besoins. Dans les régions périphériques ou à l'extérieur des grands centres, l'accès à ce service est limité en raison des problèmes de transport et les services psychosociaux ne sont pas toujours disponibles pour les gens avec un TMG. On constate qu'avec peu de ressources spécialisées, un personnel dévoué rend des services appréciés par cette clientèle (TMG et vieillissement). Dans certaines régions, des centres de jour psychiatriques offrent un service d'accueil avec ou sans rendez-vous et, selon leur disponibilité organisationnelle et budgétaire, des ressources

médicales spécialisées et psychosociales pour répondre aux besoins immédiats de cette clientèle particulière.

En hébergement, la situation se corse; des organismes ont vu doubler l'âge de leur clientèle cible. Ils se sont adaptés sans nouvelles ressources spécialisées ou financières. Les centres d'hébergement pour personnes âgées souffrent d'une pénurie de ressources psychosociales. On note aussi de la peur chez le personnel – formé ou non – vis-à-vis des gens avec un TMG, peur causée par une mauvaise compréhension de ces problèmes et des préjugés tenaces envers la maladie mentale sous toutes ses formes. Certains établissements refusent même une personne avec un TMG. De plus, pour des raisons de priorité et de budget, il y a un manque général de programmes de réadaptation spécifiques pour ces gens et de programmes de maintien du rétablissement.

Quand je pense à mon avenir, j'ai peur et j'entrevois la peur des autres : même mon humour est suspect! Vieillir avec un TMG depuis des années, sans travail rémunérateur pour m'offrir des services en fin de vie, pour le maintien de mon rétablissement et pour retarder mon vieillissement, est très inquiétant quand je m'y arrête. Pour contrer les effets d'un TMG et de l'âgisme, il est important d'être stimulé et soutenu.

Bien vieillir, c'est s'activer dans les différents domaines où nos désirs, nos intérêts, notre volonté et nos forces nous conduisent pour permettre notre inclusion sociale (Dallaire et coll. 2010; Dallaire et McCubbin 2008). Si elle est appuyée par la communauté et correctement orchestrée, cette dernière va endiguer notre peur et celle des autres à notre endroit, d'où son importance.

Et j'ajoute, *Hier, la vie comme la photographie transformait le négatif en positif. Aujourd'hui, à l'ère du numérique où tout est positif malgré les retouches invisibles niant l'évidence! Comment transcender la vie demain.*

Pour éviter que son état s'aggrave et s'alourdisse par son vieillissement, toute personne vivant avec un TMG a droit à tous les services que nécessite sa condition, ceci à la grandeur du territoire desservi. Par équité, pour jouir d'une entière et digne citoyenneté jusqu'à la fin de son parcours parmi nous...

Joselyne Thibault¹,
personne en rétablissement, Montérégie

¹ Je remercie sincèrement les personnes consultées pour la rédaction de cet article.

BIBLIOGRAPHIE

Dallaire, B. et coll. (2010). « Cheminements et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves : perspectives d'intervenants psychosociaux ». *La Revue canadienne du vieillissement*, 29(2), 267-279.

Dallaire, B. et M. McCubbin. (2008) « Parlons d'inclusion sociale. La théorie et la recherche à propos des personnes aux prises avec des handicaps psychosociaux ». Dans E. Gagnon et coll. *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion* (251-266). Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Enjeux et perspectives entourant le suivi en CSSS des personnes âgées aux prises avec un trouble de santé mentale grave : le point de vue des intervenants de la première ligne

Steve Paquet, Ph. D., chercheur, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), professeur associé, Département de sociologie, Université Laval;
Lisa Ellington, étudiante à la maîtrise, École de service social, Université Laval, professionnelle de recherche, CEVQ

Mise en contexte

Cet article est issu d'une recherche postdoctorale effectuée au CEVQ en 2009-2010 qui portait sur la distribution en première ligne des formes de responsabilité et des pratiques de soins destinées aux personnes vieillissantes devant négocier avec un trouble de santé mentale grave (TMG)¹. Plus précisément, il s'agissait d'identifier et de bien distinguer les composantes *organisationnelles* (conditions de travail, protocoles et ententes de services, outils cliniques servant à évaluer les besoins de la clientèle, etc.) et *expressives* (ensemble des valeurs, des croyances populaires et du savoir pratique entourant le statut de la vieillesse et les représentations de la maladie) en jeu dans cette distribution.

Nous présentons ici les résultats partiels construits à partir d'une large recension des écrits sur cette thématique et de quelques entretiens (N = 7) menés, à titre exploratoire, avec des professionnels rattachés au CSSS de la Vieille Capitale, à Québec. Dans l'organisation des CSSS, les aînés ayant à la base un profil gériatrique et qui sont aux prises avec un TMG interpellent deux équipes d'intervenants bien distinctes : celle travaillant auprès de personnes malades mentalement (équipe de santé mentale) et celle intervenant auprès d'une clientèle qui affichent des profils cliniques variés, profils ayant en commun d'être soutenus par l'identification d'une perte d'autonomie sur le plan fonctionnel (équipe de soutien à domicile). Pour différentes raisons (formation et appartenance professionnelle, expérience de travail, exigences des employeurs, profil des établissements, etc.), ces deux équipes de travail n'ont ni la même façon d'intervenir auprès des personnes, ni la même représentation de ce qui devrait permettre, à terme, le rétablissement ou le mieux-être des personnes utilisatrices. La combinaison des problématiques de la maladie psychiatrique avec celles de l'avancement en âge instaure ce qu'il est convenu d'appeler une *zone grise* dans la prestation des services, zone à l'intérieur de laquelle des « tensions » (sur le plan personnel, les compétences, les intérêts corporatistes, etc.) sont susceptibles d'apparaître entre les professionnels.

Prenant en considération le vieillissement de la population, cette situation est sans précédent dans l'histoire de la prise en

charge de la maladie psychiatrique au Québec. Nous assistons, pour la première fois, au contrecoup d'un non-recours à l'institutionnalisation massive des personnes comme réponse socialement instituée à la maladie.

Vieillesse et santé mentale : quelques données sociodémographiques

Au Canada, les personnes âgées de 65 ans et plus forment actuellement un peu plus de 14 % de la population. Les projections démographiques les plus récentes prévoient que vers 2015, cette proportion pourrait dépasser celle des enfants de moins de 15 ans (Statistique Canada 2011). Selon la plupart des scénarios envisagés, les aînés représenteront à partir de 2031 près du quart de la population québécoise (Institut de la statistique du Québec 2012). On peut dès lors présager une augmentation importante des dépenses reliées à l'utilisation des services de santé, lesquels englobent à la fois les services de soutien à domicile, les soins directs offerts aux personnes utilisatrices vivant dans la collectivité et les soins continus fournis dans les centres d'hébergement et dans les hôpitaux (Caris et Trahan 2006).

La présence juxtaposée des problématiques liées à la maladie mentale et à l'avancement en âge conduit les personnes aux prises avec un TMG à vivre avec des incapacités concernant leur autonomie fonctionnelle et économique ainsi que leur habileté à assurer seules leur hygiène personnelle (Bartels et coll. 1999; Colenda et coll. 2002). De plus, plusieurs aînés souffrant de TMG sont isolés socialement en raison de l'inadéquation de leurs stratégies d'adaptation en regard des exigences ou simplement des particularités de leur milieu de vie (Royal College of Psychiatrists 2005; Thompson 1999). Parmi les Nord-Américains âgés de plus de 65 ans, on estime à 2 % ceux touchés par un TMG (Dallaire et coll. 2008). Ce pourcentage pourrait doubler dans les trente prochaines années. Le nombre de personnes âgées de 55 ans et plus atteintes de schizophrénie devrait lui aussi être multiplié par deux d'ici 2030 (Cohen et coll. 2000).

Sur un autre plan, on observe qu'au Québec, 13 % des personnes âgées de 65 ans et plus présentent un trouble de l'humeur

¹ Dans la littérature consultée, cette catégorie regroupe la schizophrénie, les maladies psychotiques, les troubles anxieux majeurs et les dépressions chroniques, les troubles bipolaires et les désordres graves de la personnalité.

associé à un sentiment dépressif ou à un état anxieux (Institut de la statistique du Québec 2008). D'autres recherches établissent à 20 % la proportion des personnes âgées dont l'état de santé mentale nécessite une prestation de soins (Nour et Hébert 2010). Des études basées sur la mesure de l'autoperception de la santé indiquent que dans la province, 4 % des personnes âgées de 65 ans et plus ne se perçoivent pas comme ayant une bonne santé mentale (Bordeleau et Traoré 2007). Les données fournies par l'Institut de la statistique du Québec vont dans le même sens. À partir d'une enquête effectuée récemment, on calcule que plus de 6 % des aînés jugent leur état de santé mentale comme étant « mauvais » ou « passable » (Institut de la statistique du Québec 2010). Cette prévalence, bien que moins élevée que dans l'ensemble de la population active, demeure importante considérant qu'un trouble de santé mentale n'est pas facile à détecter chez les personnes âgées étant donné, entre autres, l'association trop rapide des notions de vieillesse et de maladie. Ce préjugé conduirait à une banalisation ou à une incompréhension des troubles psychopathologiques chez les aînés (Moliner et coll. 2008).

À cette première série de difficultés s'ajoutent des conditions de vie qui colorent de manière particulière l'expérience du vieillissement, conditions que nous assimilons trop aisément à une détérioration du bien-être chez les aînés : la perte de liens sociaux significatifs; l'exclusion sociale, économique et symbolique des personnes; une limitation des capacités fonctionnelles et motrices; l'affaiblissement de la participation citoyenne, etc. (Billette et Lavoie 2010; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées 2006; MacCourt et Krawczyk 2010). La coprésence de ces situations « à risque » (et les jeux de rebonds qu'elles entretiennent entre elles) comporte donc des effets d'aveuglement qui rendent difficiles le repérage et le traitement des troubles mentaux chez les personnes âgées. Sur ce thème, des études suggèrent que près de « 50 % des aînés ayant un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services appropriés à leur situation, en raison de barrières sociales, émotives, psychologiques, physiques, économiques ou organisationnelles » (Nour et Hébert 2010, p. 16).

Enjeux et perspectives : le point de vue des intervenants

Dans les propos recueillis par les participants à la recherche, une série d'enjeux semble traverser le champ des interventions de première ligne en matière de soins aux aînés vivant avec un TMG. La plupart des intervenants rencontrés en entrevue considèrent l'identification de ces enjeux comme une manière de faire ressortir quels sont les obstacles à leur pratique. Certains de ces obstacles ont à voir avec ce qui détermine ou vient encadrer, en amont, les balises de leurs interventions. D'autres semblent pointer du doigt des idées préconçues qu'expriment parfois des collègues sur les questions du vieillissement ou de la maladie mentale. Dans le cadre de cet article, seuls les enjeux concernant les composantes organisationnelles du travail seront traités.

ENJEUX LIÉS À L'ORGANISATION DU TRAVAIL ET DES SERVICES : UN APERÇU

Depuis déjà plusieurs années, on assiste, dans le réseau de la santé et des services sociaux, à un découpage des services offerts à la population en fonction de profils cliniques préétablis que les administrateurs et les cliniciens tentent de construire pour ensuite être en mesure de mieux les isoler. Dans le domaine

de la santé publique, ces dispositifs permettent le repérage de « groupes à risque » et l'identification de priorités en matière d'intervention. Bien que tout à fait louables, ces mécanismes de découpage comportent leur lot d'effets que nous pourrions qualifier de « pervers ». En effet, il existe, sur un plan logique, une contradiction entre ces formes d'organisation des pratiques basées sur une distribution des soins par *programme clientèle* et le souhait exprimé en parallèle par les intervenants (quand ils abordent la question des finalités de leur pratique) de *vouloir répondre aux besoins* des personnes. Fractionnement, donc, dans l'organisation et la prestation des services qui cohabitent avec une intention (et une intention qui n'est pas abstraite, puisqu'elle est inscrite concrètement dans les codes de conduite et les règles d'éthique des établissements) d'individualiser au maximum les différentes figures de la relation d'aide. Ce chevauchement de logiques, qui ne repose pas sur les mêmes postulats pour justifier les pratiques de santé, bien des professionnels l'ont identifié. Dans leur façon de concevoir les choses, cette situation explique de bien des manières ce que l'on désigne souvent par le vocable de « trou » dans l'organisation des services.

Parmi les Nord-Américains âgés de plus de 65 ans, on estime à 2 % ceux touchés par un TMG (Dallaire et coll. 2008). Ce pourcentage pourrait doubler dans les trente prochaines années. Le nombre de personnes âgées de 55 ans et plus atteintes de schizophrénie devrait lui aussi être multiplié par deux d'ici 2030 (Cohen et coll. 2000).

Sur le terrain, cela se traduit également par des mésententes entre les équipes de travail. À qui revient la tâche de soutenir, par exemple, une femme âgée de 83 ans, schizophrène et ayant de la difficulté à marcher? Dans les observations que nous avons menées, les professionnels se relancent la balle sur cette question. Les intervenants des équipes de santé mentale soutiennent que ce serait aux professionnels du SAD de prendre en charge le dossier, prétextant que le profil gériatrique exige une sécurisation du milieu de vie. Bien entendu, il est facile d'imaginer la suite; les professionnels du soutien à domicile pourront exprimer en réponse à cet argument qu'il faudrait d'abord s'assurer qu'une évaluation psychiatrique peut être menée, afin d'ajuster au besoin la médication, celle-ci entraînant souvent des pertes d'équilibre chez les aînés.

Évoquons un autre scénario qui nous a été rapporté par une participante à la recherche : celui d'un homme – que nous appellerons Monsieur B. – âgé de 82 ans et qui reçoit des services à domicile de l'équipe de santé mentale depuis une dizaine d'années, en raison d'une schizophrénie que l'on dit « résiduelle ». Monsieur B. rencontre une ou deux fois par semaine une travailleuse sociale rattachée à une équipe de

suivi d'intensité variable. Celle-ci s'enquiert de lui, voit à ce qu'il prenne sa médication correctement, s'informe de la qualité de ses relations sociales et familiales et s'assure, enfin, que le suivi avec son médecin traitant est régulier. Arrive un moment où Monsieur B. n'est plus en mesure de préparer ses repas; il a récemment fait une chute à domicile qui l'oblige à se déplacer avec une marchette. Depuis cet incident, il néglige aussi son hygiène. Puisqu'il ne sort pratiquement plus de chez lui, les gens qui cohabitent à proximité ont commencé à exprimer des soupçons sur son état mental et à faire courir la rumeur que cette réclusion volontaire serait le symptôme des tendances paranoïdes déjà apparues dans le passé. En renfort, la travailleuse sociale tente de faire intervenir une ergothérapeute du SAD dans le dossier, pour qu'elle puisse adapter le milieu de vie de Monsieur B. de manière à le rendre plus sécuritaire. Débordée, la professionnelle refuse, prétextant qu'il s'agit d'un dossier « santé mentale ». Mais la travailleuse sociale insiste. L'ergothérapeute se rend donc finalement sur place pour une évaluation clinique. Quand elle rencontre Monsieur B., cela fait déjà plusieurs jours qu'il ne s'est pas lavé. Il est vêtu d'une chemise tachée et malodorante. Comme il y a un moment qu'il n'est pas sorti de chez lui, il arbore également l'allure d'une personne repliée sur elle-même et l'ergothérapeute trouve que ses capacités interrelationnelles sont défailtantes. Elle retourne donc le dossier aux intervenants de l'équipe de santé mentale, justifiant sa décision de ne pas intervenir par le fait que la dégradation de l'état physique de Monsieur B. était, pour elle, attribuable à un épisode de décompensation.

Du point de vue des intervenants qui cumulent une plus grande expérience de travail, l'accroissement du nombre de gestionnaires, de cadres et de chefs de service alourdit les dispositifs qui permettaient autrefois d'assurer une réception juste et équitable des demandes d'aide formulées par les personnes utilisatrices.

ADMINISTRATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES :
UN IRRITANT POUR LES INTERVENANTS ET UN DÉFI POUR LES AÎNÉS

D'autres rouages administratifs peuvent entraîner un accès difficile aux services pour des personnes utilisatrices qui présentent des besoins variés. Donnons à titre d'exemple l'introduction récente du *guichet unique* pour traiter l'ensemble des demandes de services formulées par les personnes utilisatrices. Techniquement, cette mesure rend plus rigides les liens informels et les possibilités d'interactions qui existaient auparavant entre les intervenants du SAD et les équipes de santé mentale. Sauf exception, nous a-t-on rapporté, les ergothérapeutes, les infirmiers ou encore les techniciens en réadaptation physique ne peuvent plus s'adresser directement à leurs collègues de la santé mentale lorsqu'une problématique psychosociale est soupçonnée chez un client.

² CARRA : Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance.

Même pour la personne utilisatrice du système qui bénéficie des services de l'une ou de l'autre des équipes, toute nouvelle demande d'aide qui déroge du mobile premier pour lequel un service a été octroyé signifie un *retour à la case départ*. Sa demande, comme toutes les autres, doit repasser par les mailles d'une nouvelle évaluation.

Ces parcours de soins, tracés et en quelque sorte « formatés » à l'avance, témoignent de ce que le sociologue français Robert Castel a soulevé dans le champ des soins médicopsychologiques, il y a plus de 30 ans : une technocratisation croissante des liens entre l'État et les prestataires des services de santé, situation qu'il liait au déploiement d'une nouvelle idéologie, d'un management social basé sur la *gestion du risque* (Castel 1981). Dans le secteur de la sociologie de la santé, on associe ce type de gestion à un sentiment d'insécurité qui envahit actuellement l'espace public. Cette impression justifie le désir d'intervenir ou plus exactement de prévenir, en amont, l'apparition de problématiques sociales qui n'ont besoin que d'être *appréhendées* pour que s'organisent, autour d'elles, toute une série d'actions ayant pour finalité l'apaisement d'une « crainte » au sens large. Cette forme de gestion est aujourd'hui au cœur des politiques en matière de soins de santé. Elle permet également de comprendre l'arrivée en scène d'un nouveau personnage dans les milieux de soins, soit celui du « gestionnaire ». Sans vouloir prendre position ni même contribuer au débat public entourant la place et le rôle des administrateurs dans le domaine des services sociaux et de la santé, soulignons au passage une donnée qui nous semble éclairante : la CARRA² publiait récemment un rapport indiquant qu'au Québec, entre les années 2003 et 2008, la hausse du nombre de cadres engagés dans le système de santé se situe à 19 %. En chiffres absolus, cela représente environ 2000 personnes. En comparaison, le nombre de médecins et d'infirmiers a augmenté respectivement de 7 % et de 5 % durant la même période.

Du point de vue des intervenants qui cumulent une plus grande expérience de travail, l'accroissement du nombre de gestionnaires, de cadres et de chefs de service alourdit les dispositifs qui permettaient autrefois d'assurer une réception juste et équitable des demandes d'aide formulées par les personnes utilisatrices. À bien des égards, cette réalité décriée par plusieurs pourrait être expliquée en ayant recours au concept de *violence structurelle*, dans la mesure où des composantes organisationnelles liées à la prestation des soins ont des effets négatifs bien réels sur l'expérience des utilisateurs des services de santé. Par ce concept, nous entendons : « toute structure sociale qui, pour quelque raison que ce soit, empêche une certaine catégorie de personnes d'avoir pleinement part aux ressources existantes et leur refuse la possibilité de mener une vie autonome » (Zemp 2002, p. 2). Dans le cas qui nous intéresse, nous avons observé des exemples qui concordent parfaitement avec cette définition. Le cas de figure le plus rapporté dans notre revue de littérature et dans nos entretiens est celui de l'intervenant qui, contraint de devoir rendre compte de ses activités professionnelles à l'intérieur de balises de plus en plus étroites, exprime un sentiment d'insatisfaction au travail, car il a la conviction (frustrante) de consacrer de moins en moins de son temps de travail aux personnes utilisatrices. Autrement, le manque de formation du personnel et l'incompréhension des gestionnaires vis-à-vis des

difficultés réelles que rencontrent sur le terrain les professionnels constituent autant de déclinaisons d'une même réalité. En sociologie de la santé, ces éléments sont souvent abordés sous l'angle d'une déshumanisation des services. Pour les aînés aux prises avec un TMG, ils engendrent des conséquences directes : hausse de l'isolement social, perte de l'estime de soi, aggravation de l'état de santé mentale et désespoir.

En guise de conclusion : quelques stratégies déployées par les professionnels

Pour contrer ces quelques obstacles dont nous venons de situer les enjeux, les intervenants rencontrés en entrevue nous ont rapporté qu'ils employaient tout un lot de stratégies, adoptées au fil du temps, « avec l'expérience » diront certains, « suivant les conseils des plus anciens », selon les autres. Par le terme de *stratégie*, nous entendons une pratique sociale qui vise à surmonter ce qui est perçu comme une épreuve dans une organisation et qui peut conduire à générer de nouvelles règles, lesquelles peuvent servir à exprimer une résistance ou au contraire une validation des manières de faire admises ou prescrites dans cette organisation (Crozier et Freidberg 1977). Pour l'essentiel, les stratégies déployées par les intervenants rencontrés en entrevues ou encore analysées dans le cadre de la recension des écrits s'organisent autour de deux pôles : un premier où l'enjeu est d'inscrire une pratique de soins utilisée par les acteurs dans les règles et les normes qui ont force de loi dans un établissement, renforçant ainsi les systèmes en place; et un autre où il s'agit au contraire pour les professionnels de se situer de manière à prendre une certaine distance vis-à-vis des règles institutionnelles, adoptant par le fait même une façon d'être et de faire plus singulière. Nous pensons ici à une intervenante du SAD qui, en entrevue, expliquait les méthodes qu'elle avait peaufinées pour conserver les liens informels construits au cours des années avec ses collègues du secteur de la santé mentale; troquant parfois ses heures de travail pour ensuite les échanger, au besoin, à un autre professionnel requérant son soutien.

En conclusion de ce texte, nous abordons rapidement cette deuxième catégorie de stratégies.

Pour une large part, ces stratégies incarnent et expriment, pour les professionnels, une *éthique*, plus justement une éthique de la vie en société et de ce que l'on qualifie, souvent sans nuance, de *droit à la santé*. Car, à strictement parler, la santé ne peut être un « droit » au sens fort du terme; seules les conditions sociales, économiques ou encore environnementales qui permettent aux citoyens de se rapprocher de cet état, nécessairement incertain, que l'on nomme bien-être (social, psychologique et physique), peuvent être définies selon les termes d'une revendication (Gadamer 1998). Alors, au nom de la défense de ce qui est défini ou perçu comme « inacceptable », il arrive (et nous avons été témoins de ce scénario) qu'un professionnel de la santé mentale transgresse les limites qui encadrent habituellement son champ d'intervention et décide d'accompagner une personne utilisatrice qui demanderait, par exemple, d'être soutenue dans ses recherches visant l'achat d'un nouvel appareil électroménager. Le quotidien des intervenants du SAD est parsemé de ces stratégies. Nous avons ici en mémoire les propos d'une physiothérapeute, qui nous racontait à quel point il était important pour elle d'accorder un « temps d'écoute » à ses clients, même si ce qui était échangé dans ce temps consacré à l'autre dépassait largement ce qui était prévu dans le plan d'intervention. Au besoin, nombreux sont les intervenants du soutien à domicile qui ajustent leur horaire en fonction de ce désir, timidement exprimé, auquel nul ne se refuse : être entendu.

Ces portes de sortie utilisées par les professionnels reflètent à notre sens les enjeux qui se poseront dans un avenir rapproché aux différents acteurs des systèmes de soins. Des enjeux que nous pourrions traduire sous la forme d'un questionnement : à quelles conditions est-il possible d'assurer l'accès pour tous à des soins de santé de qualité, tout en conciliant la valeur aujourd'hui accordée à ces normes sociales que nous regroupons sous les termes de *performance* et d'*équité*?

BIBLIOGRAPHIE

- Bartels, S. J. et coll. (1999). « Community based long term care for older persons with severe and persistent mental illness in an era of managed care ». *Psychiatric Services*, 50, 1189-1197.
- Billette, V. et J. P. Lavoie. (2010). « Vieillissements, exclusions sociales et solidarités ». Dans M. Charpentier et coll. (édit.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (1-22), Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Bordeleau, M. et I. Traoré. (2007). *Santé mentale, santé générale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu*, Québec, Institut de la statistique du Québec (Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, juin 2007).
- Caillé, A. (2003). « Le don, la maladie et la déshumanisation de la médecine ». *La Découverte, revue du MAUSS*, 1(21), 330-335.
- Caris, P. et L. Trahan. (2006). « Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées ». *Santé, société et solidarité*, 1, 158-164.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit. (Le sens commun).
- Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (2006). *National Guidelines for Seniors' Mental Health. The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long-term Care Homes*. Toronto, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.
- Cohen, C. I. et coll. (2000). « Schizophrenia and older adults. An overview: Directions for research and policy ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(1), 19-28.
- Colenda, C. C. et coll. (2002). « Comparison of adult and geriatric psychiatric practice patterns ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 609-617.
- Crozier, M. et E. Freidberg. (1977). *L'acteur et le système*, Paris, Seuil.
- Dallaire, B. et coll. (2008). « Representations of elderly with mental health problems held by psychosocial practitioners from community and institutional settings ». Dans S. Dumont et M. St-Onge (édit.), *Special Issue. Social Work in Health and Mental Health*, 7(1-3), 139-152.
- Gadamer, H.-G. (1998). *Philosophie de la santé*, Paris, Éditions Grasset.
- Institut de la statistique du Québec. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2012). *Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2012*. Québec, Institut de la statistique du Québec.
- MacCourt, P. et M. Krawczyk. (2010). *Promouvoir le bien-être des aînés. L'outil d'évaluation des politiques en matière de santé mentale des aînés*, Victoria, British Columbia Psychogeriatric Association.
- Moliner, P., M. Ivan-Ray et J. Vidal. (2008). « Trois approches psychosociales du vieillissement. Identités, catégorisations et représentations sociales ». *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 6(4), 245-257.
- Nour, K. et M. Hébert. (2010). « Pour les aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale : miser sur la communauté ». *Pluriâges. Revue du centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale*, 1(1) : 15-17.
- Royal College of Psychiatrists. (2005). *Caring for People who Enter Old Age with Enduring of Relapsing Mental Illness*, London, Royal College of Psychiatrists Council Report CR110.
- Statistique Canada. (2011). *La population canadienne en 2011 : âge et sexe*. Canada, Statistique Canada (numéro 98-311-XWF2011001 au catalogue).
- Thompson, R. (1999) « Home care of the elderly with mental health needs ». *Nursing Times*, 95(10), 10-16 et 48-49.
- Zemp, A. (2002). *La violence structurelle au quotidien dans la vie d'une personne handicapée*, Suisse, Centre assistance Suisse.

L'importance des projets personnels pour la santé mentale et le bien-être des aînés : un programme d'intervention

Sylvie Lapierre, Ph. D., Paule Miquelon, Ph. D., Sophie Desjardins, Ph. D., Lyson Marcoux, M. A.,
Micheline Dubé, Ph. D., Michel Alain, Ph. D., Université du Québec à Trois-Rivières;
Léandre Bouffard, Ph. D., Université de Sherbrooke

Résumé

Les études sur l'influence des buts personnels sur le comportement et le bien-être ont été principalement réalisées auprès de jeunes et d'adultes, sans doute parce que les stéréotypes véhiculent l'idée que les aînés ne vivent que dans le passé. Pourtant, les travaux dans le domaine montrent que les personnes âgées orientées vers des projets donnant du sens à leur vie manifestent un bien-être psychologique élevé et une absence de dépression. Afin d'aider les aînés qui doivent faire face à une transition de vie ou à des pertes exigeant une restructuration de la hiérarchie de leurs buts prioritaires, les auteurs ont élaboré un programme d'intervention centré sur la réalisation des projets personnels. Le contenu et les bienfaits de cette démarche sur le plan de la santé mentale et du bien-être psychologique sont décrits pour les intervenants qui voudraient l'appliquer auprès de leur clientèle.

Le vieillissement oblige les aînés à relever de nombreux défis qui requièrent une importante adaptation (Freund 2008; Freund et Baltes 2003). Les personnes âgées qui n'arrivent pas à faire face aux multiples transformations et pertes qui affectent leur vie sont vulnérables aux problèmes de santé mentale, particulièrement aux troubles anxieux, à la dépression et même au suicide (Duberstein et coll. 2004; Kraaij et coll. 2002; Lapierre et coll. 2011, 2012). De plus en plus de cliniciens et de chercheurs tentent de concevoir de nouvelles approches pour améliorer la santé mentale des personnes – jeunes et vieilles – en se tournant maintenant vers les facteurs qui contribuent au bien-être psychologique : sens à la vie, relations interpersonnelles, *empowerment*, espoir, gratitude, pleine conscience, etc. (Sin et Lyubomirsky 2009). Depuis 25 ans, les travaux du Laboratoire de gérontologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières se centrent sur les buts personnels, l'une des variables psychologiques fondamentales dans l'explication du comportement humain ainsi qu'une composante essentielle du bien-être psychologique et de la santé mentale (Bouffard et Bastin 1992; Bouffard et coll. 1996; Dubé et coll. 2007). Nous présenterons donc ici les principaux résultats des travaux mettant en relation les buts et le bien-être psychologique de même qu'un programme de 11 rencontres de 2 heures chacune visant la promotion de la santé mentale des aînés par la réalisation de leurs projets personnels.

Quelques études

Quel que soit l'âge, la capacité de se donner et de poursuivre des objectifs significatifs est garante d'une bonne santé psychologique (Nuttin 1985). D'ailleurs, une étude réalisée auprès de retraités (M = 64 ans) a permis de constater que l'orientation vers le futur, la détermination à réaliser ses projets personnels et la

capacité d'identifier des moyens alternatifs pour les atteindre sont corrélées positivement avec l'estime de soi, la satisfaction de vivre, le sens à la vie, les affects positifs et l'actualisation de soi, et négativement avec la dépression, l'anxiété et les affects négatifs (Dubé et coll. 2000).

Si l'absence d'aspirations est délétère pour la santé mentale, leur présence ne crée pas forcément un mieux-être, car « tous les buts ne sont pas égaux » (Ryan et coll. 1996); certaines aspirations particulières sont systématiquement reliées au bien-être psychologique, alors que d'autres sont associées au mal-être. Dans une recherche (Lapierre et coll. 1997) explorant le type de buts exprimés par les aînés (M = 74,7 ans), les analyses ont révélé que les personnes dont les aspirations étaient centrées sur la croissance personnelle et l'altruisme manifestaient un bien-être psychologique élevé (sentiment de compétence, autodétermination, satisfaction de vivre et attentes positives à l'égard du futur), alors que celles dont les projets étaient centrés sur la préservation de leur santé ou de leurs relations, par peur de les perdre, témoignaient d'un faible bien-être psychologique (insatisfaction, absence de sens à la vie, attitude négative envers le futur). Une étude récente (Van Hiel et Vansteenkiste 2009) a confirmé la contribution positive des buts intrinsèques (acceptation de soi, affiliation, implication à la communauté) et l'effet négatif des buts extrinsèques (reconnaissance sociale, attrait physique, succès financier) sur la satisfaction de vivre et le sentiment d'intégrité de 202 aînés (M = 68,2 ans). Ainsi, lorsque les buts choisis traduisent des besoins fondamentaux (autonomie, compétence, relations avec autrui) et sont congruents avec les valeurs profondes de la personne, ils sont reliés aux indices de bien-être psychologique (Sheldon 2001), alors que les conflits entre les buts (réaliser ses rêves de voyage ou prendre soin d'un proche malade) peuvent susciter beaucoup d'ambivalence, source de stress, de symptômes somatiques, d'anxiété et de dépression (Riediger et Freund 2004).

Au cours de la vieillesse, les aînés font face à de nombreux changements et pertes qui exigent une réorganisation et une sélection des buts prioritaires (Freund 2008; Freund et Baltes 2003). Lapierre et coll. (1993) ont remarqué que ce n'est pas l'âge chronologique en tant que tel qui explique les variations du profil motivationnel des personnes âgées (M = 74,7 ans), mais plutôt des conditions associées à l'âge comme la solitude, l'institutionnalisation, la pauvreté et surtout, l'incapacité fonctionnelle. Les conditions de vie semblent donc influencer le contenu des buts. Néanmoins, lorsque les aînés affrontent des obstacles dans la poursuite de buts importants pour eux,

certaines resteront tenaces, d'autres seront flexibles, c'est-à-dire qu'ils laisseront aller les buts inatteignables et se choisiront de nouveaux buts adaptés aux restrictions physiques ou aux limites financières (Bauer et Wrosch 2009; Brandtstädter et Rothermund 2002). Une étude réalisée auprès de nouveaux retraités (depuis moins de 36 mois; M = 58,2 ans) a démontré que l'utilisation de la flexibilité, en présence d'obstacles à la réalisation de projets significatifs, protège contre la dépression et contribue à maintenir la satisfaction de vivre et l'estime de soi (Trépanier et coll. 2001). Il semble également que les personnes âgées ayant une mauvaise santé physique (incapacités fonctionnelles et douleurs) souffrent davantage de dépression lorsqu'elles considèrent que leur bonheur est conditionnel à la réalisation du but qu'elles ont classé au premier rang, contrairement à celles qui ne sont pas aussi rigides (Street et coll. 2007). La flexibilité semble donc une stratégie efficace chez les aînés exposés aux épreuves associées au vieillissement.

Une intervention axée sur les buts personnels

À la lumière des résultats des études précédentes, les chercheurs du Laboratoire se sont demandé s'il était possible d'aider les aînés à orienter leur profil motivationnel vers des projets qui donnent davantage de sens à leur vie et à développer les habiletés nécessaires à la réalisation de ceux-ci malgré les difficultés et les obstacles rencontrés. Le programme « En route vers une vie plus heureuse » vise à enseigner aux participants à exprimer, à planifier, à poursuivre et à réaliser un projet personnel significatif, concret et réaliste (Dubé et coll. 2000, 2005, 2007; Lapierre et coll. 2007). Il s'agit d'un programme de promotion de la santé mentale, basé sur l'approche cognitivo-comportementale. Il comporte de 10 à 12 rencontres de groupe hebdomadaires d'une durée de 2 heures pour 7 à 10 personnes. Le soutien social est un élément essentiel de la démarche. Le programme (voir Tableau I) débute avec deux rencontres préliminaires. La première consiste en une activité sociale qui permet aux membres du groupe de se connaître afin de favoriser leur cohésion et leur coopération. La deuxième favorise la discussion entre les membres sur les difficultés à s'adapter à une nouvelle période de leur vie (divorce, maladie, retraite, accident vasculaire cérébral, deuil, etc.) où ils se sentent inutiles, marginalisés, tristes ou désorientés. Cette rencontre est essentielle puisqu'elle permet aux participants d'exprimer leurs émotions et de réaliser qu'ils ne sont pas seuls à vivre des difficultés par rapport aux événements de la vie. Le programme en tant que tel s'amorce à la troisième rencontre. Il comporte trois grandes phases : l'élaboration (trois rencontres), la planification (deux rencontres) et la poursuite des buts (trois rencontres). Une dernière rencontre sera consacrée à l'évaluation.

Durant la phase d'élaboration des buts, les participants font l'inventaire de leurs aspirations, souhaits et désirs (Rencontre 3) en complétant 23 débuts de phrases comme : « Je souhaite... », « J'espère... », « Je veux... », « Je me propose de... ». Durant cette rencontre, les participants tentent également de reconnaître les croyances négatives qui les empêchent de mener à terme leurs projets. Par exemple, plusieurs croient qu'ils sont trop vieux pour réaliser leurs buts; d'autres ont peur du jugement d'autrui; quelques-uns croient ne pas posséder les capacités ou les ressources nécessaires pour satisfaire leurs aspirations. Ces croyances négatives doivent être relevées et abordées tout au long de la démarche. Durant la Rencontre 4, les participants

sélectionnent, à partir de l'inventaire complété, cinq buts prioritaires qu'ils acceptent de partager avec le groupe et les évaluent, sur une échelle de 0 à 10, en fonction de dimensions diverses (difficulté, stress, effort, plaisir, contrôle, probabilité de réalisation, sentiment de compétence, soutien de l'entourage, conflits entre les buts, etc.). Les participants découvrent les caractéristiques des buts qu'ils désirent poursuivre et peuvent ainsi faire des choix plus judicieux. Certains se rendront compte, par exemple, qu'ils optent pour des buts pour plaire aux autres ou par devoir, mais pas toujours pour leur bien-être personnel et rarement pour leur propre plaisir. Finalement, lors de la Rencontre 5, les participants retiennent un seul but parmi ceux qu'ils ont jugés prioritaires. Ils le formulent en termes concrets

Tableau I

Contenu et objectifs des rencontres du programme « En route vers une vie plus heureuse »

Étapes	Rencontres ¹	Contenu
Étapes préliminaires	1	Présentation des participants et information sur le programme en vue d'encourager la participation active à la démarche.
	2	Échanges sur les défis et les difficultés de la transition de vie.
Élaboration du but	3	Inventaire des désirs, des aspirations, des projets et des buts personnels pour prendre conscience de ce que l'on veut dans la vie. Identification des croyances négatives qui empêchent la réalisation des buts.
	4	Sélection des buts prioritaires et évaluation de ces buts selon un certain nombre de caractéristiques (probabilité de réalisation, effort pour réussir, stress ou plaisir associé au but, etc.). L'exploration fait ressortir toutes les implications des buts retenus.
Planification du but	5	Traduction du but en des actions concrètes, claires et précises en vue de faciliter sa réalisation. Les questions et les suggestions des membres du groupe aident à préciser le but. Choix d'un but et engagement sous forme de « contrat » avec soi-même.
	6-7	Phase cruciale qui comprend le choix des moyens, la spécification des étapes de réalisation, la prévision des obstacles et des stratégies pour les affronter, l'identification des ressources personnelles et environnementales. Les suggestions du groupe sont ici fort utiles.
Poursuite du but	8-9-10	Utilisation de moyens efficaces et d'actions concrètes, persévérance, affrontement des difficultés et ajustements constants en fonction des imprévus, voilà des éléments qui favorisent le cheminement vers le but. Le soutien du groupe devient ici crucial.
Évaluation	11	Évaluation des progrès réalisés, prise de conscience des apprentissages effectués au cours de la démarche.

¹ L'animateur adapte le nombre de rencontres au rythme et aux besoins du groupe.

et précis pour favoriser sa mise en œuvre. Par exemple, le but « améliorer ma relation de couple » doit être défini sous la forme d'un comportement cible comme « faire un dîner intime une fois par semaine » ou « faire une activité ensemble durant la fin de semaine ». Le but « améliorer ma santé » pourra se traduire par « marcher 30 minutes par jour », « manger plus de fruits et de légumes » ou « éviter la malbouffe ». Chacun de ces comportements cibles constitue un but spécifique à atteindre. Bien entendu, les questions et les suggestions des membres du groupe aident à préciser le but. Le participant s'engage ensuite à réaliser le but choisi en signant un « contrat » avec lui-même.

Ces résultats permettent de croire qu'il s'agit d'une approche prometteuse et innovatrice de prévention du suicide puisqu'elle semble favoriser l'espoir et le sens à la vie, deux facteurs de protection du suicide. De plus, un programme d'intervention centré sur l'action et la réalisation d'objectifs, plutôt que sur l'expression des émotions ou la création de relations interpersonnelles, pourrait attirer les hommes, qui ont moins tendance que les femmes à utiliser les ressources sociales et les services de santé mentale (Drapeau et coll. 2009).

Durant la phase de planification (Rencontres 6 et 7), les participants choisissent les moyens qu'ils prendront et les actions concrètes qu'ils effectueront pour arriver à leur but; ils déterminent le temps qu'ils accorderont chaque jour à la poursuite de celui-ci; ils spécifient les étapes à franchir, anticipent les obstacles et les difficultés auxquelles ils auront à faire face, établissent les moyens et les stratégies qu'ils emploieront pour les surmonter. Finalement, ils reconnaissent les ressources personnelles, sociales ou matérielles qu'ils peuvent utiliser pour atteindre leur but. Au cours de cette phase, les suggestions du groupe s'avèrent très utiles.

Au cours de la phase de poursuite et de réalisation du but (Rencontres 8, 9 et 10), les participants exécutent leur plan d'action. Chacun fait le point sur sa démarche : efforts, progrès, difficultés à démarrer ou à persévérer, pensées et émotions nuisibles, obstacles rencontrés, améliorations à faire, et même dans certains cas, nécessité de remettre en question son but. Les participants partagent leur expérience avec les autres membres du groupe, recueillant des suggestions et du soutien pour répondre aux difficultés. Enfin, lors de la phase d'évaluation (Rencontre 11), ils prennent conscience de leurs apprentissages au cours de la démarche, jugent de leur progrès dans l'atteinte du but, identifient ce qu'ils ont accompli et ce qui reste à faire.

Ils évaluent leurs forces et leur vulnérabilité par rapport à la réalisation de buts ultérieurs.

Une étude empirique effectuée sur les effets du programme auprès de retraités ayant des idéations suicidaires (Lapierre et coll. 2007) montre que, comparativement au groupe de contrôle, les participants à la démarche ont amélioré significativement leur capacité à réaliser leurs projets personnels et que cette amélioration a favorisé leur bien-être psychologique, comme le révèle une augmentation des scores d'espoir, de flexibilité et de sérénité. Les participants ont accru leur détermination à agir et leur capacité à trouver des moyens alternatifs pour atteindre leurs buts. Ils ont appris à renoncer aux buts inatteignables, à ajuster leurs projets aux contraintes (physiques, financières ou autres) et à formuler de nouveaux buts qui répondent à la satisfaction de leurs besoins. Ils étaient également plus en mesure d'accepter ce qu'ils ne pouvaient pas changer et de trouver une paix intérieure. Finalement, les résultats ont signalé une diminution significative de la dépression et de la détresse psychologique. Il faut noter que six mois après la fin du programme, le groupe expérimental avait toujours des scores plus bas de dépression et de détresse et des scores plus élevés de flexibilité et de sérénité indiquant une meilleure santé mentale que le groupe de contrôle. Ces résultats permettent de croire qu'il s'agit d'une approche prometteuse et innovatrice de prévention du suicide puisqu'elle semble favoriser l'espoir et le sens à la vie, deux facteurs de protection du suicide. De plus, un programme d'intervention centré sur l'action et la réalisation d'objectifs, plutôt que sur l'expression des émotions ou la création de relations interpersonnelles, pourrait attirer les hommes, qui ont moins tendance que les femmes à utiliser les ressources sociales et les services de santé mentale (Drapeau et coll. 2009).

Ce programme peut être utilisé individuellement ou en groupe auprès de personnes de divers âges et adapté selon les situations, les pertes et les transitions vécues par les participants. En effet, il a déjà été appliqué avec succès auprès de divers groupes de personnes âgées, mais aussi auprès de divorcés (Navratil et Lapierre 2009), de femmes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance (Rivest et Dubé 2009) et d'étudiants universitaires (Bouffard et coll. 2001). Il est actuellement offert à des personnes âgées déprimées dans le cadre d'une étude subventionnée par le Réseau québécois de recherche sur le suicide. Des analyses préliminaires (Lefebvre 2012) ont été effectuées auprès des 19 personnes âgées (65 à 84 ans) déprimées (selon le *Beck Depression Inventory*) recrutées jusqu'à présent pour l'application du programme. Les résultats indiquent que les scores des participants, sur le plan de la capacité à réaliser des buts personnels, ont augmenté significativement ($t(18) = 4,59, p < 0,01$) au posttest, comparativement au prétest, tandis que leur niveau de dépression a diminué significativement ($t(18) = 3,87, p < 0,01$). Le recrutement est toujours en cours pour compléter l'échantillon (groupes de contrôle et expérimental) et les bienfaits possibles du programme seront étudiés par rapport à plusieurs autres variables : idéations suicidaires, espoir, sérénité, solitude, etc. Voici un exemple du cheminement d'une participante au programme.

Une étude de cas

Les premiers mots de Madame B. aux membres du groupe sont les suivants : « Je m'appelle Madame B. et je suis ici parce que

j'ai perdu trois êtres chers depuis deux ans et demi. Cela a commencé par mon mari, ma sœur, puis un neveu... ».

Madame B. pleure et les membres du groupe sont très émus. Elle poursuit sa présentation en détaillant les circonstances du décès de chacun et le vide qu'ils ont laissé dans sa vie. À 66 ans, Madame B. est veuve, sans enfant et sans confidente. Elle présente une anxiété palpable lorsqu'elle avoue qu'elle se demande bien si elle arrivera à se trouver un but, puisqu'elle n'a plus le goût de rien et que sa vie n'a plus de sens. Elle ne cache pas au groupe qu'elle s'est inscrite avec intérêt, mais qu'elle se demande comment le fait d'être en contact avec d'autres gens déprimés peut lui remonter le moral...

Lors de la rédaction de l'inventaire des buts personnels, Madame B. identifie quelques centres d'intérêt, mais le simple fait de s'arrêter à tout ce qu'elle aime faire réactive la perte et le manque qu'elle éprouve de son conjoint. Ils aimaient leur complicité et « faire les choses » ensemble...

Il apparaît donc clairement que tant que le travail de deuil ne sera pas terminé, Madame B. aura de la difficulté à s'engager dans un nouveau projet. Désireuse de renouer avec la vie, Madame B. reconnaît l'obstacle qui l'en empêche et c'est avec fierté qu'elle annonce au groupe que son projet sera de « faire ses deuils ».

Même s'il apparaît difficile d'associer les termes « projet » et « deuil », Madame B. applique à la lettre la démarche de gestion

des buts personnels. Lors de la planification et de la poursuite du but, elle prévoit du temps pour vivre ses émotions, écrire et s'efforcer de passer des moments de qualité avec des membres de sa famille. Elle se donne le droit de pleurer et apprivoise sa solitude.

Au cours d'une discussion, elle avoue qu'après le décès de son mari, elle a participé à un groupe d'endeuillés et que cela l'avait beaucoup aidée. Elle s'était même dit, à l'époque, qu'elle aimerait redonner ce qu'elle avait reçu et ainsi aider d'autres gens qui vivent des deuils, en devenant, à son tour, animatrice. Elle chérissait ce projet, mais attendait d'aller mieux. Cela lui paraissait trop gros pour l'instant... Les autres membres du groupe lui font remarquer qu'elle manque de confiance en elle... Madame B. travaille plus activement à se défaire de ses idées nuisibles et est très heureuse d'annoncer au groupe, à la rencontre suivante, qu'elle a fait des démarches et qu'elle est inscrite à la prochaine formation d'animation pour groupes d'endeuillés. À la fin des rencontres, Madame B. va beaucoup mieux. Non seulement elle a réussi à diminuer la charge émotionnelle relative à ses deuils, mais elle a réussi à transformer cette épreuve en projet porteur de sens, soit celui d'apprendre à animer des groupes pour personnes endeuillées.

En conclusion, les premières observations et les données préliminaires de cette étude vont donc dans le sens prévu et semblent favoriser la qualité de vie et la santé mentale des aînés dépressifs qui ont de la difficulté à affronter les divers changements associés à la vieillesse.

BIBLIOGRAPHIE

- Bauer, I. et C. Wrosch. (2009). « Il faut savoir quand s'arrêter : l'ajustement des buts pour le bien-être et la santé ». *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 113-129.
- Bouffard, L. et É. Bastin. (1992). « La perspective future, facteur de santé mentale chez les personnes âgées ». *Santé mentale au Québec*, 17(2), 227-250.
- Bouffard, L. et coll. (2001). « La gestion des buts personnels, un apprentissage significatif pour des étudiants universitaires ». *Revue des sciences de l'éducation*, 27(3), 503-522.
- Bouffard, L. et coll. (1996). « Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels ». *Revue québécoise de psychologie*, 17(2), 115-135.
- Brandtstädter, J. et K. Rothermund. (2002). « The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework ». *Developmental Review*, 22(1), 117-150.
- Drapeau, A. et coll. (2009). « The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services ». *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 36(3), 372-384.
- Dubé, M. et coll. (2005). « La santé mentale par la gestion des projets personnels : une intervention auprès de jeunes retraités ». *Santé mentale au Québec*, 30(2), 321-344.
- Dubé, M. et coll. (2007). « Impact of a personal goal management program on the subjective well-being of young retirees ». *European Review of Applied Psychology*, 57(3), 183-192.
- Dubé, M. et coll. (2000). « Le bien-être psychologique par la gestion des buts personnels : une intervention de groupe auprès des retraités ». *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 255-280.
- Duberstein, P. R. et coll. (2004). « Suicide at 50 years of age and older: Perceived physical illness, family discord and financial strain ». *Psychological Medicine*, 34, 137-146.
- Freund, A. (2008). « Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation ». *Research in Human Development*, 5, 94-106.
- Freund, A. et P. A. Baltes. (2003). « Pour un développement et un vieillissement réussis : sélection, optimisation et compensation ». *Revue québécoise de psychologie*, 24(3), 27-52.
- Keyes, C. L. M. (2005). « Une conception élargie de la santé mentale ». *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 145-163.
- Kraaij, V. et coll. (2002). « Negative life events and depression in elderly persons: A meta-analysis ». *Journal of Gerontology*, 57B, P87-P94.
- Lapierre, S. et coll. (1993). « Motivational goal objects in later life ». *International Journal of Aging and Human Development*, 36(4), 279-292.
- Lapierre, S. et coll. (1997). « Personal goals and subjective well-being in later life ». *International Journal of Aging and Human Development*, 45, 287-303.
- Lapierre, S. et coll. (2012). « Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die ». *International Psychogeriatrics*, 24(2), 243-252.
- Lapierre, S. et coll. (2007). « Addressing suicidal ideations through the realization of meaningful personal goals ». *Crisis*, 28(1), 16-25.
- Lapierre, S. et coll. (2011). « A systematic review of elderly suicide prevention programs ». *Crisis*, 32(2), 88-98.
- Lefebvre, M.-P. (2012). *La dépression chez les personnes âgées en lien avec les buts personnels : l'effet du programme Gestion des buts personnels* (Essai doctoral inédit), Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Navratil, F. et S. Lapierre. (2009). « La réorientation des buts après un divorce au milieu de la vie ». *Revue québécoise de psychologie*, 30(2), 71-91.
- Nuttin, J. R. (1985). *Théorie de la motivation humaine*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Riediger, M. et A. M. Freund. (2004). « Interference and facilitation among personal goals: Differential associations with subjective well-being and persistent goal pursuit ». *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(12), 1511-1523.
- Rivest, L. et M. Dubé. (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), 91-109.
- Ryan, R. M. et coll. (1996). « All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation ». Dans P. M. Gollwitzer et J. A. Bargh (édit.), *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior* (7-26). New York, Guilford Press.
- Sheldon, K. M. (2001). « The self-concordance model of healthy goal striving ». Dans P. Schmuck et K. M. Sheldon (édit.), *Life Goals and Well-being* (18-36). Göttingen, Hogrefe & Huber.
- Sin, N. L. et S. Lyubomirsky. (2009). « Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis ». *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Street, H. et coll. (2007). « Depression in older adults: Exploring the relationship between goal setting and physical health ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1115-1119.
- Trépanier, L. et coll. (2001). « Ténacité et flexibilité dans la poursuite des projets personnels : impact sur le bien-être à la retraite ». *Revue canadienne du vieillissement*, 20(4), 557-576.
- Van Hiel, A. et M. Vansteenkiste. (2009). « Ambitions fulfilled? The effects of intrinsic and extrinsic goal attainment on older adults' ego-integrity and death attitudes ». *International Journal of Aging and Human Development*, 68(1), 27-51.

Les services spécialisés en santé mentale pour des personnes âgées du CSSS Cavendish-CAU : déjà dix ans

Kareen Nour, Ph. D., agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique de la Montérégie; chercheuse associée, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), CSSS Cavendish-CAU

En collaboration avec

Marijo Hébert, Jean-Pierre Lavoie, Ph. D., Nona Moscovitz, Véronique Billette, Alan Regenstreif, CREGES, CSSS Cavendish-CAU;

Bernadette Dallaire, Ph. D., Département de service social, Université Laval;

Isabelle Wallach, Ph. D., Département de sexologie, UQAM

C'est connu, la population du Québec vieillit (ministère de la Famille et des Aînés 2008). Ce changement démographique va en s'accroissant et il est estimé que le tiers des personnes âgées de demain présenteront un problème de santé mentale (PSM)¹ qui nécessitera des services spécialisés. À l'heure actuelle, c'est plus d'un aîné sur quatre qui présente un PSM (Bartels et coll. 2004). Pour le réseau de la santé et des services sociaux, offrir des services adéquats à cette clientèle représente un défi colossal, car elle est – la plupart du temps – sous-desservie ou sous-diagnostiquée (Cohen 2001). Au Canada, depuis près de dix ans, on préconise une approche biopsychosociale à domicile centrée autour des besoins des aînés aux prises avec un PSM vivant dans la communauté et prodiguée par une équipe multidisciplinaire spécialisée (Kirby et Keon 2004; Romanow 2002). À notre connaissance, seul le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish-Centre affilié universitaire (CAU) fournit des services en santé mentale ciblés pour la clientèle âgée de 60 ans et plus de son territoire (SSSM60+) (Nour et coll. 2011). Ses services, créés il y a près de dix ans, étaient basés sur l'expertise clinique ainsi que sur les meilleures pratiques découlant des écrits scientifiques et des documents officiels nationaux et internationaux dans le domaine. Au Québec, plusieurs CSSS soutenus par l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal ont souligné leur intérêt d'implanter, au sein de leur établissement, un modèle organisationnel de services en santé mentale pour les aînés qui s'apparente de près à celui du CSSS Cavendish-CAU (ASSS 2011). Avant une telle implantation dans d'autres CSSS, une analyse de type normatif des services spécialisés accessibles aux aînés vivant avec un PSM sur le territoire du CSSS Cavendish-CAU semblait nécessaire afin de s'assurer que les services actuels rejoignent les objectifs de qualité et de spécificité définis il y a dix ans. La question de recherche qui sous-tend cette évaluation était donc : Les services de santé mentale offerts à la clientèle âgée du territoire du CSSS Cavendish-CAU sont-ils effectivement ceux imaginés et conçus en 1999 qui découlaient des meilleures pratiques dans le domaine?

Méthodes de collecte et d'analyse de données

Les données proviennent de différentes sources : documents écrits, bases d'information des archives du I-CLSC², entretiens individuels (n = 4, 60 minutes, auprès de deux responsables des SSSM60+), *focus groups* (n = 2, 90 minutes, auprès d'une douzaine d'intervenants œuvrant dans les SSSM60+). Le matériau qualitatif a été soumis à une analyse qualitative de contenu selon les règles de Thomas (2006 dans Blais et Martineau 2007). Le logiciel QDA Miner a été utilisé aux fins d'analyse.

Résultats et discussion

En dix ans, plusieurs dimensions des SSSM60+ sont restées stables ou ont été renforcées. Toutefois, des changements – pour ne pas dire des reculs – importants ont été observés à différents égards. La présente discussion vise à faire réfléchir sur certains aspects qui semblent fondamentaux pour une offre de services optimale en santé mentale pour la clientèle âgée de 60 ans et plus, soit la présence d'une équipe multidisciplinaire, des services exhaustifs et diversifiés, une intégration des services, des services à domicile, une approche biopsychosociale (par exemple, des comportements à risque et une perte d'autonomie psychosociale), des critères d'admissibilité flexible, des délais d'attente raisonnables, l'utilisation de ressources communautaires, la présence de collaboration intra-établissement et interétablissements, un budget protégé.

Une équipe multidisciplinaire et de nombreux services

Depuis la création des SSSM60+, l'idée d'une équipe multidisciplinaire (par exemple, des infirmières, des intervenants sociaux, des auxiliaires) pour une gamme complète de services était présente. Les années ont passé et maintenant, l'équipe s'est enrichie d'intervenants de diverses professions (par exemple, un ergothérapeute) et les services offerts – aux usagers mais également à leurs proches aidants – sont encore plus variés :

¹ Les problèmes de santé mentale désignent des diagnostics psychiatriques (dépression majeure, schizophrénie...) associés à une détresse et à un dysfonctionnement significatifs et à d'autres risques élevés, dont le décès et la perte de liberté. Ils peuvent engendrer des difficultés sévères et récurrentes : comportements à risque, faible degré de fonctionnement et d'autonomie, aggravation des symptômes psychiatriques et médicaux, etc. (Kilbourne et coll. 2005; Nour et coll. 2011; Nikolova et coll. 2004).

² I-CLSC : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC.

gestion de cas, référence vers d'autres ressources, évaluation du risque, gestion des comportements, intervention psychosociale, soutien aux aidants, bilan de santé, promotion de la santé, information et enseignement, psychoéducation, soins à domicile, gestion de médicaments et consultations, soins et hygiène personnelle, aide à la préparation de repas, stimulation, soutien émotionnel. Même les services d'un psychiatre sont accessibles. Ces changements conduisent naturellement à des services plus adaptés aux besoins de la clientèle des 60 ans et plus.

Des ressources communautaires précieuses, une collaboration intra-établissement et interétablissements aidante et une enveloppe budgétaire protégée

Les SSSM60+ peuvent compter sur une grande collaboration, accrue au cours des années, ce qui permet de pallier les services qui ne seraient pas disponibles par l'intermédiaire des SSSM60+ ou même par le CSSS. En effet, la réponse aux besoins des usagers des SSSM60+ requiert parfois la coopération d'intervenants en provenance d'autres programmes à l'intérieur du CSSS (par exemple, le Programme perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)). Par ailleurs, au fil des années, des liens se sont noués avec 1) le département de psychogériatrie de l'Hôpital général juif de Montréal; 2) la communauté (les commerçants, les services publics...); 3) la table de concertation en santé mentale du Centre-Ouest; 4) plusieurs organisations (citons l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, l'Association canadienne pour la santé mentale). Certains partenaires fournissent des services complémentaires à la clientèle; d'autres s'occupent de formation et d'*empowerment* communautaire dans le domaine de la santé mentale. Les usagers demeurent les grands gagnants de cette collaboration pour une meilleure continuité de services. De plus, les SSSM60+ sont assurés – par un choix administratif datant de leur création – d'une enveloppe budgétaire protégée. Par ailleurs, les gestionnaires et les intervenants travaillant dans ces services novateurs ont réussi au long des années à aller chercher des montants supplémentaires³ en vue d'améliorer les services et de demeurer à la fine pointe des meilleures pratiques.

Une intégration des services... pour une continuité des services

Complètement indépendants de 1999 à 2009, les SSSM60+ ont été intégrés dans le programme de santé mentale pour adultes afin, selon les gestionnaires, d'obtenir une meilleure continuité des soins et des services de santé mentale. L'orientation vers les SSSM60+ ne se fait donc plus en fonction de l'âge. Ce changement « administratif » a permis d'éviter une rupture de services liée à l'âge de l'usager. Cette nouvelle approche préventive sur laquelle repose l'intégration des services, et qui semble orienter leur développement, fait l'hypothèse que les adultes vieilliront en meilleure santé physique et psychosociale. Malgré ces avantages indéniables, nous ne pouvons savoir, à ce jour, les bénéfices que cette intégration aura pour la clientèle âgée actuelle. Par ailleurs, les effets de cette démarche préventive

doivent aussi être abordés sous l'angle de la quantité des services. En fait, cette approche pourrait avoir des conséquences sur la création de services, au profit de la clientèle plus jeune.

L'abandon des notions de l'autonomie psychosociale et les comportements à risque... Un pari risqué

En 1999, les SSSM60+ avaient élargi la notion de *perte d'autonomie physique*, barème pour l'obtention de services à domicile, pour y inclure la *perte d'autonomie psychosociale*, soit celle causée par un PSM. Selon les responsables des SSSM60+, cette nouvelle perspective psychosociale était devenue essentielle, car elle facilitait pour les aînés aux prises avec un PSM la possibilité de recevoir des services à domicile qui leur étaient habituellement refusés. Ainsi, les usagers pouvaient obtenir du soutien pour les activités de la vie domestique visant à accroître leur autonomie psychosociale (par exemple, participer à des activités hors de la maison), ce qui n'était pas possible auparavant. Cette approche a également permis de rejoindre une clientèle qui ne voulait pas se présenter au CLSC pour des services de santé mentale.

À l'heure actuelle, c'est plus d'un aîné sur quatre qui présente un PSM (Bartels et coll. 2004). Pour le réseau de la santé et des services sociaux, offrir des services adéquats à cette clientèle représente un défi colossal, car elle est – la plupart du temps – sous-desservie ou sous-diagnostiquée (Cohen 2001).

De plus, le concept des *comportements à risque* a été intégré. Ces comportements (négligence de soi, abus de substances, comportements agressifs, détresse émotionnelle, etc.) entraînent un dysfonctionnement sur les plans personnel et social, présentent un danger pour la santé et la sécurité de la personne elle-même et celles des autres (Nikolova et coll. 2004) et compromettent l'autonomie et le maintien à domicile. Ils étaient au cœur du dépistage, de l'intervention et du suivi des usagers qui vivent avec un PSM. Ce concept a fait en sorte d'élargir l'accès aux SSSM60+ à des personnes qui n'avaient pas reçu un diagnostic relié à la santé mentale mais qui affichaient des comportements à risque (Dallaire et coll. 2003; Nikolova et coll. 2004).

Ces notions tentaient de remettre en question l'approche médicale prédominante au début des années 2000. Or, le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux aura une incidence importante sur ces deux concepts puisqu'il propose une nouvelle façon de faire pour l'évaluation des demandes de services, l'orientation et l'intervention en santé mentale. Les demandes de services sont dorénavant traitées par le guichet d'accès⁴, un lieu où

³ Entre autres, des organismes comme le Conseil québécois de la recherche sociale, la Fondation pour le bien-vieillir, le Prix du fonds d'innovation pour les services aux aînés, la Fondation RBC.

⁴ Les nouvelles demandes de services qui entrent par le guichet d'accès sont évaluées par des infirmiers et des intervenants sociaux. Dans cette évaluation, ceux-ci peuvent communiquer avec les personnes qui ont fait une demande de services (ou pour qui est faite une demande) pour obtenir des renseignements additionnels. Une fois que les demandes sont traitées au guichet d'accès et discutées avec les responsables cliniques, elles sont classifiées selon leur urgence et le type de services requis, puis dirigées vers les services de première, de deuxième ou de troisième ligne.

s'effectuent l'évaluation et l'orientation de nouvelles demandes de services par des intervenants de l'équipe de première ligne, selon les critères d'accès établis par le Plan d'action. Par ailleurs, le modèle d'intervention dominant est le *Recovery Model* qui préconise une réadaptation psychosociale visant à restaurer, à maintenir et à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un PSM en les aidant à conserver, à parfaire et à utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible (Anthony 1993). Dès lors, l'approche prééminente au CSSS Cavendish-CAU qui favorisait le dépistage des comportements à risque est évacuée des critères d'admissibilité et, à l'heure présente, les résultats de l'étude pilote Nour et coll. (2011) montrent que les intervenants y recourent peu comme modalité d'intervention, malgré le fait que les comportements à risque soient très présents chez la clientèle (Nour et coll. 2011). L'outil de dépistage et d'intervention qui avait été mis en place pour évaluer ces comportements à risque, le *Psychogeriatric and risk behaviour assessment scale* (PARBAS) (Nikolova et coll. 2004), peut maintenant être complété ou non par les intervenants.

[...] les SSSM60+ ont connu une transformation importante avec le Plan d'action où un diagnostic (ou une impression diagnostique) d'un trouble mental devient nécessaire. Selon les résultats de l'étude de Nour et coll. (2011), ceci a eu comme répercussion de restreindre l'accès aux personnes n'ayant que des comportements à risque ou qui présentaient une perte d'autonomie psychosociale [...]

En fait, toujours selon les résultats obtenus par l'évaluation des services pour les personnes âgées (Nour et coll. 2011), le Plan d'action semble avoir entraîné un recul important de l'approche biopsychosociale qui avait préséance au CSSS Cavendish-CAU. La présence d'une maladie comme critère premier d'admissibilité souligne une tendance à la médicalisation de tout PSM, même si le Plan d'action reconnaît les conséquences de la maladie sur les différents aspects de la vie (familiale, sociale, etc.). Le nouveau modèle de prestation de services – la réadaptation psychosociale – a été conçu en fonction d'une clientèle plus jeune et les études sur ce modèle auprès d'une clientèle âgée sont rarissimes. Il demeure donc difficile de savoir dans quelle mesure chacune des composantes de ce modèle est adaptée (ou même adaptable) aux personnes âgées. Par ailleurs, malgré les valeurs que sous-tend le modèle, pour lesquelles il peut exister un certain consensus social, nous croyons que la prudence quant à l'emploi de ce modèle auprès des aînés est de mise. En fait, le modèle à la base vise à aider les personnes vivant avec un PSM à se réinsérer socialement et à réapprendre à travailler. Ces préoccupations semblent loin des réalités vécues par les aînés et de certains enjeux sociaux

propres au vieillissement et aux problèmes de santé mentale (par exemple, les préjugés, la stigmatisation, l'âgisme; CTSM 2007). Ces enjeux font qu'il peut être risqué d'appliquer textuellement un modèle de prestation pour les jeunes à une population âgée.

Le resserrement des critères d'accès et les délais d'attente discutables

Les critères d'accessibilité de 1999 à 2009 étaient principalement basés sur les comportements à risque et la perte d'autonomie psychosociale. Or, comme nous l'avons déjà mentionné, les SSSM60+ ont connu une transformation importante avec le Plan d'action où un diagnostic (ou une impression diagnostique) d'un trouble mental devient nécessaire. Selon les résultats de l'étude de Nour et coll. (2011), ceci a eu comme répercussion de restreindre l'accès aux personnes n'ayant que des comportements à risque ou qui présentaient une perte d'autonomie psychosociale (sans diagnostic médical).

Par ailleurs, selon les intervenants, la réorganisation des services proposée par le Plan a conduit les CSSS, plus particulièrement les CLSC, à devenir les points de services principaux pour les aînés aux prises avec un PSM. Les intervenants des CLSC doivent s'occuper d'un nombre plus élevé d'usagers ayant un trouble mental et d'usagers chroniques mais stables (par exemple, vivant avec un trouble de l'humeur); également d'usagers qui habituellement se dirigeaient vers les hôpitaux et d'usagers aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants (par exemple, la schizophrénie). Or, une des particularités des SSSM60+ était – et est encore – une durée du suivi très variable et dépendant grandement des besoins des usagers. Dès lors, selon les intervenants, en raison de la complexité des cas actuels, le suivi individuel doit être prolongé, réduisant ainsi l'accessibilité aux services pour de nouveaux usagers.

De plus, l'étude de Nour et coll. (2011) a souligné que pour la moitié des usagers participants, les délais d'attente dépassent largement ceux prévus par le Plan d'action (7 jours entre la demande de services et la prise de contact par l'intervenant du triage et 30 jours entre la demande et la prise en charge par un intervenant). Le fait que l'on mette en tête de liste les nouveaux usagers dont la situation est jugée plus urgente peut en partie expliquer le délai d'attente allongé pour plusieurs participants dont l'état est évalué comme moins critique. Dès lors, on peut se demander si les délais prévus par le Plan d'action sont réalistes, compte tenu de la disponibilité des ressources de première ligne et de la complexité des cas suivis ou encore si les mécanismes présentement en place au CSSS permettent de répondre en fonction des délais anticipés par le Plan.

Des usagers qui reçoivent surtout des services au CLSC... Pour le meilleur ou pour le pire?

En 1999, 91 % des services de santé mentale étaient prodigués à domicile. Les services à domicile étaient un aspect important, une valeur même des services offerts aux aînés vivant avec un PSM, même s'ils étaient en mesure de se rendre au CLSC. Les données administratives de 2009 et les constatations découlant de l'étude pilote (Nour et coll. 2011) indiquent que les usagers reçoivent surtout des services de santé mentale au CLSC, ce qui est un net recul en dix ans. La question du « pour » et

du « contre » du domicile comme lieu d'intervention se pose donc. D'une part, les intervenants soulignent que le fait que les usagers doivent se déplacer tend à augmenter leur sentiment d'*empowerment* sur leur vie et les aide à s'engager dans leur plan d'intervention. D'autre part, la littérature tend à montrer que les interventions à domicile seraient plus efficaces pour réduire les symptômes de dépression à court et à moyen terme (Klug et coll. 2010).

Le nouveau modèle de prestation de services dirige les intervenants vers des interventions en établissement, ce qui réduira au cours des années les échanges de personne à personne au profit des interactions téléphoniques. Non seulement le modèle engendre ce changement, mais plusieurs contraintes l'accroissent : pour les intervenants, qui manquent de temps et de ressources pour gérer leurs listes de cas trop lourdes, les interventions téléphoniques sont rapides, flexibles et semblent efficaces; pour les gestionnaires, ce type de communication assure que les intervenants sous leur supervision feront le maximum avec les ressources qu'ils ont; pour les usagers, leurs déplacements sont réduits, ce qui est un avantage pour ceux ne désirant pas se rendre au CLSC.

Malgré tous ces points positifs, il y a fort à parier qu'une partie de l'alliance thérapeutique intervenant-usager risque de s'effriter. En effet, le face à face est crucial pour ce lien qui, selon de nombreux écrits, est au cœur de la réussite des interventions sur le plan du suivi et sur le plan social, particulièrement avec des populations plus vulnérables (Calsyn et coll. 2005). La comparaison entre les services imaginés en 1999 et ceux proposés par le Plan d'action de 2005-2010 semble révéler une différence concernant la dimension « sociale » du biopsychosocial. Le *social* et le *psycho* semblent avoir reculé au bénéfice du *bio*. La valorisation et la facilitation des liens sociaux, de la participation sociale et citoyenne sont des enjeux pour les aînés en général..., encore plus pour ceux qui vivent avec un PSM.

Conclusion

Les services spécifiques développés, implantés et validés en 1999 ont passablement changé avec les années, en raison de diverses transformations du système de santé et des normes québécoises pour l'accessibilité et le traitement des personnes vivant avec un PSM. En lien avec les meilleures pratiques reconnues pour les services de santé mentale pour les aînés, cette analyse souligne plusieurs transformations positives, telles l'amélioration du continuum de soins, l'augmentation et la diversification du panier de services ainsi que le renforcement de l'équipe multidisciplinaire et des ressources, du partenariat et de la collaboration.

Toutefois, d'autres changements suscitent l'attention. Le Plan d'action a eu comme répercussion, au CSSS Cavendish-CAU, de réduire l'importance de deux concepts fondamentaux aux SSSM60+, soit l'autonomie psychosociale et les comportements à risque. Or, lors de la création des SSSM60+, la littérature et l'expérience clinique avaient appuyé leur importance et leur lien étroit avec les meilleures pratiques. En outre, sur les plans du « vieillissement » et du « social », il faut réfléchir à l'utilisation du modèle de *réadaptation* pour les aînés. Avec tant d'avancées dans les dernières années du côté des soins et des services pour les aînés, nous espérons que nous ne sommes pas en train d'assister à une médicalisation des soins en santé mentale pour les aînés au détriment du paradigme social.

Présentement, les résultats de cette évaluation conduisent à des réflexions chez les gestionnaires et les responsables des SSSM60+ du CSSS Cavendish-CAU. En fait, une liste de recommandations et de points de discussion a été soumise à ces derniers dans le rapport final de l'évaluation (Nour et coll. 2011). L'ASSS de Montréal qui propose un modèle organisationnel de services en santé mentale pour les aînés s'apparentant à celui du CSSS Cavendish-CAU (ASSS 2011) devrait entreprendre ce même type de réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010. Santé mentale et vieillissement. Constats et recommandations concernant l'offre de service*. Plan de mise en œuvre à Montréal. Phase III. Service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation.

Anthony, W. A. (1993). « Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s ». *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*, Paris, Presses Universitaires de France.

Bartels, S. J. et coll. (2004). « Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness ». *Community Mental Health Journal*, 40, 75-90.

Calsyn, R. J. et coll. (2005). « Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs ». *Journal of Case Management*, 5, 199-202.

Cohen, A. (2001). *The Effectiveness of Mental Health Services in Primary Care: The View from the Developing World*. Geneva, WHO.

CTSM. Centre de toxicomanie et de santé mentale (2007). *Établir des rapports : L'intégration dans les domaines de la toxicomanie et de la santé mentale. Rapport annuel*, [En ligne]. [www.camh.net/fr/Publications/Strategic_Planning_Annual_Reports/Annual_Reports/2007]

Dallaire, B. et coll. (2003). *Les interventions communautaires auprès des personnes âgées aux prises avec des problèmes de santé mentale sévères et persistants*. Rapport soumis au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC).

Kilbourne, A. M. et coll. (2005). « General-medical conditions in older patients with serious mental illness ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 250-254.

Kirby, M. J. L. et W. J. Keon. (2004). *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada (Report 3)*. Interim Report of The Standing Senate Committee On Social Affairs, Science and Technology.

Klug, G. et coll. (2010). « Effectiveness of home treatment for elderly people with depression: Randomised controlled trial ». *British Journal of Psychiatry*, 197, 463-467.

Ministère de la Famille et des Aînés. (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés – Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés*, [En ligne]. [http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/ministere/publications/Pages/liste.aspx]

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Mental Health Action Plan 2005-2010*, [En ligne]. [publications.msss.gouv.qc.ca]

Miranda, D. et coll. (2003). « Le programme communautaire de santé mentale pour les personnes de 60 ans et plus au CLSC René-Cassin à Montréal ». *Bulletin Équilibre en Tête*, 17(2), 5-7.

Moscovitz, N. (2000). *A Community 60 + Multidisciplinary Mental Health Team. CLSC René-Cassin, Institute of Social Gerontology of Quebec*. Présentation et documents. CSSS Cavendish, Côte-Saint-Luc.

Nikolova, R. et coll. (2004). The Psychogeriatric and risk behaviour assessment scale (PARBAS) ». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 187-200.

Nour, K. et coll. (2011). *Évaluation des services spécialisés en santé mentale pour les personnes âgées de 60 ans et plus au CSSS Cavendish*. Rapport déposé aux Instituts de recherche en santé. 122 pages.

Romanow, R. J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*, Ottawa, Health Canada.

Thomas, D. R. (2006). « A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data ». *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : un traitement de choix pour les personnes âgées anxieuses

Sébastien Grenier¹, M. Ps., Ph. D., psychologue clinicien, chercheur postdoctoral,
Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM),
professeur associé, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (UQAM);
Marie-Christine Payette, étudiante au baccalauréat en psychologie, UQAM,
assistante de recherche, CRIUGM²

Résumé

Plusieurs personnes âgées présentent des symptômes anxieux qui varient en intensité ou en sévérité. Si l'anxiété gériatrique n'est pas traitée rapidement et efficacement, des conséquences sérieuses peuvent en découler, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général, la dépression, la surutilisation des services de santé (surtout en première ligne) et l'augmentation du risque de mortalité. Cet article a comme premier objectif de dresser un tableau de la situation avec des données sur la prévalence, les troubles associés, les facteurs de risque et les conséquences de l'anxiété gériatrique. Le second objectif est de fournir des données probantes sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour traiter l'anxiété gériatrique.

L'anxiété se caractérise par l'anticipation de conséquences désastreuses (par exemple, « Si je sors à l'extérieur, je vais paniquer », etc.) provoquant des sensations physiques désagréables (palpitations cardiaques, transpiration abondante, souffle court, etc.) qui empêchent la personne de bien fonctionner. Il existe principalement deux formes d'anxiété : sous-clinique et clinique. L'anxiété devient « clinique » lorsque les symptômes rapportés par la personne remplissent tous les critères diagnostiques répertoriés dans le DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

Ce manuel de référence largement employé en psychologie et en psychiatrie dénombre sept troubles anxieux : la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA ou TP), l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée (TAG), le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et l'état de stress posttraumatique (ESPT). Bien que l'anticipation de conséquences désastreuses caractérise tous les troubles anxieux, ces derniers se différencient par le contenu de l'anticipation catastrophique. Par exemple, une personne souffrant de phobie sociale peut craindre de se faire juger négativement lorsqu'elle interagit avec les autres, tandis qu'une personne vivant avec un TOC peut anticiper d'être contaminée lorsqu'elle touche à une poignée de porte. Le Tableau 1 offre une description sommaire des différents troubles anxieux selon le contenu de l'anticipation.

Un nombre croissant de résultats d'études cliniques laissent entendre que plusieurs personnes âgées souffriraient d'anxiété et que la TCC serait un choix judicieux pour les traiter (Gould et coll. 2012). En effet, cette approche thérapeutique de courte durée (habituellement moins de dix rencontres), structurée et axée sur le présent (« Que puis-je faire dans ' le ici et maintenant ' pour mieux gérer mon anxiété? »), serait une solution alternative aux médicaments antianxiété (comme les anxiolytiques et les antidépresseurs) chez les personnes âgées caractérisées déjà par des taux de consommation de psychotropes supérieurs aux 18-64 ans ayant des conditions de santé similaires (Preville et coll. 2001).

Dans la première partie de cet article, nous introduisons le sujet en présentant des données épidémiologiques³ sur la prévalence, les troubles associés, les facteurs de risque et les conséquences de l'anxiété gériatrique. Dans la deuxième partie, nous présenterons des données probantes sur l'efficacité de la TCC dans le traitement de l'anxiété gériatrique. Enfin, la conclusion met en relief les principaux résultats exposés dans cet article tout en proposant des thèmes pour des recherches futures.

La prévalence de l'anxiété gériatrique

Les résultats d'études épidémiologiques indiquent que sur une période de 0 à 12 mois, entre 5,6 % et 14,5 % des personnes âgées vivant à domicile souffrent d'un trouble anxieux selon les critères diagnostiques du DSM-IV (Gum et coll. 2009; Preville et coll. 2008; Ritchie et coll. 2004). La prévalence à vie des troubles anxieux chez les personnes âgées de cette tranche d'âge vivant à domicile varie, quant à elle, de 15,3 % à 29,4 % (Kessler et coll. 2005; Ritchie et coll. 2004). Par ailleurs, ces taux de prévalence sont encore plus élevés lorsque l'anxiété sous-clinique (c'est-à-dire la présence de symptômes anxieux ne respectant pas tous les critères diagnostiques du DSM-IV) est considérée (Bryant et coll. 2008; Grenier et coll. 2011a; Heun et coll. 2000; Rivas-Vazquez et coll. 2004). Aussi, les troubles anxieux sont généralement plus fréquents dans les populations souffrant d'autres maladies. Par exemple, chez les aînés aux prises avec des migraines, on retrouve une prévalence de troubles anxieux de 20,7 %, alors

¹ Le docteur Grenier bénéficie d'une bourse de recherche postdoctorale des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

² Les auteurs tiennent à remercier Olivier Potvin, Ph. D., Carol Hudon, Ph. D., et Michel Préville, Ph. D., pour leur contribution à la première partie du texte sur l'épidémiologie de l'anxiété gériatrique.

³ L'épidémiologie permet d'étudier la fréquence (ou la prévalence) des maladies (ici, de l'anxiété) dans une population donnée (ici, les personnes âgées), d'en suivre l'évolution, de faire des hypothèses sur leur étiologie, afin d'améliorer leur prévention ou leur traitement. Les études épidémiologiques sont habituellement effectuées auprès de cohortes comprenant plusieurs milliers de participants rendant ainsi possible la généralisation des résultats à l'ensemble d'une population donnée.

Description sommaire des différents troubles anxieux selon le contenu de l'anticipation

Nom du trouble anxieux	Contenu de l'anticipation et principaux symptômes selon le DSM-IV	Exemples
Phobie spécifique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peur persistante et irrationnelle déclenchée par la présence ou l'anticipation d'un objet ou d'une situation spécifique. L'exposition au stimulus anxiogène provoque une réaction anxieuse quasi instantanée poussant la personne à éviter ou à fuir la situation. ■ Il existe cinq types de phobies spécifiques : <ol style="list-style-type: none"> 1) animal (chien, chat...) 2) environnement naturel (orage, eau...) 3) sang / injection / accident (procédure médicale, piqûre...) 4) situationnel (tunnel, pont...) 5) autres (évanouissement, chute...) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une personne âgée qui a peur de se faire mordre par un chien évite tous les endroits où cet animal pourrait potentiellement se trouver (parc, foule, animalerie, etc.).
Phobie sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peur persistante et intense d'une ou de plusieurs situations sociales pouvant mener à une évaluation ou à un jugement négatif par les pairs. L'exposition à la situation sociale provoque une réaction anxieuse quasi instantanée poussant la personne à éviter ou à fuir la situation. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une personne âgée évite les situations sociales parce qu'elle craint de « ne pas savoir quoi dire » lorsqu'une autre personne lui adresse la parole.
Trouble panique avec ou sans agoraphobie (TPA ou TP)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Attaques de panique récurrentes et inattendues (montée soudaine d'anxiété de moins de 10 minutes accompagnée de plusieurs des symptômes suivants : palpitations cardiaques, sensation d'étranglement, peur de mourir, tremblements, etc.) et crainte persistante d'en avoir d'autres (peur d'avoir peur), de devenir fou ou de perdre le contrôle. ■ TPA si s'ajoute la peur de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile de s'échapper en cas de panique. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ TP : Une personne âgée qui fait des attaques de panique craint d'en refaire et de devenir folle. ■ TPA : Une personne âgée évite des trajets d'autobus sur un pont par crainte d'y faire une attaque de panique.
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inquiétude excessive à propos de plusieurs événements ou activités de la vie quotidienne (santé, finances, conduite automobile, etc.). ■ Agitation / sensation d'être à bout, fatigabilité, difficulté de concentration, trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Une personne âgée s'inquiète au sujet de la santé de ses enfants (même si ses enfants n'ont aucune maladie grave), ce qui l'empêche de penser à autre chose (elle rumine constamment) et de bien dormir.
Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Occurrence d'obsessions (pensée dérangeante, difficile à chasser et récurrente) et/ou de compulsions (comportement ou acte mental effectué pour réduire l'anxiété ou prévenir une catastrophe). ■ Compulsions les plus fréquentes : <ol style="list-style-type: none"> 1) lavage 2) vérification 3) ordre et rangement ■ Les obsessions et les compulsions peuvent aussi se manifester par des phobies d'impulsion (peur de frapper quelqu'un sans le vouloir), des scrupules ou de l'accumulation d'objets variés (factures, boîtes, bibelots, etc.). 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Compulsion de lavage : une personne âgée qui craint d'être contaminée se lave les mains une cinquantaine de fois par jour. 2) Compulsion de vérification : une personne âgée qui craint de se faire voler prend 30 minutes à vérifier si sa porte est bel et bien fermée à clé lorsqu'elle quitte son domicile. 3) Compulsion d'ordre et de rangement : une personne âgée se sent obligée de constamment replacer les objets (cadres accrochés au mur, bibelots, etc.) lorsqu'ils ne sont pas correctement placés à ses yeux.
État de stress posttraumatique (ESPT)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peur intense, sentiment d'impuissance et d'horreur face à un événement vécu à titre de participant ou de témoin, qui aurait pu tuer ou grièvement blesser les gens impliqués (enlèvement, vol à main armée, guerre, etc.). ■ L'événement est sans cesse revécu (en rêve ou en <i>flashback</i>) et la personne fait des efforts pour éviter les stimuli et les pensées qui le lui rappellent. ■ Observation minimale de deux des symptômes neurovégétatifs suivants : perturbation du sommeil, irritabilité ou excès de colère, difficulté de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un vétéran de la Seconde Guerre mondiale évite les feux d'artifice, car leur bruit lui rappelle la mort de son collègue tué au combat par une bombe.

qu'elle est de 14,1 % chez ceux ayant des troubles gastro-intestinaux (El-Gabalawy et coll. 2011).

La phobie spécifique et le TAG sont les deux troubles anxieux les plus fréquents chez les aînés (Wolitzky-Taylor et coll. 2010). Tout dépendant des études, la prévalence (selon les critères du DSM-IV) de la phobie spécifique varie de 2,0 % (sur 12 mois) (Grenier et coll. 2011b) à 10,1 % (prévalence actuelle incluant l'agoraphobie) (Ritchie et coll. 2004), tandis que celle du TAG fluctue de 1,2 % (sur 12 mois) (Gum et coll. 2009; Preville et coll. 2008) à 3,6 % (prévalence à vie) (Kessler et coll. 2005). Pour ce qui est de la phobie sociale, du TP, de l'ESPT et du TOC, les plus hauts taux de prévalence sur 12 mois (selon le DSM-IV) observés dans les études populationnelles sont respectivement de 2,3 % (Gum et coll. 2009), de 0,8 % (Trollor et coll. 2007), de 0,4 % (Gum et coll. 2009) et de 1,5 % (Grenier et coll. 2009).

Plusieurs facteurs augmenteraient la probabilité de développer un trouble anxieux chez les personnes âgées, dont le fait d'être une femme (surtout caucasienne), d'être peu scolarisé, d'être une personne seule, séparée ou divorcée, de souffrir de maladies physiques chroniques et d'avoir vécu un événement marquant (par exemple, le décès d'un proche) (Beekman et coll. 1998; Gum et coll. 2009; Mehta et coll. 2003; Preville et coll. 2008).

Les troubles associés à l'anxiété gériatrique

Les résultats d'une étude épidémiologique effectuée auprès d'adultes de 55 ans et plus ont permis de découvrir que 26,1 % des participants avec un trouble anxieux avaient aussi un trouble dépressif majeur et, à l'inverse, 47,5 % de ceux avec un trouble dépressif majeur avaient aussi un trouble anxieux (Beekman et coll. 2000). D'autres études populationnelles ont indiqué que 43,0 % des personnes âgées dépressives mentionnaient éprouver des symptômes anxieux (Mehta et coll. 2003) et que 0,9 % à 4,2 % vivaient à la fois un trouble anxieux et dépressif (Prina et coll. 2011). Enfin, dans une étude clinique effectuée auprès d'adultes de 60 ans et plus consultant en première ligne et en psychiatrie, près du quart des individus déprimés disaient avoir un trouble anxieux (principalement un TP ou des phobies) (Lenze et coll. 2000).

De plus, il semblerait que les gens avec un TAG expérimenteraient des symptômes dépressifs plus sévères et rapporteraient plus d'idées suicidaires comparativement à ceux touchés par un autre trouble anxieux (Lenze et coll. 2000). Par ailleurs, des enquêtes épidémiologiques ont suggéré que le

TAG était fortement corrélé à la dépression chez les personnes âgées (Mackenzie et coll. 2011; Schoevers et coll. 2005) et que l'anxiété était plus fréquemment liée à la dépression chez celles moins scolarisées, vivant seules, divorcées ou veuves (King-Kallimanis et coll. 2009). Enfin, dans la majorité des cas, l'anxiété apparaît avant la dépression (King-Kallimanis et coll. 2009; Schoevers et coll. 2005), ce qui suggère que cette dernière est souvent une conséquence ou une aggravation d'un état anxieux préexistant.

Outre la dépression, le TAG serait lié aux maladies coronariennes, aux troubles gastro-intestinaux et à l'arthrite (Mackenzie et coll. 2011). Les résultats d'une enquête épidémiologique réalisée auprès d'adultes de 55 ans et plus ont également démontré que l'anxiété (pas uniquement le TAG) était significativement associée aux douleurs chroniques (arthrite, douleurs dorsales et migraines) et à plusieurs conditions médicales (allergies, cataractes, troubles gastro-intestinaux, cardiaques et pulmonaires) (El-Gabalawy et coll. 2011). Par ailleurs, une étude québécoise a proposé l'idée que la présence d'un trouble anxieux, mais aussi d'anxiété sous-clinique, était significativement reliée à de l'hypertension ou à une dépression chez les gens âgés ayant reçu un diagnostic de maladie cardiovasculaire (Grenier et coll. 2012).

Les troubles de la personnalité accompagneraient aussi l'anxiété gériatrique. En effet, de 20,0 % à 30,0 % des personnes âgées avec un TAG auraient un diagnostic à l'axe II (surtout du groupe B⁴) (Mackenzie et coll. 2011). De plus, les résultats d'une étude regroupant 129 personnes de 55 ans et plus ont laissé entrevoir que, comparativement à leurs homologues non anxieux, les personnes âgées anxieuses présentaient plus de troubles de la personnalité dépendante et évitante (appartenant au groupe C) (Coolidge et coll. 2000).

Les facteurs de risque et les conséquences de l'anxiété gériatrique

Plusieurs facteurs augmenteraient la probabilité de développer un trouble anxieux chez les personnes âgées, dont le fait d'être une femme (surtout caucasienne), d'être peu scolarisé, d'être une personne seule, séparée ou divorcée, de souffrir de maladies physiques chroniques et d'avoir vécu un événement marquant (par exemple, le décès d'un proche) (Beekman et coll. 1998; Gum et coll. 2009; Mehta et coll. 2003; Preville et coll. 2008). Par ailleurs, plusieurs conséquences découlent des troubles anxieux gériatriques, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général et l'augmentation du risque de mortalité (toutes causes confondues) (de Beurs et coll. 1999; Phillips et coll. 2009). Il est à noter que l'anxiété sous-clinique peut affecter autant le fonctionnement quotidien des aînés que la présence d'un trouble anxieux respectant les critères diagnostiques du DSM-IV (Grenier et coll. 2011a; Preisig et coll. 2001; van Zelst et coll. 2006; Wetherell et coll. 2003).

Aussi, l'anxiété gériatrique accroîtrait les risques de maladies cardiovasculaires. En particulier, dans une étude regroupant des vétérans sans antécédents de maladie cardiovasculaire (M = 55,7 ans), la présence d'un TP ou d'un ESPT renforçait la possibilité de souffrir d'un infarctus du myocarde (Scherrer et coll. 2010). En plus de ces deux troubles anxieux, les résultats

⁴ Le groupe B comprend les troubles de la personnalité narcissique, histrionique et limite.

d'une étude clinique entreprise auprès d'adultes (âge moyen de 64 ans) semblent indiquer que le TAG faisait grimper les risques d'événements cardiovasculaires (Martens et coll. 2010). Enfin, les personnes âgées anxieuses souffrant de maladies cardiovasculaires auraient un taux accru de morbidité et de mortalité (Frasure-Smith et Lespérance 2008; Huffman et coll. 2010; Martens et coll. 2010).

Parmi les autres conséquences ayant un lien avec le fait de vivre de l'anxiété, notons l'utilisation des services de la santé et la prise de médicaments, notamment les anxiolytiques de type benzodiazépine. Les résultats d'une étude canadienne menée auprès d'adultes de 55 ans et plus ont démontré que seulement 20,8 % des participants avec un trouble anxieux (sans trouble dépressif) avaient consulté un professionnel durant la dernière année, comparativement à 43,1 % avec un trouble dépressif et 72,7 % avec de l'anxiété et de la dépression à la fois (Scott et coll. 2010). Le fait de vivre une dépression seule ou en parallèle avec de l'anxiété semble inciter les personnes âgées à aller consulter. Lorsqu'elles le font, elles n'ont cependant pas toujours recours au bon professionnel de la santé (de Beurs et coll. 1999). De plus, les gens âgés qui consultent un médecin pour soulager leur anxiété ressortent souvent de cette visite avec une prescription de benzodiazépine (Balestriero et coll. 2005; Bartels et coll. 2002). Or, la consommation à long terme de ce type de médicament comporte des risques pour les aînés. En effet, ceux-ci métaboliseraient et élimineraient la benzodiazépine plus lentement que les jeunes adultes, ce qui augmenterait les risques d'intoxication et le nombre d'effets indésirables (Closser 1991; Wynne 2005). La consommation prolongée de benzodiazépine peut de ce fait provoquer des problèmes de stabilité, de mémoire et de concentration chez les personnes âgées (Bierman et coll. 2007; Caramel et coll. 1998; Deborah 1998; Gray et coll. 2006; Llorente et coll. 2000; Rummans et coll. 1993). Elle serait aussi accompagnée d'une augmentation de l'incidence d'hypertension, d'incontinence urinaire, de troubles coronariens et de complications rénales (Grymonpre et coll. 1988; Landi et coll. 2002; Tamblyn et coll. 1994; Voyer et coll. 2005; Williamson et Chopin 1980). La consommation de benzodiazépine n'est pas nécessairement plus élevée chez les aînés anxieux par rapport aux plus jeunes souffrant d'anxiété (Benitez et coll. 2008), mais les effets indésirables sont habituellement plus fréquents et sévères chez les plus âgés.

L'efficacité de la TCC chez les personnes âgées anxieuses

La TCC est une intervention psychosociale, de courte durée, visant principalement à modifier les cognitions (les pensées catastrophiques comme « Je panique, c'est la fin du monde... ») et les comportements problématiques (par exemple, l'évitement de la situation redoutée) qui déclenchent et maintiennent les épisodes d'anxiété. Cette thérapie permet d'éviter les effets secondaires indésirables souvent liés à la prise de médicaments antianxiété (confusion, perte de mémoire, risque de chute, etc.) chez une clientèle déjà polymédicamentée. Qui plus est, lorsqu'on leur donne le choix, plusieurs personnes âgées préfèrent la TCC aux médicaments pour traiter leur anxiété (Mohlman 2011). La TCC serait donc une option envisageable, même souhaitable, pour les aînés anxieux. Les Tableaux II et III montrent, respectivement, les enjeux particuliers de la TCC en gériatrie ainsi qu'une vignette clinique illustrant la mise en place d'une TCC avec une personne âgée anxieuse.

Tableau II

Les enjeux particuliers de la TCC en gériatrie

<p>1) Les problèmes de mémoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les problèmes de mémoire font partie du vieillissement normal. ■ Afin de favoriser l'encodage de nouveaux renseignements durant l'explication des étapes de la TCC ou la psychoéducation relative à l'anxiété, les précautions suivantes peuvent être prises : <ul style="list-style-type: none"> • Répéter lentement, fréquemment et différemment toute nouvelle information en demandant des <i>feedbacks</i> de façon régulière (sans infantiliser la personne âgée) • Dans la mesure du possible, expliquer avec des graphiques ou des schémas (<i>say it, show it, do it</i>) • Encourager la personne âgée à prendre des notes (aide-mémoire) durant les séances de thérapie ou lui remettre à la fin de chaque séance une copie des points pertinents abordés
<p>2) La multimorbidité (la présence de plusieurs maladies qui s'influencent)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les personnes âgées anxieuses présentent souvent d'autres maladies physiques qui doivent être traitées simultanément. ■ Il est donc important de travailler en équipe multidisciplinaire, car la TCC seule ne règle pas tout.
<p>3) L'âgisme internalisé ou l'autoâgisme (toutes les formes de discrimination, de ségrégation ou de mépris que la personne âgée entretient au sujet du vieillissement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pour que la TCC fonctionne efficacement avec un client âgé anxieux, il est important de défaire les mythes que celui-ci entretient au sujet du vieillissement (« être âgé, c'est être malade »; « les thérapies, c'est pour les jeunes », etc.). ■ Pour plus d'information, voir le Tableau III, objectif numéro 4.
<p>4) Le « racontage » d'histoires</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lorsqu'une question est posée par le clinicien, plusieurs personnes âgées ont tendance à donner beaucoup de détails ou à raconter des histoires qui n'apportent rien de nouveau. ■ Bien qu'au début de la TCC, le « racontage » d'histoires puisse favoriser l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, les détails superflus peuvent finir par compromettre l'efficacité de la TCC (par exemple, en vous éloignant des objectifs thérapeutiques). ■ Pour réduire la durée des histoires ou le nombre de détails superflus, les actions suivantes peuvent être prises : <ul style="list-style-type: none"> • Faire des résumés de façon régulière (« Nous venons tout juste de voir que votre anxiété... ») • Demander au client âgé la permission de l'interrompre et de rediriger la conversation (« Je comprends que vous accordez une grande importance à l'histoire de votre sœur anxieuse, mais j'aimerais, si vous me le permettez, revenir aux objectifs de la rencontre... »)

Vignette clinique illustrant la mise en place d'une TCC avec une personne âgée anxieuse

PRÉSENTATION DU CLIENT (FICTIF)		
<p>Roland</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 82 ans ■ Professeur retraité ■ Vit dans une résidence pour personnes âgées autonomes ■ Épouse décédée ■ Souffre d'arthrite depuis environ 7 ans (plutôt sédentaire) ■ A chuté à deux reprises durant la dernière année (sans fractures) ■ A peur de chuter et restreint ses activités <ul style="list-style-type: none"> ■ Se sent tendu et nerveux depuis la première chute ■ Se plaint de mal dormir et de se réveiller fréquemment durant la nuit ■ Constamment fatigué ■ Grand amateur de livres policiers, a aujourd'hui de la difficulté à se concentrer et à retenir ce qu'il vient de lire ■ Aucune démence ou trouble cognitif / aucun trouble d'équilibre ou maladie physique pouvant expliquer les chutes 		
<p>Objectif numéro 1 (reconnaître les signes d'anxiété)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Le clinicien doit demeurer attentif aux propos du client ■ Les personnes âgées ont tendance à somatiser leur anxiété (maux de dos, douleurs ou blessures sans gravité ici et là, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les signes d'anxiété répertoriés chez Roland : <ul style="list-style-type: none"> • Peur des chutes (évitement) • Tension musculaire, nervosité • Mauvais sommeil, fatigue • Perte de concentration
<p>Objectif numéro 2 (identifier les déclencheurs et les facteurs de maintien)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ À ce stade-ci, le clinicien doit identifier les facteurs qui déclenchent ou maintiennent l'anxiété ■ Voici une liste non exhaustive des principaux facteurs : <ol style="list-style-type: none"> 1) Pertes / changements : <ul style="list-style-type: none"> • Perte sensorielle? • Perte mnésique (début de démence)? • Perte de mobilité / maladie physique? • Perte humaine (décès d'un proche)? • Évènement de vie (se faire voler, tomber, déménager...)? 2) Pensée négative / anticipation catastrophique (« Si je sors, je vais me faire attaquer... ») 3) Comportement d'évitement (réduction des activités...) 4) Prise d'un médicament / substance (consommation de marijuana...) 5) Maladie physique (maladie cardiaque, maladie pulmonaire) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Déclencheurs et facteurs de maintien dépistés chez Roland : <ul style="list-style-type: none"> • Pour la peur de chuter (nervosité) : <ul style="list-style-type: none"> - Chute à deux reprises - Anticipation (« Si je sors, je vais tomber... ») - Sédentarité - Évitement (rester chez lui) : moins la personne bouge, plus elle risque de chuter - Tension • Pour l'insomnie (fatigue) et les difficultés de concentration : <ul style="list-style-type: none"> - Peur de chuter / anticipation et rumination (« Si je sors, je vais tomber... ») : l'activation mentale perturbe le sommeil et nuit à la concentration

<p>Objectif numéro 3 (favoriser l'instauration d'une alliance thérapeutique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dès les premières rencontres d'évaluation, le clinicien doit, en plus d'être chaleureux et empathique, bien expliquer les rudiments de l'approche cognitivo-comportementale à la personne âgée anxieuse : <ul style="list-style-type: none"> • Approche active / directive (guide qui accompagne) • Approche collaborative (travail d'équipe) 	<ul style="list-style-type: none"> • Approche structurée • Approche centrée sur la personne • Approche centrée sur le présent
<p>Objectif numéro 4 (identifier les freins au changement)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ À ce stade-ci, le clinicien doit discerner les principaux facteurs qui peuvent réduire l'efficacité de la TCC (voire empêcher sa mise en place) et en discuter avec la personne âgée anxieuse ■ Voici une liste non exhaustive des principaux facteurs qui peuvent freiner le changement thérapeutique : <ol style="list-style-type: none"> 1) Croyances générationnelles / âgisme internalisé <ul style="list-style-type: none"> • Aller chercher de l'aide est un signe de faiblesse (croyance identifiée chez Roland) • J'ai toujours été comme cela; je ne peux changer • Ils vont perdre leur temps avec moi • C'est de l'argent gaspillé • Je ne suis pas déprimé, c'est juste mon âge • Être âgé, c'est être malade (fragile) (croyance identifiée chez Roland) • On n'apprend pas à un vieux singe à faire la grimace • On doit laver notre linge sale en famille • On ne déterre pas les morts 	<ul style="list-style-type: none"> • Les thérapies, c'est pour les jeunes • Il faut être fou pour suivre une thérapie (croyance identifiée chez Roland) 2) Modèle médecin-patient (être passif quant à sa guérison) <ul style="list-style-type: none"> • Pour que la TCC fonctionne, la personne âgée doit s'investir et faire les exercices proposés à la maison (plutôt que d'attendre que le médicament agisse) 3) Mauvaise conception de la thérapie (s'étendre sur un divan et parler de son enfance) <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs personnes âgées ont une vision psychanalytique de la thérapie • Il est important de recadrer le tout en disant que la TCC est centrée sur la recherche de solutions dans le présent ou dans le « ici et maintenant » (sans négliger l'expérience passée) 4) Peur du changement / les vieilles habitudes sont sécurisantes
<p>Objectif numéro 5 (lorsque l'évaluation est terminée, entreprendre la TCC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Voici les principales étapes de la TCC employée avec Roland pour traiter sa peur de tomber : <ol style="list-style-type: none"> 1) Remettre en question les croyances générationnelles (autoâgisme) <ul style="list-style-type: none"> • « Aller chercher de l'aide est un signe de faiblesse. » Existe-t-il d'autres interprétations? • « Être âgé, c'est être malade (fragile). » Les chutes peuvent se prévenir... Il est possible d'avoir une bonne qualité de vie même en vieillissant... • « Si je suis une thérapie, les autres vont penser que je suis fou. » Qu'est-ce que la folie? Connaissez-vous d'autres personnes qui suivent une thérapie? Si oui, les considérez-vous folles pour autant? 2) Traitement cognitivo-comportemental de la peur de chuter 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectifs : Diminuer la peur de chuter, refaire confiance à son équilibre, reprendre ses activités et améliorer sa qualité de vie <ul style="list-style-type: none"> • Psychoéducation sur les chutes (facteurs de risque) • Restructuration cognitive et recherche de solutions pour prévenir les chutes (par exemple, se déplacer avec une canne) • Exposition in vivo (par exemple, reprendre graduellement ses activités) • Entraînement physique (force musculaire, endurance physique, mobilité...) • Relaxation musculaire / stratégies pour mieux dormir (par exemple, réduire la durée des siestes diurnes)

De façon surprenante, malgré les avantages que procure le recours à la TCC dans le traitement de l'anxiété gériatrique, il existe à ce jour moins de 15 essais contrôlés et randomisés⁵ ayant testé son efficacité auprès des personnes anxieuses de 65 ans et plus. C'est deux fois moins que le nombre d'essais contrôlés et randomisés effectués chez les adultes de 65 ans et moins souffrant d'anxiété.

Les résultats d'une première méta-analyse⁶ incluant neuf études effectuées entre 1977 et 2006 (N = 297 participants) ont indiqué que la TCC était plus efficace pour réduire les symptômes anxieux qu'une condition de contrôle passif (être inscrit sur une liste d'attente), mais aussi plus efficace qu'une condition de contrôle actif (poursuivre un traitement usuel ou n'importe quel autre traitement comportant une fréquence de contact similaire au groupe recevant une TCC) (Hendriks et coll. 2008). De plus, la diminution de la sévérité de l'anxiété persistait au-delà de la durée de la thérapie dans cinq des sept études incluant des résultats de suivi analysés par les auteurs.

À la lumière de ces résultats, Gould et ses collaborateurs (2012) concluent que la TCC semble moins efficace pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes. Pour mieux comprendre ce phénomène, les auteurs recommandent d'identifier les facteurs prédictifs du succès thérapeutique de la TCC chez les aînés anxieux (troubles cognitifs, sévérité de l'anxiété, adhérence aux exercices faits à la maison, etc.).

Cette méta-analyse a aussi évalué si la TCC pouvait réduire l'intensité des inquiétudes et des symptômes dépressifs, deux conditions fortement corrélées avec l'anxiété gériatrique. La TCC s'est avérée significativement meilleure que les deux autres conditions de contrôle pour réduire l'intensité des symptômes dépressifs, mais seulement supérieure à la liste d'attente (condition de contrôle passif) pour réduire l'intensité des inquiétudes (Hendriks et coll. 2008).

Ainsi, Hendricks et ses collaborateurs (2008) concluent que la TCC est une intervention psychosociale efficace pour traiter l'anxiété gériatrique et qu'elle permet de réduire l'intensité de différents symptômes (inquiétude et dépression) qui l'accompagnent. Parmi les limites de cette méta-analyse, notons le nombre restreint

d'études sélectionnées (N = 9) et la surreprésentation du TAG chez les participants (ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres troubles anxieux).

Une seconde méta-analyse a comparé les résultats d'études d'efficacité de différents traitements comportementaux pour l'anxiété gériatrique publiés dans des revues anglophones avant septembre 2007 (Thorp et coll. 2009). À travers les études sélectionnées (N = 19, comprenant 522 personnes âgées anxieuses), les auteurs ont relevé cinq conditions possibles, soit 1) les effets de la TCC seule, 2) la TCC jumelée à une thérapie de relaxation (TR), 3) la TR seule, 4) une condition de contrôle passif (être inscrit sur une liste d'attente) et 5) une condition de contrôle actif (counseling ou psychothérapie de soutien, discussions de groupe, psychoéducation, etc.). La condition de contrôle passif s'est révélée significativement moins efficace que les autres conditions (excluant la condition de contrôle actif), ce qui a conduit les auteurs à dire que l'anxiété gériatrique était peu susceptible de disparaître d'elle-même et qu'elle devait être inévitablement traitée. De plus, les trois premières conditions (TCC seule, TCC et TR, TR seule) se sont avérées significativement plus efficaces que la condition de contrôle actif pour réduire l'anxiété gériatrique et cet effet bénéfique était aussi présent, bien que moins important, pour la dépression (Thorp et coll. 2009).

Thorp et ses collaborateurs (2009) concluent en disant que la condition TR seule semble plus efficace que la TCC pour traiter l'anxiété gériatrique. Cependant, considérant que l'efficacité de la TR seule varie énormément d'une étude à une autre (avec plusieurs données extrêmes allant d'une efficacité totale à une inefficacité complète), cette conclusion doit être nuancée. Les auteurs associent cette variabilité des résultats de la TR à la diversité des méthodes de relaxation employées, qui incluent des pratiques telles que la méditation, l'imagerie et différentes techniques de respiration. Ils estiment d'ailleurs que l'hétérogénéité de ces méthodes constitue une des limites de la méta-analyse et qu'il serait souhaitable de comparer de façon plus systématique leur efficacité.

Les auteurs d'une troisième méta-analyse ont compilé les résultats d'études cliniques (N = 12, comprenant 648 participants de 55 ans et plus) avec conditions de contrôle (actif ou passif) parus avant janvier 2010 en considérant les effets immédiats de l'intervention (0 mois), mais aussi le maintien des gains thérapeutiques à 3, 6 et 12 mois après l'intervention (Gould et coll. 2012). En somme, les résultats ont mis en évidence le fait que la TCC était plus efficace pour réduire les symptômes anxieux (mais aussi dépressifs) à 0 mois qu'un traitement usuel ou qu'une liste d'attente, mais que son efficacité n'était pas significativement supérieure à une condition de contrôle actif (pharmacothérapie, groupe de discussion, etc.). De plus, comparativement aux conditions de contrôle actif, une proportion significativement plus importante de participants ayant suivi une TCC continuaient d'avoir moins de symptômes anxieux à 6 mois, mais pas à 3 ou à 12 mois où les effets étaient non significatifs, mais en faveur de la TCC (Gould et coll. 2012).

⁵ Un essai contrôlé et randomisé est une étude expérimentale, où les participants éligibles, sélectionnés pour une intervention thérapeutique, sont répartis de manière aléatoire en deux groupes : le premier reçoit le traitement actif (le traitement expérimental), tandis que le second reçoit habituellement un traitement inactif ou un placebo.

⁶ Les méta-analyses permettent de comparer, à l'aide de méthodes statistiques, l'efficacité de plusieurs essais contrôlés et randomisés, augmentant ainsi le nombre de participants testés et, par conséquent, la validité des résultats trouvés.

À la lumière de ces résultats, Gould et ses collaborateurs (2012) concluent que la TCC semble moins efficace pour traiter l'anxiété chez les personnes âgées que chez les adultes plus jeunes. Pour mieux comprendre ce phénomène, les auteurs recommandent d'identifier les facteurs prédictifs du succès thérapeutique de la TCC chez les aînés anxieux (troubles cognitifs, sévérité de l'anxiété, adhérence aux exercices faits à la maison, etc.). Aussi, ils suggèrent de tester l'efficacité de la TCC en s'assurant que les stratégies d'intervention sont bien adaptées aux caractéristiques du vieillissement (Gould et coll. 2012).

En résumé, les résultats de ces trois méta-analyses indiquent que la TCC est une intervention psychosociale efficace pour traiter l'anxiété gériatrique, mais qu'il y a place pour l'amélioration. Chacune des méta-analyses propose des avenues de recherche afin de mieux mesurer les effets de la TCC sur les personnes âgées anxieuses. La méta-analyse d'Hendriks et de ses collaborateurs (2008) énonce que davantage de données sur les effets à long terme de la TCC seraient nécessaires pour bien évaluer son effet au fil du temps. Thorp et ses collaborateurs (2009) insistent sur le besoin de standardiser les méthodes d'évaluation à travers les études et de mieux détailler les conditions de contrôle retenues afin de faciliter la comparaison des résultats et ainsi de mieux adapter les traitements à la clientèle âgée. De plus, Gould et ses collaborateurs (2012) proposent de combiner la TCC à une autre approche (la pharmacothérapie, par exemple) afin d'augmenter son efficacité auprès des personnes âgées. Enfin, l'application de la TCC chez les personnes âgées comporte plusieurs défis. Hendriks et ses collaborateurs (2008) soulignent d'ailleurs que cette population est réticente à parler de maladies autres que physiques et éprouve plus de difficultés à appliquer les techniques cognitives et à adhérer au protocole de la TCC par comparaison avec les adultes plus jeunes. Ainsi, pour optimiser l'efficacité de la TCC, ils insistent sur l'importance d'établir une bonne relation de confiance avec la personne âgée, de recourir à des stratégies motivationnelles, d'offrir au besoin des ressources en psychoéducation et d'inclure l'entourage dans le processus thérapeutique.

La conclusion et les recherches futures

Il est aujourd'hui indéniable que plusieurs personnes âgées avec ou sans maladie physique vivent des symptômes anxieux qui varient en intensité ou en sévérité. Il est aussi reconnu que de multiples conséquences sérieuses sont liées à l'anxiété gériatrique, dont la perturbation du fonctionnement quotidien, la détérioration du bien-être général, la dépression, la surconsommation des services de santé (surtout en première ligne) et l'augmentation du risque de mortalité. Chez les personnes âgées anxieuses, il est donc important de toujours évaluer si elles sont atteintes de dépression ainsi que de traiter les symptômes anxieux (et le cas échéant, les symptômes dépressifs) rapidement et efficacement. Pour ce faire, la TCC s'avère un choix judicieux car cette approche thérapeutique permet d'éviter les effets secondaires indésirables

reliés à la prise d'un médicament antianxiété. Un autre avantage incommensurable : lorsque cette approche est bien expliquée, la plupart des personnes âgées anxieuses préfèrent la suivre que d'ajouter une nouvelle molécule à une liste de médicaments déjà longue.

[...] pour optimiser l'efficacité de la TCC, ils [Hendriks et ses collaborateurs (2008)] insistent sur l'importance d'établir une bonne relation de confiance avec la personne âgée, de recourir à des stratégies motivationnelles, d'offrir au besoin des ressources en psychoéducation et d'inclure l'entourage dans le processus thérapeutique.

À l'instar des autres interventions (comme la pharmacothérapie), la TCC n'est toutefois pas une solution miraculeuse qui fait disparaître l'anxiété instantanément. Bien qu'elle soit efficace pour traiter l'anxiété gériatrique, elle le serait en général plus chez les adultes plus jeunes. D'autres études sont donc nécessaires pour identifier les facteurs qui prédisent l'efficacité thérapeutique de la TCC chez les personnes âgées anxieuses. Pour cela, il serait important de mieux comprendre, comparativement aux adultes plus jeunes, comment les personnes âgées vivent leur anxiété et surtout d'identifier les spécificités de l'anxiété gériatrique. Il serait alors plus facile d'adapter les interventions cognitivo-comportementales à leur vécu. En outre, d'autres études devraient être menées pour tester l'efficacité de différents formats de la TCC adaptés aux caractéristiques du vieillissement (par exemple, une TCC donnée par téléphone à des aînés à mobilité réduite) ainsi que pour isoler l'effet unique des différentes interventions cognitivo-comportementales (psychoéducation, respiration abdominale, restructuration cognitive, exposition *in vivo*). Par exemple, le fait de savoir si la psychoéducation donne de meilleurs résultats pour réduire l'anxiété que la respiration abdominale permettrait de cibler les interventions cognitivo-comportementales les plus efficaces et, par conséquent, d'abréger la durée des TCC. Enfin, il serait aussi essentiel d'élaborer des études longitudinales qui suivraient l'évolution des symptômes anxieux sur plusieurs années, voire de l'enfance jusqu'à un âge avancé. En procédant ainsi, nous pourrions observer les différentes fluctuations de l'anxiété (sous-clinique et clinique) au fil des années selon les périodes de vie et surtout mieux documenter l'association anxiété-dépression (qu'est-ce qui précède quoi?) particulièrement fréquente chez les personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, Washington DC, American Psychiatric Press.
- Balestrieri, M. et coll. (2005). « Mental disorders associated with benzodiazepine use among older primary care attenders-a regional survey ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(4), 308-315.
- Bartels, S. J. et coll. (2002). « Evidence-based practices in geriatric mental health care. [Review] ». *Psychiatric Services*, 53(11), 1419-1431.
- Beekman, A. T. et coll. (1998). « Anxiety disorders in later life: A report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717-726.
- Beekman, A. T. et coll. (2000). « Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors ». *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89-95.
- Benitez, C. I. et coll. (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: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 16(1), 5-13.
- Bierman, E. J. M. et coll. (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.
- Bryant, C., H. Jackson et D. Ames. (2008). « The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature ». *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233-250.
- Caramel, V. M. et coll. (1998). « Benzodiazepine users aged 85 and older fall more often ». [Letter]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(9), 1178-1179.
- Closser, M. H. (1991). « Benzodiazepines and the elderly. A review of potential problems ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8(1-2), 35-41.
- Coolidge, F. L. et coll. (2000). « Personality disorders and coping among anxious older adults ». *Journal of Anxiety Disorders*, 14(2), 157-172.
- de Beurs, E. et coll. (1999). « Consequences of anxiety in older persons: Its effect on disability, well-being and use of health services ». *Psychological Medicine*, 29(3), 583-593.
- Deborah, D. S. (1998). « Benzodiazepine-induced persisting amnesic disorder: Are older adults at risk? ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(2), 119-125.
- El-Gabalawy, R. et coll. (2011). « Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: A population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults ». *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 556-564.
- Frasure-Smith, N. et F. Lesperance. (2008). « Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease ». *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 62-71.
- Gould, R. L., M. C. Coulson et R. J. Howard. (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.
- Gray, S. L. et coll. (2006). « Benzodiazepine use and physical disability in community-dwelling older adults ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(2), 224-230.
- Grenier, S. et coll. (2009). « Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community ». *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 858-865.
- Grenier, S. et coll. (2011a). « The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 316-326.
- Grenier, S. et coll. (2011b). « The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults ». *Depression and Anxiety*, 26, 456-463.
- Grenier, S. et coll. (2012). « Twelve-month prevalence and correlates of subthreshold and threshold anxiety in community-dwelling older adults with cardiovascular diseases ». *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 724-732.
- Grymopre, R. E. et coll. (1988). « Drug-associated hospital admissions in older medical patients ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 36(12), 1092-1098.
- Gum, A. M., B. King-Kallimanis et R. Kohn. (2009). « Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769-781.
- Hendriks, G. J. et coll. (2008). « Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(6), 403-411.
- Heun, R., A. Papassotiropoulos et U. Ptak. (2000). « Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly ». *European Psychiatry*, 15(3), 173-182.
- Huffman, J. C., C. M. Celano et J. L. Januzzi. (2010). « The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes ». *Neuropsychiatric Disorders Treatment*, 6, 123-136.
- Kessler, R. C. et coll. (2005). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication ». *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- King-Kallimanis, B., A. M. Gum et R. Kohn. (2009). « Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 782-792.
- Landi, F. et coll. (2002). « Benzodiazepines and the risk of urinary incontinence in frail older persons living in the community ». *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 72(6), 729-734.
- Lenze, E. J. et coll. (2000). « Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients ». *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722-728.
- Llorente, M. D. et coll. (2000). « Defining patterns of benzodiazepine use in older adults ». [Review]. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 13(3), 150-160.
- Mackenzie, C. S. et coll. (2011). « Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 305-315.
- Martens, E. J. et coll. (2010). « Scared to death? Generalized anxiety disorder and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: The heart and soul study ». *Archives of General Psychiatry*, 67(7), 750-758.
- Mehta, K. M. et coll. (2003). « Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: Findings from the health aging and body composition study ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 499-504.
- Mohlman, J. (2011). « A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety ». *Psychology and Aging*, Advance online publication, April 4th.
- Phillips, A. C. et coll. (2009). « Generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and their comorbidity as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: The Vietnam experience study ». *Psychosomatic Medicine*, 71(4), 395-403.
- Preisig, M., K. R. Merikangas et J. Angst. (2001). « Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 96-103.
- Preville, M. et coll. (2001). « Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18-64: Results from the Quebec Health Survey ». *Aging Mental Health*, 5(3), 216-224.
- Preville, M. et coll. (2008). « The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 822-832.
- Prina, A. M. et coll. (2011). « Co-occurrence of anxiety and depression amongst older adults in low- and middle-income countries: Findings from the 10/66 study ». *Psychological Medicine*, 41(10), 2047-2056.
- Ritchie, K. et coll. (2004). « Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the french elderly population ». *The British Journal of Psychiatry*, 184, 147-152.
- Rivas-Vazquez, R. A. et coll. (2004). « Current issues in anxiety and depression: Comorbid, mixed, and subthreshold disorders ». *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 74-83.
- Rummans, T. A. et coll. (1993). « Learning and memory impairment in older, detoxified, benzodiazepine-dependent patients ». [Comparative Study]. *Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic*, 68(8), 731-737.
- Scherrer, J. F. et coll. (2010). « Anxiety disorders increase risk for incident myocardial infarction in depressed and nondepressed Veterans Administration patients ». *American Heart Journal*, 159(5), 772-779.
- Schoevers, R. A. et coll. (2005). « Depression and generalized anxiety disorder: Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(1), 31-39.
- Scott, T. et coll. (2010). « Mental health service use among canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms ». *Aging and Mental Health*, 14(7), 790-800.
- Tamblyn, R. M. et coll. (1994). « Questionable prescribing for elderly patients in Quebec ». *Canadian Medical Association Journal*, 150(11), 1801-1809.
- Thorp, S. R. et coll. (2009). « Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety ». [Comparative study evaluation studies meta-analysis research support, N. I. H., Extramural]. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 105-115.
- Trollor, J. N. et coll. (2007). « Prevalence of mental disorders in the elderly: The Australian National Mental Health and Well-Being Survey ». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(6), 455-466.
- van Zelst, W. H. et coll. (2006). « Well-being, physical functioning, and use of health services in the elderly with PTSD and subthreshold PTSD ». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 180-188.
- Voyer, P. et coll. (2005). « Mental health for older adults and benzodiazepine use ». *Journal of Community Health Nurs*, 22(4), 213-229.
- Wetherell, J. L., H. Le Roux et M. Gatz. (2003). « DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: Distinguishing the worried from the well ». *Psychology and Aging*, 18(3), 622-627.
- Williamson, J. et J. M. Chopin. (1980). « Adverse reactions to prescribed drugs in the elderly: A multicentre investigation ». *Age and Aging*, 9(2), 73-80.
- Wolitzky-Taylor, K. B. et coll. (2010). « Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review ». *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211.
- Wynne, H. (2005). « Drug metabolism and aging ». *The Journal of the British Menopause Society*, 11(2), 51-56.

XVI^e COLLOQUE DE L'AQRP

Les partenaires du colloque

Un grand merci à tous nos partenaires financiers dont la générosité a rendu possible la réalisation de ce XVI^e Colloque.

Les proactifs

Québec 

- Avec la participation de :
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
 - Direction régionale d'Emploi-Québec de la Capitale-Nationale



Les engagés

Douglas
INSTITUT
UNIVERSITAIRE EN
SANTÉ MENTALE



Les visionnaires



Canadian
Heritage

Canada 



Les rêveurs



Nous remercions le ministère de la Santé et des Services sociaux pour sa contribution financière qui a permis la tenue de cet événement, ainsi que l'Office des personnes handicapées du Québec et la Société d'habitation du Québec.

