



Aucun conflit d'intérêt

Les TCC ont-elles une indication dans la dépression du sujet âgé?

Centre Ressource Régional de Psychiatrie
du Sujet Agé
Service Universitaire de Psychiatrie
Hôpital C Celton (AP-HP)

Christophe GUERIN LANGLOIS



Epidémiologie & données cliniques

- ❑ Etude ESPRIT *(1999 et 2001) chez sujet âgé met en avant:
 - ❑ Prévalence actuelle d'un épisode dépressif majeur de 3,1%
 - ❑ Risque sur vie entière d'un épisode dépressif majeur 26,5% (NB: 9,8% rapportent idéations suicidaires)

 - ❑ Prévalence actuelle Troubles anxieux 14,2%
 - ❑ Troubles anxieux sur vie entière 29,4%

- ❑ 33% des plus de 65 ans et 15 à 30% des sujets âgés qui consultent en médecine générale présentent des symptômes dépressifs (Préville 2008).

- ❑ La dépression reste encore sous-diagnostiquée et insuffisamment traitée (Rob 2017).

- ❑ Le Ratio TS/suicide est proche de 1 (Roblin 2014).

- ❑ Chez SA la dépression est une des causes principales de mortalité (Préville, 2008), de handicap (Alexopoulos, 2002) et d'institutionnalisation (Luppa, 2012).

- ❑ Le taux de réponse aux traitements médicamenteux est moins élevé que chez le sujet jeune avec un taux de rechute est plus important (Rob 2017).

*Etude de Santé Psychologique, Risque, Incidence et Traitement.

TCC: les recommandations thématiques en population générale

- ❑ **Sevrage de benzodiazepines** (grade C) en France (HAS, 2007)
- ❑ **Les troubles anxieux** généralisés ou spécifiques (Kishita et al, 2017), l'anxiété en lien avec une pathologie somatique (Laidlaw et al, 2003)
- ❑ Dans les troubles psychosomatiques, la **douleur chronique** et les **troubles du sommeil** en thérapie de groupe (Lovato et al, 2014)
- ❑ **Symptômes psychotiques** (méta-analyse de Hofmann et al, 2012)
- ❑ **Dépression** (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2006; méta-analyse de Krishna et al, 2011)

Les TCC sont recommandées comme traitement initial de choix pour les dépressions légères à modérées (APA 2010, HAS 2006-2009)

TCC et SA: Données de la littérature

Les TCC apparaissent utiles, efficaces chez le SA:

- ❑ Les méta-analyses montrent des tailles d'effet allant de 0,70 à 1,34 (Wilson 2008; Gould 2012)
- ❑ Deux études montrent une taille d'effet de 0,64 avec un NNT de 3 en **comparaison avec des groupes contrôles** (sans TCC avec AD; Wilson 2008, Gould 2012)
- ❑ Intérêt dans la prévention de la rechute (Pinquart 2006, Cuijpers 2014, Kirkham 2016)
- ❑ TCC doivent être adaptées aux SA (Gum, 2004; Briki 2015; René & Verdon 2017).

facteurs de risques ED chez SA

Facteurs environnementaux (Cibles TCC):

- Retraite
- deuil
- Isolement, conflit interpersonnel
- Perte autonomie (lien avec comorbidités)
- Carence relationnelle

Facteurs organiques:

- Pathologies neurodégénératives (parkinson...)
- Dysthyroïdie
- Déficits sensoriels
- Douleurs chroniques
- Insuffisance cardiaque

Facteurs biologiques cérébraux:

Baisse significative des neurotransmetteurs:

sérotoninergiques
dopaminergiques
noradrénergiques

TCC et SA: les étapes (1)

Indications SA +++	TCC favorisées
Dépression	Groupe+++ Psychoéducation Restructuration cognitive et travail sur gestion des émotions. Thérapie résolution de problèmes. Thérapie des schémas
Tbl Anxieux	Groupe++ Psychoéducation Travail cognitif et émotionnel puis comportemental
Tbl du Sommeil	Groupe ++ Psychoéducation Restructuration cognitive Restriction alitement.

TCC et SA: les étapes (2)

Présentation modèle
cognitif
De Beck

- Situation
- Émotion
- comportement

IDENTIFICATION

- Pensées négatives automatiques
- Argumentation et postulat silencieux des pensées
- Identification des processus cognitifs dysfonctionnels (biais)

INITIATION

- Technique de planification des actions
- Identification de schémas cognitifs dysfonctionnels
- Accroître flexibilité de schémas cognitifs

TCC et SA: spécificités thérapeutiques (1)

- ❑ **Influence des pathologies somatiques et atteintes sensorielles**
- ❑ Nécessité d'une évaluation fonctionnelle fine et évaluation des schémas propres du sujet âgé (Young, Antoine) repérage et discussion des pensées dysfonctionnelles pour permettre l'élaboration de pensées alternatives plus adaptées
- ❑ Influence des **déficits cognitifs** (FE déficitaires freins à l'efficacité des TTT AD Evans, Areàn 2010)
- ❑ Le **vieillessement cognitif** normal mais également **pathologique**: nécessité d'un **bilan neuropsychologique** initial (ressources et aménagement ou question de faisabilité de la TCC)
- ❑ Influence des **facteurs externes** (Evans, 2007) dans l'étiopathogénie de la sensibilité psychique de SA (représentations internalisées et externalisées)

Les facteurs externes?

- ❑ « **Agisme** » internalisé : stéréotypes liés au vieillissement et croyances générationnelles
 - ❑ aller chercher de l'aide est un signe de faiblesse
 - ❑ il faut être fou pour suivre une thérapie
 - ❑ « Plus rien à faire pour moi... »

- ❑ **Cognitions dysfonctionnelles** chez le sujet âgé déprimé (Tison et Hautekeete, 2007)
 - ❑ Banalisation des symptômes dépressifs avec l'âge
 - ❑ Changement impossible avec l'âge

- ❑ **Schémas précoces inadaptés** spécifiques de la vieillesse souvent rigidifiés (Antoine et al, 2007)
 - ❑ Perte d'individualité
 - ❑ Refus d'assistance
 - ❑ Désengagement

- ❑ **Représentations** personnelles et sociales de la vieillesse

TCC et SA: spécificités thérapeutiques (2)

- ❑ **Adapter les thèmes et facteurs spécifiques liés aux SA** dans les contenus des séances (Thomson, 1996)
 - ❑ Autour de la perte (deuil, santé, réseau social)
 - ❑ Autour de la transition (retraite, modifications des relations intergénérationnelles...)
- ❑ **Evaluation cognitive** préalable : répéter, résumer, reformuler, inciter le patient à prendre des notes sur un carnet (aide-mémoire)
- ❑ Tenir compte de l'impact des **déficits sensoriels** (audition et vision) : multiplier les supports pour renforcer l'apprentissage
- ❑ Prendre en considération les **déficits fonctionnels** (perte d'autonomie, maladies invalidantes,...) : reconsidérer les modalités d'application de la TCC (téléphone, internet, hospitalisation, soins primaires, implication de l'entourage...)
- ❑ Fréquence de **l'intrication somatopsychique** : favoriser une approche interdisciplinaire et intégrative
- ❑ Intégrer les pertes, deuils et transitions de rôle dans la prise en charge psychothérapique

TCC et SA: spécificités thérapeutiques (3)

- ❑ **Intérêt spécifique des thérapies de groupe** favorise la mise à distance de ses problèmes (décentration et facilite reprise du lien avec ses pairs, déstigmatisation, valorisation des pairs)

- ❑ **Thérapie de Résolution de Problèmes** en groupe (3 phases sur 12 séances)
 - ❑ 6 consacrées à l'apprentissage de la méthode
 - ❑ Psychoéducation (3 séances)
 - ❑ Apports théoriques (3 séances)

 - ❑ 6 consacrées à l'application du modèle aux problèmes rencontrés
 - ❑ Exercices pratiques, jeux de rôles (adaptés aux besoins et ressources du sujet âgé, 6 séances)
 - ❑ Les tâches cognitives reposent sur l'auto-observation de ses cognitions et comportements.
 - ❑ Les tâches comportementales visent à stimuler l'engagement du patient dans les activités et les échanges interpersonnels

Quelques exemples (1): la thérapie de résolution de problème

- ❑ Indiqué chez SA qui connaissent :
 - ❑ Changement de vie et Changement efficacité régulation émotionnelle liée au vieillissement (Makowski, 2015)
 - ❑ Vieillesse entraîne moins de recours aux stratégies de régulation coûteuses (ex: de contrôle émotionnel)
- ❑ TRC axée sur recherche de stratégies efficaces répond bien à la problématique du SA:
 - ❑ Apprendre à identifier un problème
 - ❑ Guider la recherche de solutions
 - ❑ Accompagner la mise en œuvre
- ❑ TRC très adapté aux SA présentant troubles des FE (Areàn 2010)
 - ❑ Identification, planification, organisation et initiation

Quelques exemples (2): Programme de psychoéducation dépression SA

- ❑ **Psychoéducation** (individuelle & groupe++) Le groupe est un moyen d'informer, d'échanger, de stimuler et aussi de travailler sur le sentiment de stigmatisation souvent rapporté par les patients
- ❑ **Questionnement socratique** facilite compréhension de la dépression par la mise à disposition d'un savoir sur la maladie
- ❑ Le **temps d'hospitalisation** peut être un temps propice pour délivrer des informations sur les troubles psychiatriques et psychologiques aux patients hospitalisés.
- ❑ Programmes spécifiques de psychoéducation sur la dépression du SA (René M & Blumenstock Y 2017)
 - ❑ **Objectif** : favoriser l'échange d'informations, l'échange entre les participants, avoir une action psychoéducative et une action contre l'isolement social.
 - ❑ **Support** (étiquettes ex: solitude) favorise la participation des patients et assure une dynamique de groupe et d'échange.
 - ❑ les participants sont dans un premier temps invités à s'exprimer sur le thème,
 - ❑ deuxième temps, le soignant complète la présentation si besoin.

Déroulement

- ❑ Séance 1 : Les symptômes de la dépression
- ❑ Séance 2 : Les facteurs de risque: 3 types de facteurs
 - ❑ physiques,
 - ❑ psychologiques,
 - ❑ environnementaux.
- ❑ Séance 3 : Les traitements médicamenteux et non-médicamenteux
 - ❑ Séance animée en binôme avec un interne.
- ❑ Séance 4 : Le retour à domicile après l'hospitalisation
 - ❑ Séance construite comme un groupe de parole : recueil des appréhensions, des questions, des expériences ? Réflexion commune sur comment faire face à ces appréhensions?
- ❑ Ex : peur de la rechute : Comment prévenir une rechute ? reprise progressive du quotidien, demander de l'aide dès les premiers signes où on se sent moins bien, en parler au médecin, à ses proches, à l'infirmière à domicile etc.

Conclusions



- ❑ L'efficacité de la TCC est prouvée dans la PEC de la dépression du SA afin de réduire plus rapidement la symptomatologie*
- ❑ TCC recommandée dans la **PEC de la dépression du sujet âgé** et la **prévention de la rechute +++**
- ❑ PEC de **groupe à favoriser** pour les effets directs et indirects sur l'amélioration des symptômes

*Rob M Kok, Charles F. Reynolds III; JAMA 2017; 317 (20) 2114-2122.

Bibliographie

- ❑ Rob M Kok, Charles F. Reynolds III; JAMA 2017; 317 (20) 2114-2122.
- ❑ American Psychiatry Association. Practice Guideline for treatment of patient with major depression disorder. 3rd ed 2010.
- ❑ Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatment for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. Am J Psychiatry. 2006; 163 (9): 1493-1501.
- ❑ Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds III. Managing depression in older age: psychological interventions. Maturitas. 2014; 79 (2): 160-169.
- ❑ Kirkham JG & al, Meta-analysis of problem solving therapy for treatment of major depressive disorder in older adults. Int J geriatr Psychiatry. 2016; 31 (5): 526-535.
- ❑ Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. Cochrane database Syst Rev. 2008; (1).
- ❑ Gould RL & al. Cognitive behavioral therapy for depression in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. J Am Geriatric Soc 2012; 60 (10): 1817-1830.
- ❑ Areàn K & al. Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction. Am J Psychiatry. 2010; 167(11): 1391-1398.
- ❑ Evans C. Cognitive-behavioural therapy with older people. Adv Psychiatry Treat 2007; 13: 11-8.

Merci de votre attention



PAR TOUTATIS ! ENCORE UN JOUR
FÉRIÉ LE DIMANCHE...