

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

THÈSE
PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

EFFET D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE
INTERPERSONNELLE SUR LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS D'UNE CLIENTÈLE
ATTEINTE D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF DÙ À LA MALADIE
D'ALZHEIMER

PAR
STÉPHANIE BOURASSA

JUILLET 2016

Université de Sherbrooke
Faculté des lettres et sciences humaines

Cette thèse intitulée :

Effet d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle sur les symptômes
dépressifs d'une clientèle atteinte d'un trouble neurocognitif dû à la maladie
d'Alzheimer

Présentée par :

Stéphanie Bourassa

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

GAGNON, Lise
Directrice de recherche

PAPINEAU, Marie
Membre du jury

BENOÎT, Maryse
Membre du jury

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans l'article 5.11 du Règlement facultaire des études de 2^e et 3^e cycles, ainsi que dans les Règles institutionnelles pour les mémoires et les thèses par articles de l'Université de Sherbrooke. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication des revues reconnues. Le nom de la directrice pourrait donc apparaître comme co-auteurs des articles soumis pour publications.

Sommaire

Le trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA) constitue un enjeu de santé publique incontournable en raison de son incidence et de ses conséquences désastreuses. En plus des atteintes cognitives et fonctionnelles qu'il engendre chez la personne qui en est atteinte, la TNMA implique la présence de symptômes psychologiques et comportementaux comme la dépression. Les quelques études qui ont tenté une intervention non pharmacologique ont essentiellement mesuré les changements comportementaux ou cognitifs, laissant peu de place au vécu émotionnel. De plus, les rares études qui ont inclus l'exploration des affects ont obtenu des résultats peu concluants, mais possiblement explicables par des lacunes méthodologiques. Le premier article de cette thèse comprend un survol de la littérature et la proposition d'un nouveau modèle de psychothérapie afin de traiter les symptômes dépressifs chez les personnes atteintes d'un TNMA. Inspiré de l'adaptation de Brierley et al. (2003) de la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle pour les personnes atteintes d'un TNMA et de symptômes dépressifs, notre modèle tient compte des nouvelles connaissances sur la mémoire implicite, relativement préservée chez la personne atteinte d'un TNMA, et inclus un nombre de séances plus élevé (15 semaines) que dans la plupart des études documentées jusqu'à maintenant. Un devis expérimental à cas uniques ($n = 4$) combiné à un dispositif par lignes de base multiple a été adopté pour évaluer l'efficacité de ce modèle. L'évaluation des effets de l'intervention comprenait la Dementia Mood Assessment Scale (DMAS), la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) et le Dementia Quality Of Life (DQOL). Aussi, dans le but d'obtenir une mesure

continue, les participantes ont évalué leur humeur et leur intérêt chaque semaine pendant l'étude. La DMAS et la CSDD ont aussi été complétées par un proche. Le deuxième article présente une étude exploratoire visant à mesurer le potentiel clinique du modèle proposé pour une participante. Le profil des trois autres participantes sont présentés dans la transition de cette thèse pour compléter le travail de recherche visant à mesurer les effets cliniques du modèle proposé. Bien que les résultats des différents suivis aient démontré une variabilité importante, il est possible de conclure qu'une amélioration significative à au moins une mesure clinique des symptômes de la dépression a été observée pour la majorité des participantes. Cette amélioration clinique a aussi été confirmée par les proches aidants. Enfin, malgré les limites de l'étude, celle-ci suggère que le modèle de psychothérapie psychodynamique interpersonnelle que nous proposons présente un certain potentiel d'efficacité thérapeutique avec une clientèle atteinte d'un TNMA et de symptômes dépressifs. La discussion générale de la thèse s'inspire des résultats de celle-ci afin de proposer de nouvelles adaptations, ainsi que des pistes de recherche futures devant permettre d'en mesurer l'efficacité.

Mots clés : Trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA), détresse psychologique, dépression, symptômes dépressifs, traitement non pharmacologique, psychothérapie psychodynamique, psychothérapie interpersonnelle.

Table des matières

Sommaire	i
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	11
Le trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer	12
Symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD).....	13
Dépression en cours d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer	14
Les difficultés diagnostiques de la dépression gériatrique	15
Contexte d'apparition.....	19
Traitement des symptômes dépressifs.....	21
Capacités préservées	22
Interventions psychologiques	26
Chapitre 1	35
Symptômes psychologiques et comportementaux (spcd)	39
Dépression et enjeux diagnostiques	40
Contexte d'apparition.....	43
Traitement des symptômes dépressifs.....	44
Déroulement des séances.....	58
Conclusion.....	61
Références	62
Transition	70
Modèle de psychothérapie.....	72

Devis de recherche	82
Recrutement et procédures	83
Description des échelles de mesures	85
Mesures de la dépression.....	85
Mesure de la qualité de vie	88
Mesure continue.....	89
Méthodes d'analyse des résultats.....	90
Profil des autres participantes de l'étude.....	91
Participante 1	92
Participante 2.....	103
Participante 3	119
Chapitre II	133
Méthode	138
Instruments de mesure	138
Intervention.....	139
Mode d'analyse des données	139
Description du cas	140
Historique du suivi	141
Résultats aux instruments de mesure	146
Discussion	148
Implications cliniques.....	149
Références	150
Discussion générale	156
Références	179
Appendice A Critères diagnostiques de la dépression dans la maladie d'Alzheimer (Olin et al., 2002).....	196

Appendice B Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur	198
Appendice C Lignes de base multiples	200
Appendice D Brochure qui sera remise aux participants potentiels par les référents..	202
Appendice E Formulaire d'engagement au respect des consignes liées à l'étude pour les intervenants qui participent au recrutement	205
Appendice F Fiche de référence pour le projet de recherche	207
Appendice G Canevas de l'entrevue de présélection avec le patient et le proche aidant	209
Appendice H Formulaire de consentement à participer à l'étude	211
Appendice I Formulaire de respect de la confidentialité pour assistant de recherche ..	221
Appendice J Tableau présentant les outils neuropsychologiques utilisés	223
Appendice K Échelle de dépression en cours de démence de Cornell	225
Appendice L Échelle de l'évaluation de l'humeur au cours des démences	227
Appendice M Échelle de la qualité de vie en cours de démence (DQoL)	230
Appendice N Fiche d'enregistrement hebdomadaire de perte d'intérêt et de la détresse	236
Appendice O Preuve de soumission Article 1	238
Appendice P Preuve de soumission Article 2	240

Liste des tableaux

Tableau

1. Résultats de P1 au dépistage de symptômes dépressifs et aux tests neuropsychologiques	93
2. Résultats obtenus par P1 à l'échelle du CSDD pour chaque temps de mesure ..	100
3. Indice de sévérité au DMAS de P1 et fluctuation entre chaque temps de mesure (%).....	101
4. Résultats de P2 au dépistage de symptômes dépressifs et aux tests neuropsychologiques	104
5. Résultats obtenus pour P2 à l'échelle du CSDD pour chaque temps de mesure	115
6. Indice de sévérité du DMAS de P2 et fluctuation entre chaque temps de mesure (%).....	116
7. Fluctuation de l'indice de qualité de vie (DQoL) de P2 entre chaque temps de mesure (%).....	117
8. Résultats de P3 au dépistage des symptômes dépressifs et aux tests neuropsychologiques	121
9. Résultats obtenus pour P3 à l'échelle du CSDD pour chaque temps de mesure	128
10. Indice de sévérité au DMAS de P3 et fluctuation entre chaque temps de mesure (%).....	128
11. Fluctuation de l'indice de qualité de vie (DQoL) de P3 entre chaque temps de mesure (%).....	130
12. Résultats de la participante aux tests neuropsychologiques et au dépistage des symptômes dépressifs	154
13. Indice de sévérité au CSDD pour chaque temps de mesure.....	154
14. Indice de sévérité du DMAS et entre chaque temps de mesure (%).....	154
15. Différence de l'indice de qualité de vie (DQoL) entre chaque temps de mesure (%)	155
16. Outils neuropsychologiques utilisés.....	224

Liste des figures

Figure

1. Résultats de P1 aux mesures continues obtenus à chacune des semaines de l'expérimentation 102
2. Résultats de P2 aux mesures continues obtenus à chacune des semaines de l'expérimentation. 119
3. Résultats de P3 aux mesures continues obtenus à chacune des semaines de l'expérimentation 132
4. Mesure continue de la participante..... 155
5. Lignes de base multiples selon les participants 201

Remerciements

Durant ce long processus rempli de découvertes, de joies, mais aussi de découragement et de déceptions, j'ai eu l'occasion de pouvoir compter sur différentes personnes afin d'accomplir mon rêve de devenir psychologue.

Merci à ma directrice de thèse, Lise Gagnon, de s'être investie personnellement dans mon expérimentation. J'admire votre volonté d'aider cette clientèle et de vouloir sensibiliser la population. Grâce à votre dévouement, j'ai développé la croyance que d'aider les personnes atteintes d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer à l'aide de la psychothérapie était possible et que la recherche pouvait s'inspirer de nos intuitions cliniques.

Merci à ma famille et mon conjoint qui m'ont toujours fait sentir que j'accomplissais quelque chose de grand. Un hommage particulier à Jacqueline Bourassa, une grand-mère aimante qui a fait naître un désir en moi d'essayer de changer les choses et d'aider les personnes atteintes.

Merci à ma cohorte de psychologie clinique. Cette formation a été enrichissante et surtout plaisante grâce à ces nouvelles rencontres. Partager votre quotidien a été inspirant pour moi.

Merci à Gina Dahine, Laurence Brunelle-Hamann et Ariane Polisois-Keating pour leur implication dans le processus d'évaluation des participantes. Merci pour vos samedis ainsi que votre incroyable générosité tout au long du processus.

Un grand merci aux familles et aux participantes. Vous côtoyer a été une chance et à alimenter mon désir de terminer ce projet.

Introduction

Le Canada connaît un vieillissement démographique exacerbé par le faible taux de fécondité, l'augmentation de l'espérance de vie et des effets de la génération du baby-boom (Gouvernement du Québec, 2005). De 1981 à 2005, le nombre d'aînés est passé de 2,4 à 4,2 millions, ce qui représente respectivement 9,6 % et 13,1 % de la population. L'expansion de ce groupe s'accélérera durant les prochaines décennies pour atteindre 25 % de la population en 2036 (Statistique Canada, 2012). Puisque la prévalence d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA) ou d'une maladie apparentée (p. ex. maladie à corps de Lewy, maladie neurocognitive de type vasculaire) augmente de manière exponentielle avec l'âge, il faut s'attendre à une augmentation de nouveaux cas (Diamond, 2006; Jolley & Jorm, 1998; Kukull & Ganguli, 2000 ; Small, Fratiglioni, Viitanen, Winblad, & Backman ; World Health Organisation, 2012).

Le trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer

Selon la Société Alzheimer du Canada (2010b), la maladie d'Alzheimer représente 63 % des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif. Il est estimé que près d'un *baby-boomer* sur cinq sera atteint de la maladie d'Alzheimer au cours de sa vie (Hogan et al., 2007).

Selon l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2000), le TNMA est un syndrome insidieux et progressif se caractérisant d'abord par des déficits de la mémoire et s'accompagnant d'au moins un autre type de déficit cognitif. Ces déficits doivent constituer un déclin comparé aux capacités antérieures et doivent compromettre les activités professionnelles ou sociales de l'individu. Aussi, pour poser le diagnostic d'un TNMA, le clinicien doit éliminer la présence d'autres maladies neurocognitives, vasculaires, mentales ou systémiques qui pourraient causer le déclin cognitif (APA, 2013). Le TNMA entraîne des atteintes sur le plan cognitif, fonctionnel et comportemental qui affectent plusieurs sphères de la vie quotidienne (Gallo, Schmidt, & Libon, 2008, 2009). La diminution de l'autonomie de la personne atteinte impose notamment une prise en charge par les membres de la famille ou de professionnels, des coûts sociaux et médicaux importants et la plupart du temps, le placement en établissement de soins de longue durée (Landreville, Rousseau, Vezina, & Voyer, 2005).

Symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD)

En plus des atteintes cognitives et fonctionnelles, les personnes souffrant d'un TNMA peuvent présenter des symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD) (Gallo et al., 2008, 2009; IPA, 2002) et ce, avec une prévalence de 3 à 4 fois plus élevée que chez les individus du même âge et non atteints d'un TNMA (Lykestos & Olin, 2002). Selon L'Association Psychogériatrique International (2002), les SCPD sont des symptômes de troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement fréquemment observés. Les symptômes psychologiques incluent

l'anxiété, l'humeur dépressive, les hallucinations et les délires, alors que les symptômes comportementaux incluent l'agression physique, les cris, l'agitation, l'errance, les comportements culturellement inappropriés, la désinhibition sexuelle, l'accumulation d'objets, l'expression de malédictions envers quelqu'un et le fait d'imiter ou de suivre un individu du personnel soignant (IPA, 2002)

Dépression en cours d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer

La majorité des recherches ayant mesuré le taux de dépression au cours d'un TNMA ont obtenu un pourcentage variant entre 30 et 50 % (Lee & Lykestos, 2003). Les troubles neurocognitifs et la dépression constituent en fait les affections les plus communes chez nos aînés (Meeks, Vahia, Lavretsky, Kulkarni, & Jeste, 2011; Olin et al., 2002a; Verhey & Visser, 2000; Wimo et al., 2011). Jusqu'ici, il semblerait que l'attention scientifique ait davantage porté sur les atteintes cognitives et leurs conséquences fonctionnelles que sur les troubles psychologiques et comportementaux comme la dépression (Landreville et al., 2005). Pourtant, l'étude des symptômes psychologiques semble essentielle. Les symptômes dépressifs peuvent entraîner une institutionnalisation prématurée (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Santorius, 1996; Margallo-Lana et al., 2001; Zuidema, Koopmans, & Verhey, 2007), une augmentation du coût des soins de santé (Finkel et al., 1996; Meeks et al., 2011; Wimo et al., 2011) ainsi que de la souffrance et une diminution significative de la qualité de vie de la personne atteinte, de sa famille (Finkel et al., 1996; Meeks et al., 2011; Wimo et al., 2011) et du personnel soignant (Draper, Snowdon, & Meares, 2000; Fauth, Zarit,

Femia, Hofera, & Stephens, 2006; Finkel et al., 1996; Meeks et al., 2011; Rodney, 2000; Wimo et al., 2011). En plus de ces impacts, la dépression en cours d'un TNMA peut engendrer un déclin cognitif plus rapide (Lee & Lyketsos, 2003; Ohnen, 2002), une augmentation des conflits familiaux (Ohnen, 2002), des risques d'agressions physiques (Lyketsos et al., 1999) et des risques de suicide (Rubio et al., 2001).

Starkstein, Jorge, Mizrahi et Robinson (2005) ont poussé leurs recherches un peu plus loin en examinant la situation clinique de 670 patients atteints d'un trouble neurocognitif. Ils ont découvert que les patients répondants aux critères diagnostiques du DSM-IV de la dépression majeure ou mineure avaient des dysfonctionnements sociaux plus sévères et de plus grandes difficultés dans l'exécution des activités de la vie quotidienne. Ils ont aussi observé que même les niveaux de dépression plus légers entraînaient des pertes significatives dans le contexte d'un TNMA.

Les difficultés diagnostiques de la dépression gériatrique

Plusieurs obstacles complexifient l'identification des symptômes dépressifs chez les aînés en général. Un de ces obstacles est la fausse croyance partagée par les aînés et les membres de notre société selon laquelle il est normal d'être déprimé en vieillissant (Burroughs et al., 2006). Aussi, il semblerait que les personnes touchées communiqueraient davantage leurs problèmes physiques (Murray, 2002; Reynolds et al., 2002) et seraient peu enclines à parler de leur état émotif avec un professionnel de la

santé (O'Connor, Rosewarne & Bruce, 2001). Une barrière supplémentaire serait liée au fait que les symptômes dépressifs prendraient généralement une forme atypique chez cette population (Forsell et al., 1993; Helmer, Landes et al., 2001; Peres & Montagnier, 2004; Strober & Arnett, 2009). Ainsi, les caractéristiques d'une personne âgée dépressive seraient principalement la perte d'espoir, une vision pessimisme, une faible estime de soi ainsi qu'une perte d'intérêt pour les activités qui lui procuraient du plaisir auparavant. Alors qu'il pourrait être attendu que la tristesse soit un symptôme dominant dans le diagnostic, Giffard (2008) avance que la dépression gériatrique ne présenterait généralement pas de tristesse exprimée.

Le tableau semble se compliquer davantage lorsqu'il est question de diagnostiquer la présence de symptômes dépressifs en cours d'un TNMA. Malgré la prévalence élevée des symptômes dépressifs chez une clientèle atteinte d'un TNMA, il semblerait que cette population soit sous diagnostiquée et sous-traitée (Chew-Graham, Baldwin, & Burns, 2004; Katona, Freeling, Hinchcliffe, Blanchard, & Wright, 1995). Le diagnostic de dépression est d'ailleurs qualifié par certains comme un acte difficile et controversé (Landreville et al., 2005; Verhey & Visser, 2000). Avant même de s'interroger sur les symptômes, la manière dont nous récoltons ceux-ci pourrait être un enjeu. Les entrevues cliniques et outils diagnostiques demandent aux personnes atteintes de rapporter verbalement des états subjectifs alors que le TNMA atteint progressivement les habilités du langage (Gagnon & Rousseau, 2005; Olin et al., 2002).

De plus, Verhey et Visser (2000) estiment que le diagnostic de dépression chez la personne atteinte d'un TNMA est problématique pour plusieurs raisons. Premièrement, l'absence d'un test consensuel (gold standard) pour mesurer la présence d'une dépression amène les chercheurs à appliquer différents critères. Ceci pourrait expliquer partiellement les taux de dépressions et de symptômes dépressifs si différents d'une étude à l'autre. Il est aussi souligné que les critères du DSM-IV sont conçus pour les adultes en santé et qui ne tiennent pas compte du chevauchement de certains symptômes avec le TNMA. La perte d'intérêt, le retrait social, l'apathie et les perturbations du sommeil observés chez une personne déprimée atteinte d'un TNMA se doivent ainsi d'être différenciées de manifestations apparaissant durant la progression de la maladie (Gagnon & Rousseau, 2005; Verhey & Visser, 2000). Certains auteurs affirment donc que ces critères sont inadéquats pour le diagnostic d'une dépression chez les aînés atteints d'un TNMA (Landreville et al., 2005; Verhey & Visser., 2000).

Une autre contre-indication à l'utilisation des critères du DSM serait l'expression atypique de la dépression chez une clientèle atteinte d'un TNMA. La présentation clinique pourrait inclure des changements de personnalité, de l'anxiété, des pensées obsessives, des phobies ou des comportements d'évitement, qui sont des symptômes atypiques pour la population générale, mais plus fréquents au sein de la clientèle des personnes atteintes d'un TNMA (Verhey, Jolles, Ponds, de Lught, & Vreeling, 1995). Les symptômes s'exprimeraient donc différemment et une approche catégorielle ne serait pas en mesure de tenir compte des nuances de ce groupe très hétérogène. Ainsi,

Verhey et Visser (2000) croient que les cliniciens qui utilisent une approche catégorielle dans le diagnostic de la dépression chez cette clientèle sont à risque de ne pas inclure les symptômes atypiques dans le tableau clinique de la personne déprimée, ce qui empêche une vision globale de la problématique. Ce mythe de l'homogénéité des présentations dépressives chez les patients est donc une limite supplémentaire au diagnostic de la dépression de cette clientèle.

Un autre facteur à prendre en compte serait que les personnes atteintes d'un TNMA seraient aussi hétérogènes dans la sévérité des symptômes dépressifs et dans leurs atteintes neurobiologiques (Verhey & Visser, 2000). Cette caractéristique implique donc que les personnes atteintes d'un TNMA présentaient une humeur dépressive moins envahissante et moins stable que les personnes non atteintes (Merriam, Aronson, Gaston, Wey, & Katz, 1988).

Dans le but de créer un outil diagnostique plus adapté à la réalité des manifestations dépressives chez cette clientèle, un groupe de chercheurs de l'Institut National de la Santé Mentale (NIMH-dAD) a produit des critères diagnostiques (voir Appendice A) pour la dépression dans la maladie d'Alzheimer (Olin et al., 2002a, 2002b). Le travail du groupe avait pour objectif de mieux définir la dépression en présence d'un TNMA et de contourner ainsi le chevauchement entre les symptômes dépressifs et ceux d'un TNMA. Le consensus proposé par les auteurs implique qu'au lieu de devoir répondre à un minimum de 5 critères du DSM-IV (voir Appendice B), la

personne atteinte aurait besoin de répondre à seulement trois critères et ceux-ci n'ont pas à être présents tous les jours. Cette proposition a été accompagnée de l'ajout de l'irritabilité et du retrait social parmi les critères diagnostiques, ainsi que le retrait du critère de manque de concentration. Enfin, le critère de perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des activités a été précisé pour mettre l'accent sur l'absence d'affect positif suite à des contacts sociaux et aux activités habituellement agréables pour la personne. Le groupe de critères obtenus par cet exercice reste le plus grand consensus obtenu dans le domaine à ce jour.

Une étude de Teng et al. (2008) vient confirmer la validité des critères de ce groupe. Effectivement, cette recherche comparait les critères du groupe de l'Institut National en Santé Mentale (NIMH-dAD) à plusieurs mesures disponibles pour détecter la dépression chez les personnes âgées atteintes d'un TNMA soit : les critères du DSM-IV pour la dépression majeure et mineure, l'échelle de Cornell pour la dépression chez une clientèle âgée (CSDD), l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-Q). Les résultats valident que les nouveaux critères de l'Institut National en Santé Mentale débusquent le plus haut taux de dépression chez cette clientèle.

Contexte d'apparition

Au-delà de la nécessité de pouvoir se référer à des critères diagnostiques valides lorsque le clinicien soupçonne l'apparition d'une dépression chez une personne atteinte

d'un TNMA, ce dernier doit aussi connaître les facteurs de risque associés afin de pouvoir également faire de la prévention. Selon Landreville, et al. (2005), il existe à cet égard des connaissances épidémiologiques très intéressantes. Ainsi, une personne atteinte d'un TNMA et déprimée présenterait davantage d'antécédents familiaux de dépression qu'une personne atteinte d'un TNMA non déprimée (Pearlson, Ross, Lohr, Rovner, Chase & Folstein., 1990; Strauss & Ogrocki, 1996; Lyketsos, Tune, Pearlson, & Steele, 1996). Ces résultats alimentent l'hypothèse selon laquelle un facteur génétique aurait un rôle à jouer dans le développement de la dépression chez les personnes atteintes d'un TNMA (Strauss & Ogrocki, 1996). De plus, un historique de dépression chez le patient (Thorpe & Groulx 2001; Harwood, Barker, Ownby, & Duara., 1999; Migliorelli, Tesona, Sabe, Petracchi, Leiguarda, & Starstein, 1995), le genre féminin et le développement d'un TNMA plus tôt dans la vie seraient des facteurs de risque de la dépression chez cette clientèle (Harwood, Barker, Ownby, & Duara 1999; Migliorelli, Tesona Sabe, Petracchi, Leiguarda, & Starstein, 1995). Le lien entre un historique de dépression personnelle et le développement d'un TNMA serait plus fort si la dépression arrive dans les deux années avant le diagnostic d'un TNMA (Steffens, Plassman, Helms, et al., 1997). Ceci alimente l'hypothèse selon laquelle la dépression pourrait être un prodrome au TNMA pour certains (Steffens, Plassman, Helms, et al., 1997). Le moment le plus à risque de développer une dépression chez un patient ayant un diagnostic d'un TNMA reste un sujet de discordance dans la communauté scientifique. Certains affirment que les symptômes dépressifs sont communs dans un stade léger ou modéré de la maladie et plus rares lors du stade dit sévère (Lyketsos, Steinberg, Tschanz, Norton,

Steffens, & Breitner, 2000; Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian, 1988). Par contre, ce changement peut être dû à une difficulté dans l'évaluation de la dépression dans un stade sévère du trouble neurocognitif et non par l'absence de symptôme (Lyketsos & Olin, 2002).

Traitement des symptômes dépressifs

Pour les personnes chez qui le diagnostic de dépression est posé, il est important d'envisager un traitement. L'avenue de traitement la plus souvent proposée serait la médication (Fisher, Drossel, Ferguson, Cherup & Sylverter., 2008 ; Olin et al., 2002b). Les essais contrôlés randomisés visant le traitement de la dépression chez une clientèle souffrant d'un TNMA sont très rares (Reifler et al., 1989; Teri & Gallagher-Thompson, 1991; Lyketsos & Olin, 2002; Thorpe & Groulx, 2001; Derouesné, 1996; Gagnon & Rousseau, 2005; Olin et al., 2002b; Teri et al., 1991). Ceci se traduit par un manque de données empiriques vérifiées pour guider les cliniciens dans le choix d'un traitement viable pour leur patient atteint d'un TNMA et d'une dépression (Teri, Logsdon, Uomoto, & McCurry., 1997).

Il est judicieux de se questionner sur la raison du manque de recherche. Un obstacle de taille aux interventions psychologiques axées sur la réhabilitation des symptômes dépressifs chez des personnes souffrant d'un TNMA est la fausse croyance, souvent partagée par le personnel soignant et les proches aidants, que ces personnes peuvent seulement évoluer vers un fonctionnement déclinant (Hooper, 2003).

Effectivement, Adam (2007) mentionne que l'absence d'intérêt pour la prise en charge cognitive de cette clientèle au cours des dernières décennies s'explique par les croyances erronées selon lesquelles les personnes possèdent un dysfonctionnement cognitif généralisé et homogène. Gagnon et Rousseau (2005) ajoutent que la croyance populaire selon laquelle il est normal à un certain âge d'éprouver des symptômes dépressifs, surtout en présence de symptômes cognitifs, nuit beaucoup à cette clientèle. Toujours selon ces auteurs, cette fausse croyance empêcherait la mise en place d'interventions appropriées et prolonge l'épisode dépressif.

Capacités préservées

Certains auteurs soutiennent que les capacités préservées dans la maladie d'Alzheimer sont particulièrement importantes à explorer et à considérer afin de les utiliser durant la prise en charge clinique (Adam, Van der Linden, Juillerat, & Salmon, 2000; Moussard, Bigand, Clément, & Samson, 2008). De plus, ces affirmations sont maintenant appuyées par la découverte que le TNMA affecte différemment les systèmes et les processus cognitifs selon l'évolution de la maladie et donc, que certains sont bien préservés jusqu'à un stade sévère de la maladie (Collette, Van der Linden, Juillerat, & Meulemans, 2003). Selon Adam (2007), les récentes études en neuropsychologie cognitive nous permettent de mieux comprendre la maladie d'Alzheimer, mais surtout de changer notre façon d'aborder les déficits liés à cette affection. Pour l'auteur, trois découvertes sont majeures dans ce domaine : les capacités cognitives préservées,

l'hétérogénéité des atteintes chez les différentes personnes et le diagnostic précoce de la maladie.

La mémoire implicite représente une capacité préservée qui permettrait d'intégrer des nouvelles informations en psychothérapie par les personnes atteintes d'un TNMA. L'apprentissage implicite réfère à notre capacité d'acquérir des nouvelles informations de manière non intentionnelle (Meulemans, 2000; Cleeremans, Destrebecqz, & Boyer, 1998) et qui n'est pas accessible dans les tâches de rappel explicite (Harrison, Gwi-Ryung, Jiyoung & Ann, 2007). De son côté, la mémoire explicite réfère à notre capacité consciente de nous rappeler des mots, évènements, visage, histoire et qui est illustré dans la population par l'action de se « rappeler » (Squire, 1994). La littérature scientifique décrit ces deux systèmes mnésiques (explicite et implicite) comme dissociés tant au niveau cérébral que fonctionnel (Lustig & Buckner, 2004 ; Poldrack & Gabrieli, 2001 ; Squire, 1994). La maladie d'Alzheimer entrainerait une perte précoce de la mémoire explicite. D'ailleurs, la gravité des difficultés liées à celle-ci est utilisée pour identifier le niveau des atteintes de la maladie (légères, modérées ou sévères) (Braak & Braak, 1997). De son côté, il semblerait que la mémoire implicite soit préservée jusqu'à un stade sévère de la maladie (Fleischman, Wilson, Gabrieli, Schneider, Bienias, & Bennett, 2005 ; Park et al., 1998 ; Harisson et al., 2007 ; Squire, 1994). Toutefois, pour qu'un processus sollicite la mémoire implicite, la recherche intentionnelle d'information ou la récupération consciente (explicite) chez le participant doivent être évitées par le thérapeute (Schacter, 1987). Bien qu'étant considéré comme des systèmes mnésiques

dissociés (Squire, 1994 ; Lustig & Buckner, 2004 ; Poldrack & Gabrieli, 2001), Adam (2014) prévient les professionnels qui travaillent avec cette clientèle contre les risques de contamination que pourrait créer la réduction de l'effet d'amorçage chez les personnes atteintes. Ainsi, en sollicitant la mémoire explicite, le thérapeute pourrait nuire à un rappel spontané de certains événements ou sentiment important dans le processus. Il faudra ainsi éviter par exemple de référer à une séance antérieure par des questions telles que « Vous souvenez-vous la semaine dernière, nous avons parlé de... ». Par conséquent, le thérapeute ne devrait donc pas solliciter le rappel explicite de souvenirs récents, mais plutôt tirer profit des souvenirs qui émergent et des émotions qu'ils engendrent, afin de lui permettre de rejoindre le client au cœur de son expérience et de réaliser un travail thérapeutique basé notamment sur ses capacités préservées.

En ce qui a trait aux souvenirs plus anciens, certaines données de la littérature suggèrent que leur rappel, même explicite, peut être sollicité. Leur rappel pourrait notamment être favorisé en contexte psychothérapeutique puisqu'il pourrait bénéficier de l'effet de rehaussement de la mémoire émotionnelle (Broster, Blonder, & Jiang, 2012 ; Bucks & Radford, 2004 ; Fleming, Kim, Doo, Maguire, & Potkin, 2003 ; Kazui et al., 2000 ; Moayeri, Cahill, Yi Jin, & Potkin, 2000 ; Nashiro & Mather, 2011; Schultz, de Castro & Bertolucci, 2009; Nieuwenhuis-Mark, Schalk, & De Graff, 2009), soit un contexte qui favoriserait le rappel en raison des émotions qui y ont été associées. À ce titre, certaines études se sont intéressées au rappel de souvenirs de faits réels et associés à une émotion particulière chez des personnes atteintes d'un TNMA. Ikeda, Mori &

Hirono (1998) ont ainsi démontré que des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ont obtenu une meilleure performance pour le rappel du tremblement de terre de Kobe que pour celui d'événements à caractère émotionnel plus neutre et ce, deux mois après le tremblement de terre. Pour parler de l'utilisation des souvenirs autobiographiques plus anciens, on pourrait ainsi référer davantage à l'expérience de récupération, expérience qui réfère à la capacité de rappel d'informations de manière subjective, donc non seulement de l'information encodée, mais également des affects et des pensées expérimentées lors de l'encodage (Kalenzaga, Piolino et Clarys, 2015), ce à quoi réfère plus souvent un processus thérapeutique.

Une capacité préservée supplémentaire qui pourrait encore une fois justifier l'utilisation d'une psychothérapie pour le traitement des symptômes dépressifs chez cette clientèle est le maintien du traitement des émotions (Broster, Blonder, & Jiang, 2012; Mori, et al., 1999). De manière plus précise, les personnes atteintes seraient en mesure d'identifier correctement les émotions évoquées par autrui (Bucks & Radford, 2004; Narme, Mouras, Rousel, Devendeville, & Godefroy, 2013) et par un médium tel que la musique (Gagnon, Gosselin, Provencher, & Bier, 2012; Gagnon, Peretz, & Fulop, 2009). Bucks et Radford (2004) ont démontré que cette préservation de la reconnaissance des émotions chez l'autre n'était pas spécifique à certaines émotions, mais qu'elle s'appliquait à la joie, la tristesse, la colère, la peur et la neutralité. Aussi, il a été démontré que la capacité à exprimer de manière juste son vécu n'était pas affectée

par les personnes atteintes d'un TNMA (Magai, Cohen, Gomberg, Malatesta, & Culver, 1996).

Interventions psychologiques

Adam (2007) affirme que les capacités préservées justifient des interventions psychologiques afin de maximiser la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer. Très rarement adaptée aux personnes atteintes d'un TNMA et de symptômes dépressifs, l'intervention psychologique a tout de même été tentée à quelques reprises. Ainsi, en considérant les capacités préservées comme des leviers potentiels dans l'intervention, il sera pertinent de remettre en perspective les interventions proposées jusqu'à maintenant.

Afin de stimuler les expérimentations cliniques visant l'élaboration d'intervention thérapeutique pour le traitement de la dépression chez une clientèle atteinte d'un TNMA, Teri et Gallagher-Thomson (1991) ont proposé des modèles d'interventions. Cet article proposait deux stratégies pour le traitement de la dépression chez une clientèle atteinte d'un TNMA. Premièrement, avec une population présentant des atteintes légères à modérées, il est avancé que la psychothérapie cognitive pourrait potentiellement être adaptée pour traiter cette clientèle. Ainsi, la cible de travail serait la confrontation des pensées négatives exacerbées par les pertes cognitives et qui créeraient des distorsions et empêcheraient une adaptation efficace aux différentes problématiques vécues. Chez les personnes qui représentent des atteintes modérées à sévère, la cible de

travail serait davantage la modification des relations à l'environnement de la personne par l'introduction d'activité positive et le retrait des activités négatives. En résumé, Teri et Gallagher-Thompson (1991) justifient la pertinence de l'adaptation par le fait que l'approche comportementale pourra ré-établir les activités positives qui ont disparu de la vie des personnes atteintes en lien avec une perte d'autonomie et que l'approche cognitive pourra modifier les pensées négatives qui peuvent être exacerbées par les pertes cognitives. Bien que les postulats de base de cet article soient intéressants, aucun résultat concret ne nous permet de dégager une conclusion quant à l'efficacité de ces approches. Cependant, il semble que ce papier ait eu un effet positif sur le développement d'essai clinique avec ses modalités.

Les rares études qui ont utilisé l'intervention psychologique comme traitement pour la réduction des symptômes dépressifs avec les personnes atteintes d'un TNMA en début d'évolution peuvent être regroupées en différentes catégories. Premièrement, nous pouvons observer une tentative de modification des symptômes dépressifs par une intervention visant la gestion du comportement. Une étude réalisée par Teri, Uomoto et McCurry (1997) se démarque dans cette catégorie. Elle visait l'évaluation de l'efficacité de deux psychothérapies comportementales pour le traitement de la dépression chez des patients atteints d'un TNMA. Les 72 couples que formaient le patient et son proche aidant ont été aléatoirement assignés à l'une des quatre modalités. Les deux premières conditions incluaient un traitement actif; la première thérapie comportementale visait l'augmentation des activités plaisantes pour la personne atteinte tandis que la deuxième

thérapie comportementale consistait en un apprentissage pour la résolution de problème pour le proche aidant. Ensuite, la troisième condition consistait en un programme d'accompagnement et de matériel psychoéducatif pour reproduire les traitements habituellement offerts dans le réseau et finalement, le groupe retenu pour la dernière modalité était inscrit sur une liste d'attente. Pour les trois premiers groupes, les participants devaient se présenter à des rencontres hebdomadaires de 60 min pendant une période de neuf semaines. Au niveau de l'évaluation, les participants ont été questionnés avant le début de l'expérimentation, immédiatement après, et six mois suivant la fin du processus thérapeutique. Les instruments de mesure utilisés afin d'évaluer les symptômes dépressifs des personnes atteintes incluaient l'échelle de dépression de Hamilton, l'échelle de dépression en cours de démence de Cornell et l'inventaire de dépression de Beck. Par la suite, les instruments de mesure utilisés pour les capacités cognitives et l'autonomie fonctionnelle incluaient le Mini Mental State Exam, le Dementia Rating Scale et le Record of Independent Living. Au niveau de l'évaluation de l'état mental des proches aidants, les chercheurs ont utilisé l'échelle de dépression de Hamilton, le Burden Inventory et une liste de 10 items en lien avec les aspects positifs de leur investissement avec leur proche. Les résultats obtenus indiquent que dans les deux conditions actives (thérapie comportementale) les symptômes dépressifs des participants ont baissé significativement et cette amélioration s'est maintenue jusqu'à la mesure de 6 mois post-traitement. De leur côté, les proches aidant ont aussi démontré une amélioration dans leurs symptômes dépressifs comparativement aux proches aidants des deux autres conditions. Bref, l'équipe à la tête de cette

expérimentation conclut que les thérapies comportementales pour les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer avec des symptômes dépressifs sont efficaces et souhaitables.

Cette conclusion doit être nuancée par certaines limites de cette étude. Dans cet essai clinique, 2 des 3 mesures n'ont pas été validées avec une population atteinte d'un trouble neurocognitif. En considérant les nombreux écrits qui affirment que les symptômes de cette clientèle sont atypiques, il apparaît donc difficile de conclure que des instruments qui ne sont pas conçus pour cette clientèle mesurent vraiment leur niveau de dépression. De plus, les interventions visent l'aménagement de l'environnement et l'appui du proche aidant dans sa capacité à gérer la maladie de son proche au quotidien. Est-ce qu'il ne serait pas justifié que les personnes atteintes puissent aussi bénéficier d'une intervention personnelle ? Est-ce que le fait de remplir leurs journées d'activités plaisantes sans vérifier ce qui est difficile pour elles dans leur vécu est vraiment une solution satisfaisante ?

Dans une autre catégorie, nous retrouvons des études qui ont tenté d'agir sur les symptômes dépressifs par une approche cognitive. Une étude de Walker (2005) visait ainsi la modification des fausses croyances chez un homme atteint d'un TNMA et sa proche aidante. La thérapie s'est déroulée pendant 16 semaines, à raison d'une séance par semaine. Elle impliquait la présence continue du patient et de sa conjointe. Il y a aussi eu des rencontres de maintien aux semaines 4, 12, 24 et 48 après la fin de la

thérapie. La thérapeute a d'abord exploré les croyances du couple envers la maladie afin de prescrire des tâches pour modifier leurs préjugés. Par exemple, la proche aidante pensait qu'il était trop dangereux pour son mari d'aller chercher le journal seul au dépanneur du coin. Une prescription de la thérapeute a donc été de laisser le participant se rendre au dépanneur sans l'aide de sa femme. Les instruments d'évaluation utilisés auprès de la personne atteinte comprenaient le General Health Questionnaire (GHQ-28) et le Brief Symptom Inventory (BSI). La thérapeute devait aussi remplir la CSDD. De son côté, la proche aidante devait remplir le GHQ 28. L'évaluation comprenait une passation des mesures avant le début de la thérapie, à la fin des seize séances de thérapie, ainsi qu'après un délai de 4 et de 48 semaines suivant la fin de la thérapie. La mesure complétée par la thérapeute a été administrée uniquement à la fin des seize séances de thérapie. Le participant et sa proche aidante ont connu une amélioration objectivée par chacune des mesures utilisées. Les plus significatives ont été une baisse d'anxiété chez la proche aidante et la résolution de l'épisode dépressif de la personne atteinte. Les auteurs notent aussi une amélioration du résultat au MMSE, ce qui laisse croire que l'épisode dépressif affectait les facultés cognitives. Cette conclusion semble prématurée puisque l'auteur ne mentionne pas si une version différente du test a été utilisée afin d'éviter l'effet de répétition et donc, un apprentissage implicite qui permettrait au participant d'obtenir un meilleur résultat à la reprise du test. Finalement, d'un point de vue qualitatif, la personne atteinte aurait recommencé à faire du jardinage, du repassage et des travaux manuels simples qu'elle avait l'habitude d'accomplir avant l'arrivée de la maladie. Selon Walker (2005), ces améliorations suggèrent qu'il est

possible de modifier certaines croyances par des exercices comportementaux et ainsi permettre à la personne atteinte de reprendre un plus grand nombre d'activités plaisantes dans son quotidien. Les mesures utilisées n'étaient toutefois pas toutes validées pour une population atteinte de déficit cognitif. De plus, que le thérapeute ait été impliqué dans le jugement de l'amélioration des symptômes est questionnable. Il aurait été souhaitable d'impliquer un assistant de recherche aveugle aux objectifs de l'étude. Cependant, la conclusion selon laquelle les personnes atteintes peuvent encore bénéficier d'une approche sollicitant des fonctions cognitives est précieuse pour le développement de traitement futur et peut nourrir la réflexion sur les capacités préservées qui peuvent aider au rétablissement des symptômes dépressifs.

Enfin, une catégorie pratiquement absente de la littérature est l'utilisation d'une intervention psychologique individuelle axée sur les émotions et la relation thérapeutique avec une personne atteinte d'un TNMA. Ces études mettent l'accent sur les émotions et la relation thérapeutique, plutôt que sur les pertes cognitives et des difficultés engendrées sur le plan de l'autonomie fonctionnelle. De manière innovatrice, Brierley et al. (2003) ont ainsi publié une proposition théorique et un modèle thérapeutique inspiré de l'approche psychodynamique interpersonnelle pour cette clientèle. L'étude n'a pas impliqué de données empiriques, mais a conclu que le travail des conflits activés par la maladie est possible et semble bénéfique pour les patients. C'est la publication de Burns et al. (2005) sous forme d'un essai randomisé contrôlé sur l'effet d'un traitement psychodynamique interpersonnel sur l'état émotionnel, les

fonctions cognitives et le bien-être général des participants atteints d'un TNMA qui nous présente des résultats tangibles. L'innovation de ce traitement est qu'il visait exclusivement des entretiens abordant le vécu du patient comme moteur de changement. Les séances étaient de 50 min et prenaient place chez le participant à raison d'une fois par semaine, pendant six semaines. Les auteurs spécifient que le nombre de séances a été établi afin de tester le potentiel clinique d'une thérapie brève avec les personnes atteintes d'un TNMA. Le traitement comportait quatre composantes soit : les récits autobiographiques, l'exploration et la résolution des conflits passés éveillés par les difficultés actuelles, la maladie et le travail de relations sociales plus satisfaisantes. Le but premier de la thérapie est d'identifier les difficultés interpersonnelles qui causent de la détresse. Des pistes de solutions sont ensuite cherchées avec le thérapeute et visent des changements comportementaux en plus de changements psychiques favorisés par les échanges verbaux en séance. Quarante personnes atteintes d'un TNMA ont été recrutées et divisées aléatoirement entre la thérapie et le groupe contrôle qui consistait en soins médicaux et conseils généraux sur la maladie neurodégénérative de type Alzheimer. Les fonctions cognitives, les symptômes affectifs et le bien-être global des participants atteints d'un TNMA ont été évalués une semaine avant le début du traitement, à 6 semaines après la fin du traitement et à trois mois suite à l'expérimentation. L'évaluation du participant incluait le *Cornell Scale for Depression in Dementia*, le *Mini-Mental State Examination*, le *Revised Memory and Behavior Problems Checklist* et le *Bristol Activities of Daily Living Scale*. Pour le proche aidant, l'évaluation visait la mesure du stress et des mécanismes d'adaptation et incluait le *General Health Questionnaire*, le

Beck Depression Inventory et le *Ways of Coping Checklist*. En ce qui concerne les résultats de l'étude, il ne semble pas y avoir eu d'amélioration significative des résultats aux mesures cliniques des participants atteints d'un TNMA. Cependant, une légère amélioration de ceux des proches aidants au questionnaire *Ways of Coping Checklist* semble indiquer que les conversations avec le thérapeute ont été bénéfiques pour leur capacité d'adaptation. Malgré l'absence de résultats significatifs pour les personnes atteintes, il est intéressant de souligner que les auteurs concluent que cette clientèle peut s'engager dans une thérapie individuelle de type psychodynamique interpersonnelle. Suite à un cours questionnaire, tous les participants ont été d'accord avec l'affirmation « j'ai été capable de discuter de mes difficultés avec mon thérapeute et d'être plus au clair sur ce qu'elles sont » [traduction libre]. De plus, 83% des participants ont été d'accord avec le fait que bien que cela soit difficile de parler de leurs difficultés, ils se sont sentis soulagés de les communiquer et ils ont été capables de parler de choses qu'ils ne sont pas à l'aise de partager avec leur entourage. Le nombre de séances très limité et le manque de sensibilité des mesures sont soulevés par les auteurs pour expliquer l'absence de résultats probants. De plus, les mesures cliniques semblent ne pas avoir été pleinement adéquates pour la mesure des comportements à l'étude. Enfin, cette étude démontre par ailleurs un potentiel intéressant d'interventions psychologiques exercées auprès de personnes atteintes d'un TNMA.

L'ensemble des résultats cités précédemment souligne le manque de traitements psychologiques qui tiennent compte des capacités préservées de cette clientèle. Il semble

incontournable de proposer un modèle original qui tient compte des données tirées des connaissances en neuropsychologie afin d'utiliser les forces de cette clientèle dans le rétablissement de leurs symptômes dépressifs. L'intérêt de notre démarche est donc de vérifier l'efficacité d'un nouveau traitement qui tiendrait compte des différents facteurs qui n'ont pas été suffisamment reconnus et utilisés jusqu'à présent à notre connaissance. Cette thèse est présentée en deux articles. Un premier article présente une revue de la littérature portant sur les psychothérapies employées auprès des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA) et de symptômes dépressifs. Il contient aussi la proposition d'un nouveau modèle de psychothérapie. Le lecteur doit être averti que le premier article reprend les sections incluses dans l'introduction. Il est donc possible de passer directement à la présentation du nouveau modèle de psychothérapie (p. 53) pour alléger la lecture de cette section. Le deuxième article tente d'objectiver l'efficacité de ce nouveau modèle qui représente une adaptation de celui proposé par Brierley et al. (2003).

Chapitre 1

**DÉPRESSION ET MALADIE D'ALZHEIMER, REVUE DES ÉCRITS ET PROPOSITION D'UN
MODÈLE DE PSYCHOTHÉRAPIE**

Psychothérapie psychodynamique et maladie d'Alzheimer

**Title : Depression and Alzheimer's disease, an overview of the literature and a new model
of psychotherapy**

Soumis à Revue Québécoise de psychologie le 7 avril 2016

Stéphanie BOURASSA & Lise GAGNON

Université de Sherbrooke

Note des auteurs

Stéphanie Bourassa, B.A., Doctorante en psychologie, Département de psychologie, Université
de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada.

Lise Gagnon, Ph.D., Psychologue, Professeure, Département de psychologie,
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

Cet article s'inscrit dans le cadre de la thèse de doctorat de la première auteure.

Toute correspondance ayant trait à cet article devrait être adressée à Lise Gagnon, Ph.D.,

Cet article revoit la littérature portant sur les psychothérapies offertes à des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA) et de symptômes dépressifs. Les difficultés diagnostiques de la dépression et son expression atypique dans le contexte d'un TNMA sont abordées. Les interventions documentées jusqu'ici ainsi que les données issues des études en neuropsychologie sont exposées et remises en perspective afin d'en déduire de nouvelles pistes d'intervention à l'intérieur d'un modèle psychodynamique interpersonnel.

Mots clefs : Trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer, dépression, psychothérapie psychodynamique et interpersonnelle, capacités préservées, modèle d'intervention.

This article reviews the literature on psychotherapies used to treat depressive symptoms appearing during Alzheimer's disease. The difficulties of diagnosing the depression and the atypical expressions are exposed. Existing psychological treatments will be presented and put into perspective in order to distinguish new treatments tracks rooted in the recent discoveries in neuropsychology. Those propositions will take place within the psychodynamic and interpersonal psychotherapy model.

Key Words: Alzheimer's disease, depression, psychodynamic and interpersonal psychotherapy, preserved capabilities, intervention model

Le Canada connaît un vieillissement démographique exacerbé par le faible taux de fécondité, l'accroissement de l'espérance de vie et l'augmentation de nos aînés créée par l'avancement en âge de la populeuse génération des baby-boomers (Gouvernement du Québec, 2005). De 1981 à 2005, le nombre d'aînés est passé de 2,4 millions à 4,2 millions, ce qui représente respectivement 9,6 % et 13,1 % de la population, pour une augmentation de 3,5 %. L'expansion de ce groupe devrait atteindre 25 % de la population en 2036 (Statistique Canada, 2012). Étant donné que la prévalence et l'incidence d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA) ou d'une maladie apparentée (ex : maladie à corps de Lewy, maladie neurocognitive de type vasculaire) augmentent de manière exponentielle avec l'âge, il faut s'attendre à une augmentation importante de nouveaux cas prochainement (Diamond, 2006; Jolley & Jorm, 1998; Kukull & Ganguli, 2000 ; Small, Fratiglioni, Viitanen, Winblad, & Backman, 2000 ; World Health Organisation, 2012). Le TNMA serait d'ailleurs responsable de 63 % des cas de maladies neurocognitives dégénératives (Société Alzheimer du Canada, 2010b). Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé a souligné, en 2012, l'importance de ne plus négliger ce problème de santé publique et l'urgence d'incorporer le TNMA dans les plans d'action de tous les pays.

Afin de mieux comprendre ce que représente un TNMA, il convient d'explorer ses caractéristiques. Le TNMA représente un syndrome insidieux et progressif se caractérisant d'abord par des déficits de la mémoire et des capacités d'apprentissage. De plus, ces changements doivent être accompagnés d'un déficit exprimé par une autre fonction cognitive (telles que les fonctions exécutives). Afin d'être catégorisés comme déficit, les capacités de ces derniers doivent démontrer un déclin progressif et continu et les activités professionnelles ou sociales de l'individu doivent être compromises (APA, 2013). Ainsi, pour poser le diagnostic d'un TNMA, le clinicien doit éliminer la présence d'autres maladies neurocognitives, vasculaires, mentales ou systémiques qui pourraient causer le déclin cognitif (APA, 2013). Une diminution de l'autonomie de la personne atteinte est conséquente à la maladie, de même qu'une prise en

charge par des membres de sa famille ou des professionnels de la santé, et ultimement, une prise en charge par un établissement de soins de longue durée (Landreville, Rousseau, Vézina, & Voyer, 2005).

SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES ET COMPORTEMENTAUX (SPCD)

En plus des atteintes cognitives, les personnes atteintes d'un TNMA peuvent présenter des symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD) (Gallo, Schmidt, & Libon, 2008, 2009; IPA, 2002), et ce, avec une prévalence de 3 à 4 fois plus élevée que chez les individus du même âge et non atteints d'un TNMA (Lykestos & Olin, 2002). Les SPCD incluent des troubles de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement (IPA, 2002). L'observation de ces symptômes dans l'évolution de la maladie remonte à 1838 alors qu'Esquirol abordait la notion de déstabilisation émotionnelle dans sa vision de la « démence sénile ». Cependant, il semblerait que l'attention scientifique ait plus longtemps porté sur les atteintes cognitives et leurs conséquences fonctionnelles que sur les troubles psychologiques et du comportement (Landreville et al., 2005). Les symptômes psychologiques incluent l'anxiété, l'humeur dépressive, les hallucinations et les délires. Quant aux symptômes comportementaux, ils regroupent l'agression physique, les cris, l'agitation, l'errance, les comportements culturellement inappropriés, la désinhibition sexuelle, l'accumulation d'objets, l'expression de malédictions envers quelqu'un et le fait d'imiter ou de suivre un individu du personnel soignant (IPA, 2002). Il paraît important d'étudier ces symptômes, tenant compte des conséquences qu'ils peuvent engendrer. De fait, ils peuvent entraîner une institutionnalisation prématurée (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Santorius, 1996; Margallo-Lana et al., 2001; Zuidema, Koopmans, & Verhey, 2007), une augmentation du coût des soins de santé (Finkel et al., 1996; Meeks, Vahia, Lavretsky, & Jeste, 2011; Wimo et al., 2011) ainsi que de la souffrance et une perte significative de la qualité de vie de la personne atteinte, de sa famille (Finkel et al., 1996; Meeks et al., 2011; Wimo et al., 2011) et du personnel soignant (Draper, Snowdon, & Meares,

2000; Fauth, Zarit, Femia, Hofera, & Stephens, 2006; Finkel et al., 1996; Meeks et al., 2011; Rodney, 2000; Wimo et al., 2011).

Notre intérêt réside dans le traitement des symptômes de dépression tels que rencontrés dans le TNMA, principalement en raison de la quasi-absence d'interventions documentées à cet égard et ce, malgré le fait qu'ils engendreraient un déclin cognitif plus rapide (Lee & Lyketsos, 2003 ; Ohnen, 2002), une augmentation des conflits familiaux (Ohnen, 2002), des risques d'agressions physiques (Lyketsos et al., 1999) et des risques de suicide (Rubio et al., 2001).

DÉPRESSION ET ENJEUX DIAGNOSTIQUES

La prévalence de la dépression en cours d'un TNMA varierait de 0 à 86 % selon les études. La grande variabilité dans les pourcentages obtenus pourrait être en partie due à la difficulté d'émettre un diagnostic de dépression chez les personnes atteintes. Cependant, la majorité des études ont obtenu un pourcentage variant entre 20 et 50 % (Appleby, Roy, Valenti & Lee, 2007; Lee & Lyketsos, 2003; Lyketsos & Olin, 2002). Même si une prévalence élevée est généralement constatée, l'apparition d'une dépression en cours d'un TNMA serait sous diagnostiquée (Chew-Graham, Baldwin & Burns, 2004; Katona, Freeling, Hinchcliffe, Blanchard & Wright, 1995). Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être soulevées pour mieux saisir les enjeux diagnostiques de la dépression chez les personnes atteintes d'un TNMA.

Plusieurs obstacles complexifient en fait l'identification de la présence de symptômes dépressifs chez les aînés en général. Un de ces obstacles est la fausse croyance partagée par les aînés et les membres de notre société, selon laquelle il est normal d'être déprimé en vieillissant (Burroughs et al., 2006). Aussi, il semblerait que cette population communique davantage ses problèmes physiques (Reynold et al, 2002 ; Murray, 2002) et serait peu encline à parler de son état émotif avec un professionnel de la santé (O'Connor, Rosewarne, & Bruce, 2001). Une barrière supplémentaire est liée aux formes atypiques que peuvent prendre les

symptômes (Forsell et al., 1993; Helmer, Peres, & Montagnier, 2004 ; Landes et al., 2001; Strober & Arnett, 2009). Les caractéristiques d'une personne âgée dépressive seraient principalement la perte d'espoir, une vision pessimisme, une faible estime de soi ainsi qu'une perte d'intérêt pour les activités qui lui procuraient du plaisir auparavant. Ainsi, alors qu'il pourrait être attendu qu'un symptôme dominant dans le diagnostic, soit la tristesse, Giffard (2008) avance que la dépression gériatrique ne présenterait généralement pas de tristesse exprimée.

Le tableau semble se compliquer davantage lorsqu'il est question de diagnostiquer la présence de symptômes dépressifs en cours d'un TNMA. Le diagnostic est d'ailleurs qualifié par certains de difficile et controversé (Landreville et al., 2005; Verhey & Visser, 2000). Avant même de s'interroger sur les symptômes, la manière dont nous récoltons ceux-ci pourrait être un enjeu. Les entrevues cliniques et outils diagnostiques demandent aux personnes atteintes de rapporter verbalement des états subjectifs alors que le TNMA atteint progressivement les habilités du langage (Gagnon & Rousseau, 2005 ; Olin et al., 2002).

Verhey et Visser (2000) apportent par ailleurs une contre-indication aux critères du DSM-IV qui sont conçus pour les adultes en santé et qui ne tiennent pas compte du chevauchement avec certains symptômes d'un TNMA. La perte d'intérêt, le retrait social, l'apathie et les perturbations du sommeil observés chez une personne déprimée atteinte d'un TNMA se doivent ainsi d'être différenciées de manifestations apparaissant durant la progression de la maladie (Gagnon & Rousseau, 2005; Verhey & Visser, 2000). En plus, Verhey, Jolles, Ponds, de Lught et Vreeling (1995) soulignent que bien que les changements de personnalité, l'anxiété, les pensées obsessionnelles, les phobies ou les comportements d'évitement soient des symptômes atypiques en cours d'une dépression pour la population générale, ils seraient plus fréquents chez les personnes atteintes d'un TNMA. Aussi, il semblerait que les personnes atteintes d'un TNMA présenteraient une humeur dépressive moins envahissante et moins stable que les personnes âgées non atteintes (Merriam, Aronson, Gaston, Wey, & Katz, 1988 ; Olin et al., 2002a). Les symptômes s'exprimeraient de manière spécifique chez une personne atteinte

d'un TNMA et une approche catégorielle ne serait pas en mesure de tenir compte des nuances de ce groupe très hétérogène. Ainsi, l'absence d'un test consensuel (gold standard) pour mesurer la présence d'une dépression amènerait les chercheurs à appliquer différents critères, ce qui pourrait expliquer les variations quant aux taux de dépression et de symptômes dépressifs présentés dans les différentes études.

Les tentatives de certains groupes de recherche pour adapter les critères diagnostiques de la dépression à la réalité des personnes atteintes d'un TNMA ont amené l'Institut National de la Santé Mentale (NIMH) au constat qu'il existait jusque-là une grande hétérogénéité des méthodes diagnostiques (Olin et al., 2002a). Il a donc été décidé que pour la première fois dans ce domaine, un effort serait fait pour identifier de nouveaux critères diagnostiques de la dépression qui pourraient devenir les nouveaux standards auxquels se référer en présence d'un TNMA. Un groupe de travail a ainsi été mis sur pied composé de 21 professionnels spécialisés dans le domaine. Le travail du groupe avait pour objectif de mieux définir la dépression en présence d'un TNMA et de contourner ainsi le chevauchement entre les symptômes dépressifs et les symptômes d'un TNMA. Le consensus proposé par les auteurs implique qu'au lieu de devoir répondre à un minimum de 5 critères du DSM, la personne atteinte aurait besoin de répondre à seulement 3 critères et ceux-ci n'ont pas à être présents tous les jours. Cette proposition a été accompagnée de l'ajout de l'irritabilité et du retrait social parmi les critères diagnostiques, ainsi que le retrait du critère de manque de concentration. Enfin, le critère de perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des activités a été précisé pour mettre l'accent sur l'absence d'affect positif suite à des contacts sociaux et aux activités habituellement agréables pour la personne. Le groupe de critères obtenus par cet exercice reste le plus grand consensus obtenu dans le domaine à ce jour. Selon Gagnon et Rousseau (2005), ces critères témoignent de la variabilité de même que de certaines particularités des présentations des symptômes dépressifs dans le contexte d'une maladie d'Alzheimer. Ainsi, l'importance du jugement clinique dans l'identification du diagnostic d'une dépression en cours d'un TNMA paraît incontournable.

Une étude longitudinale de Teng et al. (2008) vient confirmer la validité de ces critères. Cent quatre-vingt-trois participants ont été recrutés à partir d'une cohorte déjà rassemblée par l'Institut de recherche sur la maladie d'Alzheimer de la Californie. De ce groupe, 38 % ont atteint les critères du DSM-IV d'un épisode dépressif majeur ou mineur. Tous les participants ont été évalués à deux reprises sur une période de trois mois. L'évaluation comprenait les critères du groupe de l'Institut National en Santé Mentale (NIMH-dAD), les critères du DSM-IV pour la dépression majeure et mineure, l'échelle de Cornell pour la dépression chez une clientèle âgée (CSDD), l'échelle de dépression gériatrique (GDS) et l'inventaire neuropsychiatrique (NPI-Q). Les critères du NIMH-dAD ont obtenu le seuil de détection de la dépression le plus élevé avec une sensibilité de 94 % et 85 % de spécificité. Les auteurs ont donc conclu à l'efficacité de ces critères, assurément influencés par la souplesse accrue en regard de la fréquence et de la durée des symptômes.

CONTEXTE D'APPARITION

Au-delà de la nécessité de pouvoir se référer à des critères diagnostiques valides lorsque le clinicien soupçonne l'apparition d'une dépression chez une personne atteinte d'un TNMA, ce dernier doit aussi connaître les facteurs de risque associés afin de pouvoir également faire de la prévention. Selon Landreville et al. (2005), il existe à cet égard des connaissances épidémiologiques très intéressantes. Ainsi, une personne atteinte d'un TNMA et déprimée présenterait davantage d'antécédents familiaux de dépression qu'une personne atteinte d'un TNMA non déprimée (Pearlson, Ross, Lohr, Rovner, Chase, & Folstein, 1990; Strauss & Ogrocki, 1996; Lyketsos, Pearlson, & Steele, 1996). Ces résultats alimentent l'hypothèse selon laquelle un facteur génétique ait un rôle à jouer dans le développement d'une dépression chez les personnes atteintes d'un TNMA (Strauss & Ogrocki, 1996). En outre, la présence d'antécédents de dépression chez la personne atteinte (Harwood, Barker, Ownby, & Duara, 1999; Migliorelli, Tesona, Sabe, Petracchi, Leiguarda, & Starstein., 1995; Thorpe & Groulx

2001), le fait d'être une femme, et celui de développer un TNMA à un plus jeune âge seraient des facteurs de risque de développer une dépression une fois la personne atteinte d'un TNMA (Harwood et al., 1999; Migliorelli et al., 1995). Le moment le plus à risque de développer une dépression pour une personne atteinte d'un TNMA ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique. Certains affirment que les symptômes dépressifs sont communs aux stades légers ou modérés et plus rares lors du stade dit sévère (Alexopoulos, Abrams, Young, & Shamoian, 1988 ; Lyketsos et al., 2000). Ce changement pourrait toutefois être explicable par une difficulté diagnostique à un stade sévère de la maladie plutôt que par une fréquence moins élevée de symptômes (Lyketsos & Olin, 2002). La moins grande fréquence de symptômes dépressifs à un stade plus sévère de la maladie pourrait ainsi être explicable par des embûches supplémentaires au diagnostic comme l'augmentation des difficultés de communication.

TRAITEMENT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

Pour les personnes chez qui le diagnostic de dépression est posé, il est important d'envisager un traitement. L'avenue de traitement la plus souvent proposée serait la médication (Olin et al., 2002b). Quelques auteurs ont proposé des modèles d'interventions qui pourraient être adaptés à la clientèle des personnes atteintes d'un TNMA en début d'évolution. Teri & Gallagher-Thomson (1991) ont ainsi proposé deux types d'interventions, chacune étant adaptée à un niveau spécifique d'atteintes cognitives de la personne atteinte de dépression et d'un TNMA. Chez les personnes présentant des atteintes légères à modérées, la cible de travail serait la confrontation des pensées négatives exacerbées par les pertes cognitives qui créent des distorsions et empêchent une adaptation efficace aux différentes problématiques vécues. Chez les personnes qui présenteraient des atteintes modérées à sévères de la cognition, la cible de travail serait davantage la modification des relations à l'environnement de la personne par l'introduction (ou réintroduction) d'activités positives et le retrait des activités négatives. Bien que les auteurs mentionnent qu'il est important que le thérapeute connaisse l'état cognitif du

client, ils ne proposent pas d'aménagements clairs des interventions en regard des atteintes cognitives, pas plus l'utilisation des capacités préservées dans les interventions. Bien que les postulats de base de ces auteurs soient intéressants, aucune démonstration concrète ne nous permet de dégager une conclusion quant à l'efficacité de cette approche.

Les rares études systématiques qui ont utilisé l'intervention psychologique individuelle comme traitement pour la réduction des symptômes dépressifs des personnes atteintes d'un TNMA peuvent être regroupées selon trois approches. Une première approche vise la modification des symptômes dépressifs par une intervention visant une modification de la gestion et de la réalisation d'activités de la vie quotidienne (Alexopoulos et al., 2010; Kiosses et al., 2015; Marston, 1995; Teri & Gallagher, 1991; Teri & Uomoto, 1991; Teri, Uomoto, & McCurry, 1997). Une étude réalisée par Teri, Uomoto et McCurry (1997) se démarque. Elle visait l'évaluation de l'efficacité de deux interventions utilisant des stratégies dites comportementales pour le traitement de la dépression chez des personnes atteintes d'un TNMA. Les personnes atteintes et leur proche aidant ont été aléatoirement assignés à l'une des quatre conditions aménagées dans l'étude. Les deux premières conditions proposaient un traitement dit actif ; l'une visait l'augmentation des activités plaisantes pour la personne atteinte tandis que l'autre consistait en un apprentissage pour la résolution de problème par le proche aidant. La troisième condition consistait en un programme d'accompagnement et de présentations psychoéducatives pour le proche et la personne atteinte afin de reproduire les traitements habituellement offerts dans le réseau de la santé. Finalement, le groupe assigné à la dernière condition était inscrit sur une liste d'attente. Dans les trois premières conditions, les personnes atteintes devaient se présenter à des rencontres hebdomadaires de 60 min pendant neuf semaines. Les instruments de mesure utilisés afin d'évaluer les symptômes dépressifs des personnes atteintes ont été l'échelle de dépression de Hamilton (HDRS), la CSDD et l'inventaire de dépression de Beck (IDB-II). Les instruments utilisés pour mesurer les capacités cognitives et l'autonomie fonctionnelle incluaient le Mini Mental State Exam (MMSE), le Dementia Rating

Scale (DRS) et le Record of Independent Living (ROIL). Les mesures utilisées auprès des proches aidants étaient l'HDRS, le Caregiver Burden Inventory (CBI) et une liste de 10 items en lien avec les aspects positifs de leur investissement avec leur proche. Les mesures énumérées ci-dessus ont été complétées par les participants avant le début de l'expérimentation, immédiatement après l'intervention et 6 mois suivant la fin du processus thérapeutique. Des résultats significatifs ont été observés uniquement au sein des personnes appartenant aux deux premières conditions dites comportementales. Les résultats obtenus pour ces deux conditions indiquent une diminution des symptômes dépressifs des personnes atteintes d'un TNMA immédiatement après le traitement et à la mesure finale. Les proches aidants ont aussi obtenu des résultats significativement plus faibles à l'HDRS. Il est donc conclu que les interventions comportementales pour les personnes atteintes d'un TNMA vivant avec des symptômes dépressifs sont efficaces. Cette conclusion doit être nuancée en fonction de certaines limites de l'étude. L'HDRS ainsi que l'IDB-II n'ont pas été validées avec une population atteinte d'un TNMA. Considérant les nombreux écrits qui décrivent les symptômes de cette clientèle comme étant atypiques, il apparaît difficile de conclure que des instruments qui ne sont pas conçus pour cette clientèle mesurent vraiment leur niveau de dépression. De plus, les interventions visaient un aménagement plus positif des activités de la personne atteinte ou un appui au proche aidant dans sa manière de gérer les comportements difficiles de son proche au quotidien. Bien que cela n'ait pas semblé être une limite de l'étude, il aurait été intéressant que les auteurs partagent un plan d'intervention pour les personnes atteintes qui n'auraient pas démontré une vitalité nécessaire pour participer à leurs activités, même plaisantes. Est-ce que c'est le proche aidant qui devait servir de motivateur dans ce cas? L'expérience auprès de cette clientèle nous porte à croire que l'intervention décrite pourrait être difficilement généralisable pour les personnes atteintes chez qui les symptômes dépressifs sont plus paralysants.

D'autres études ont tenté d'agir sur les symptômes dépressifs par une approche comportementale et cognitive (Paukert et al., 2010; Scholey & Woods, 2003; Walker, 2005). Une

étude de Walker (2005) visait ainsi la modification des fausses croyances chez un homme atteint d'un TNMA et sa proche aidante. L'intervention s'est déroulée pendant 16 semaines, à raison d'une séance par semaine. Elle impliquait la présence continue de la personne atteinte et de sa conjointe. Il y a aussi eu des rencontres de maintien aux semaines 4, 12, 24 et 48 après la fin de la thérapie. La thérapeute a d'abord exploré les croyances du couple envers la maladie afin de prescrire des tâches pour modifier leurs préjugés. Par exemple, la proche aidante pensait qu'il était trop dangereux pour son mari d'aller chercher le journal seul au dépanneur du coin. Une prescription de la thérapeute a donc été de laisser la personne atteinte se rendre au dépanneur sans l'aide de sa femme. Les instruments d'évaluation utilisés auprès de la personne atteinte comprenaient le General Health Questionnaire (GHQ-28) et le Brief Symptom Inventory (BSI). La thérapeute devait aussi remplir la CSDD. De son côté, la proche aidante devait remplir le GHQ 28. L'évaluation comprenait une passation des mesures avant le début de l'intervention, à la fin des seize séances de thérapie, ainsi qu'après un délai de 4 et de 48 semaines suivant la fin de l'intervention. La mesure complétée par la thérapeute a été administrée uniquement à la fin des seize séances de thérapie. Le participant et sa proche aidante ont connu une amélioration objectivée par chacune des mesures utilisées. Les plus significatives ont été une baisse d'anxiété chez la proche aidante et la résolution de l'épisode dépressif de la personne atteinte. Les auteurs notent aussi une amélioration du résultat au MMSE, ce qui laisse croire que l'épisode dépressif affectait les facultés cognitives. Cette conclusion semble prématurée puisque l'auteur ne mentionne pas si une version parallèle du test a été utilisée afin d'éviter un effet d'apprentissage implicite permettant au participant d'obtenir un meilleur résultat à la reprise du test. Finalement, d'un point de vue qualitatif, la personne atteinte aurait recommencé à faire du jardinage, du repassage et des travaux manuels simples qu'elle avait l'habitude d'accomplir avant le début de la maladie. Selon Walker (2005), ces améliorations suggèrent qu'il est possible de modifier certaines croyances par des exercices comportementaux et ainsi permettre à la personne atteinte de reprendre un plus grand nombre d'activités plaisantes dans son

quotidien. Les mesures utilisées n'étaient toutefois pas toutes validées pour une population atteinte de déficit cognitif. De plus, il est questionnable que le thérapeute ait été impliqué dans le jugement de l'amélioration des symptômes. Il aurait été souhaitable d'impliquer un assistant de recherche aveugle aux objectifs de l'étude. Cependant, la conclusion selon laquelle les personnes atteintes peuvent encore bénéficier d'une approche sollicitant des fonctions cognitives est précieuse pour le développement de traitement futur et peut nourrir la réflexion sur les capacités préservées qui peuvent aider au rétablissement des symptômes dépressifs.

Une troisième approche pour le traitement des symptômes dépressifs chez une personne atteinte d'un TNMA est pratiquement absente de la littérature. Il s'agit de celle préconisant une intervention psychologique individuelle axée sur les émotions et la relation thérapeutique (Burns et al., 2005). Certains auteurs s'approchent de cette catégorie (Cheston, 1998; Hausman, 1992; Solomon & Szwabo, 1992), mais les interventions ne visent pas précisément les symptômes dépressifs et aucun protocole expérimental n'est rapporté. Brierley et al. (2003) ont proposé une adaptation de l'approche psychodynamique interpersonnelle à adopter auprès de cette clientèle. Concrètement, cette adaptation propose d'abord d'offrir l'intervention au domicile des participants. Ce choix serait justifié par l'hypothèse que les personnes atteintes y seraient davantage disponibles pour un travail psychothérapeutique. À cet effet, Anderson, Garis, Jackson et McClure (2009) affirment que les visites à domicile peuvent faciliter l'établissement du lien initial et augmenter la variété d'informations que le clinicien peut obtenir de l'environnement. La familiarité avec le milieu pourrait aussi être en jeu. Winborn (2012) définit la familiarité comme l'état de proximité ou de connaissance avec une personne ou une chose qui pourrait permettre un certain sentiment de sécurité, et ainsi, une prise de risque émotionnel et interpersonnel plus probable. Une psychothérapie dans un endroit familier pourrait donc possiblement favoriser l'ouverture de la personne en traitement. Une personne atteinte de troubles de la mémoire pourrait ainsi être plus rapidement en confiance si les échanges thérapeutiques se font à domicile, un lieu déjà familier. L'adaptation de l'approche

psychodynamique interpersonnelle à adopter auprès de cette clientèle prévoit en outre une période de 10 minutes après chaque séance pour que le psychothérapeute rencontre le proche aidant afin de recueillir un deuxième avis sur la problématique de la personne atteinte ainsi que sur la qualité de la relation thérapeutique. Cet ajout viserait aussi la mise en place d'une collaboration du proche aidant afin d'aider le participant à accomplir ses objectifs entre les séances.

Brierley et al. (2003) préconisent également que le thème de l'acceptation du TNMA soit exploré en séance. Sans l'imposer, le thérapeute devrait ouvrir le dialogue et permettre au participant de parler de ses frustrations, de ses peurs et de ses pertes. Pour ce faire, il devrait investiguer la présence de difficultés en lien avec les pertes de mémoire pour ensuite explorer les émotions qui y seraient liées. Cette intervention est suggérée par les auteurs sous la forme de : « Selon ce que j'ai entendu de certaines personnes, il semblerait que d'être conscient de difficultés en lien avec notre mémoire pourrait engendrer des peurs. Je me demandais si cela pouvait vous arriver parfois? » [Traduction libre]. Au cours de l'application clinique (non expérimentale) de cette approche, certains participants seraient demeurés dans le déni de la maladie tout au long du processus. Le rôle du thérapeute serait alors de soutenir la personne et de respecter son rythme. L'utilisation des récits autobiographiques est en outre suggérée afin de favoriser le maintien de l'estime personnelle. La conscience des pertes cognitives et des compétences en lien avec la maladie provoquent une baisse de l'estime personnelle pour la plupart des personnes atteintes. Lorsque ce facteur vient au cœur de la détresse, il est opportun d'aider à internaliser un nouveau sens de sa valeur personnelle à l'aide de l'exploration de situations passées. Le thérapeute devrait alors souligner les qualités que la personne atteinte a démontrées tout au long de sa vie et qui la caractérisent. L'accent devait alors être mis sur la continuité de la personnalité en soulignant les caractéristiques toujours présentes au quotidien et dans la relation thérapeutique elle-même.

Toujours selon Brierley et al., (2003), il serait parfois nécessaire d'aider un participant à résoudre des conflits passés qui ont été réactivés par le TNMA. La psychothérapie devrait alors permettre les liens entre le passé et le présent tout en explorant des solutions adaptées à la situation actuelle. La thérapie devrait en outre soutenir le développement des relations sociales. Une des caractéristiques de cette thérapie serait de favoriser les changements intrapsychiques, mais également de prévoir des stratégies concrètes pour tenter d'améliorer les relations sociales du participant. Cet objectif serait réalisable grâce à la modification de certains loisirs ou activités qui ont occupé une place importante dans la vie de la personne atteinte par le passé, mais qui ne sont plus possibles pour ce dernier. Une métaphore souvent donnée au participant est qu'une personne qui appréciait l'escalade peut maintenant retirer beaucoup de plaisir à se promener dans la nature.

Au cœur de la proposition de Brierley et al. (2003) figure selon nous l'utilisation de *l'ici et maintenant*, des émotions, de lieux familiers et des souvenirs qui apparaissent spontanément en psychothérapie. Il est intéressant de tirer de la littérature les données qui supportent une telle proposition. Juillerat, Van der Linden, Adam et Seron (2000) mentionnent à ce titre que les données actuelles indiquent qu'en début d'évolution de la maladie, les personnes atteintes d'un TNMA présentent principalement des difficultés dans les tâches qui demandent une récupération consciente, explicite, des nouvelles informations. Le rappel spontané des souvenirs référerait plutôt à une récupération implicite des souvenirs, une habileté relativement préservées chez les personnes atteintes d'un TNMA (p. ex. Machado et al., 2009). Nous verrons plus en détail l'importance de la préservation de la mémoire implicite pour la psychothérapie des personnes atteintes d'un TNMA lors de la présentation d'un nouveau modèle d'intervention.

En 2005, Burns et al. ont réalisé une étude afin de valider la proposition décrite par Brierley et al. (2003), et ce, sous la forme d'un essai randomisé contrôlé. Le protocole était conçu pour mesurer l'effet d'une intervention psychodynamique interpersonnel sur l'état émotionnel, les fonctions cognitives et le bien-être général des participants atteints d'un TNMA.

Les participants ont tous été référés par la clinique de la mémoire de la ville de Manchester au Royaume-Uni. Parmi les 53 références reçues, 40 participants remplissaient les critères d'inclusion. Ces derniers comprenaient le diagnostic d'un probable TNMA, une atteinte d'intensité moyenne selon l'échelle de Morris (1993), et un résultat supérieur ou égal à 15 au MMSE. De plus, pour être admissibles, les participants devaient vivre à domicile et avoir des contacts réguliers avec un proche aidant. Le groupe a été divisé en deux, l'un recevant une intervention psychodynamique interpersonnelle inspirée de Brierley et al. (2003) et l'autre représentant un groupe contrôle. En résumé, les séances, d'une durée de 50 minutes, se déroulaient chez le participant à raison d'une fois par semaine, pendant six semaines (pour la réalisation d'une version brève de l'intervention). L'intervention comportait quatre composantes soit : les récits autobiographiques, les conflits passés éveillés par les difficultés actuelles, la souffrance liée au TNMA et le travail de relations sociales plus satisfaisantes. Le but premier de l'intervention était d'identifier les difficultés interpersonnelles qui causaient de la détresse. Des pistes de solutions devaient ensuite être identifiées avec le thérapeute. Elles visaient des changements comportementaux en plus de changements psychiques favorisés par les échanges verbaux en séance.

Les mesures utilisées dans cette étude visaient l'appréciation des fonctions cognitives, des symptômes affectifs et du bien-être global des participants atteints d'un TNMA. Ces mesures étaient la CSDD, le MMSE, le *Revised Memory and Behavior Problems Checklist* (RMBPC) et le *Bristol Activities of Daily Living Scale* (BADLS). Chaque proche aidant a pour sa part été soumis à des mesures du stress et des mécanismes d'adaptation, le *GHQ 28*, le *IDB-II* et le *Ways of Coping Checklist* (WCC). Les participants ont été évalués au début, à la fin de l'intervention ainsi que trois mois post-intervention. Les résultats obtenus par les participants atteints d'un TNMA n'ont pas montré d'amélioration significative. Les résultats obtenus par les proches aidants au questionnaire WCC semblaient indiquer que les conversations avec le thérapeute ont toutefois amélioré leur capacité d'adaptation. Selon les auteurs de l'étude,

l'absence d'amélioration des symptômes dépressifs relèverait du nombre trop restreint de séances réalisées avec les participants. Concernant la procédure d'évaluation, certains aménagements nous semblent par ailleurs peu adaptés à cette clientèle. En prenant une mesure directement après la fin du traitement, il nous apparaît possible que la perte de la relation puisse momentanément raviver certains symptômes dépressifs. De plus, la dernière mesure prenait place plus de 3 mois après l'intervention. Considérant les enjeux d'une clientèle atteinte d'une maladie à caractère évolutif, ce délai semble peu optimal. En considérant ces limites, l'utilisation de mesures continues aurait possiblement permis d'avoir un portrait plus juste de l'impact de l'intervention. De plus, bien que le fait que le proche aidant soit rencontré après chaque séance puisse être bénéfique pour ce dernier, est-ce que cela aurait pu nuire au participant? En cette période de perte d'autonomie, est-ce qu'un espace privilégié et exclusif à la personne aurait pu davantage soutenir l'estime de soi du participant et ainsi l'aider à surmonter les symptômes dépressifs ?

Malgré l'absence de résultats significatifs chez les personnes atteintes, Burns et al. (2005) concluent que cette clientèle est apte à s'engager dans une thérapie individuelle de type psychodynamique interpersonnelle. Suite à un court questionnaire, tous les participants ont été d'accord avec l'affirmation « j'ai été capable de discuter de mes difficultés et d'être plus au clair sur ce qu'elles sont » [traduction libre]. De plus, 83% des participants ont été d'accord avec le fait que bien que cela soit difficile de parler de leurs difficultés, ils se sont sentis soulagés de les communiquer et ils ont été capables de parler de choses qu'ils ne sont pas à l'aise de partager avec leur entourage. Afin de donner une meilleure idée de l'évolution des psychothérapies, les auteurs ont en outre fourni des exemples de cas ainsi que des éléments qui leur sont apparus thérapeutiques

En résumé, les études d'interventions visant le traitement de la dépression chez une clientèle souffrant d'un TNMA sont donc très peu nombreuses (Derouesné, 1996; Gagnon & Rousseau, 2005; Olin et al., 2002b; Reifler et al., 1989; Teri & Gallagher-Thompson, 1991;

Thorpe & Groulx, 2001 ; Lyketsos & Olin, 2002). Ceci se traduit par un manque de données empiriques pour guider les cliniciens dans le choix d'un traitement efficace pour les personnes atteintes d'un TNMA et de dépression (Teri, Logsdon, Uomoto, & McCurry, 1997). Parmi les sept avenues les plus prometteuses pour la recherche future, Olin et al. (2002a) proposent pourtant de valider de nouveaux traitements non pharmacologiques. Il apparaît ainsi important de se questionner sur les raisons qui pourraient expliquer un manque d'intérêt scientifique pour le traitement non pharmacologique de la dépression chez les personnes atteintes d'un TNMA.

Gagnon et Rousseau (2005) soulignent à cet égard la croyance populaire à l'effet qu'il serait normal d'éprouver des symptômes dépressifs en présence d'un déclin cognitif. Or, ce ne sont pas toutes les personnes atteintes qui présenteront également des symptômes dépressifs puisque la majorité des études qui s'intéresse à documenter le taux de dépression en cours d'un TNMA ont obtenu un pourcentage variant entre 30 et 50 % (Lee & Lyketsos, 2003). Dans un même ordre d'idées, Adam (2007) mentionne que l'absence d'intérêt pour la prise en charge cognitive de cette clientèle au cours des dernières décennies s'explique par les croyances erronées selon lesquels les personnes possèdent un dysfonctionnement cognitif généralisé et homogène. Nous verrons dans ce qui suit que certaines capacités préservées chez les personnes atteintes d'un TNMA pourraient inspirer de nouvelles avenues d'interventions. Nous proposons ici un modèle d'intervention à la fois inspiré des données des études réalisées jusqu'ici, mais également fondé théoriquement sur l'hypothèse d'une contribution importante de la mémoire implicite dans un processus psychothérapeutique individualisé auprès de personnes atteintes d'un TNMA.

PROPOSITION D'UN NOUVEAU MODÈLE D'INTERVENTION

À l'instar de Brierley et al. (2003), nous proposons un modèle proposé basé sur la psychothérapie de la conversation [traduction libre], tel que présenté et manualisé par Hobson (1985) puis revu par Shapiro et Firth (1987). De manière générale, il comprend plusieurs

techniques tirées d'un modèle psychodynamique tel que l'utilisation du passé pour comprendre les problématiques actuelles, l'exploration de la signification des métaphores ou expressions, la formulation de cas psychodynamique par la thérapeute, l'analyse du transfert et le traitement des émotions dans *l'ici et maintenant*. À cela s'ajoute l'exploration de la sphère interpersonnelle dans le but de permettre l'élaboration de stratégies pour améliorer les relations sociales de la personne en thérapie. Cela implique en outre des actions tirées du travail de Shapiro & Firth avec les personnes atteintes d'un TNMA : 1) travailler à partir des émotions et de leur expression, 2) explorer les tentatives d'évitement de certains sujets ou les résistances à la progression du traitement, 3) identifier des patrons récurrents à travers les actions, pensées, émotions, expériences et relations interpersonnelles, 4) mettre l'emphase sur les expériences passées en tant que liant avec le présent, 5) porter une attention particulière aux expériences interpersonnelles, 6) utiliser la relation thérapeutique, et, 7) explorer les désirs, les rêves et les fantasmes du client. Cela implique par ailleurs plusieurs considérations liées aux impacts d'un TNMA.

L'établissement de la relation entre le thérapeute et le client est au cœur de ce modèle (Paley, Shapiro, Myers, Patrick, & Reid, 2003). Mais il est juste de se questionner sur sa faisabilité, considérant tout d'abord l'amnésie (ou atteinte de la mémoire épisodique et explicite des faits récents) des personnes atteintes d'un TMNA (p.ex. Machado et al. (2009)) et donc, la forte possibilité que le participant ne se rappelle pas explicitement du matériel abordé en séance et même de l'identité du thérapeute. Dans notre modèle, l'établissement de la relation et le travail thérapeutique sont supportés théoriquement par la relative préservation de la mémoire implicite (Harrison, Gwi-Ryung, Jiyong & Ann, 2007; Machado et al., 2009). Celle-ci réfère au sentiment de familiarité que peut avoir une personne pour divers types d'informations. Ce sentiment de familiarité relèverait d'une fonction plus automatique de récupération des souvenirs, sans accès conscient au contexte spatio-temporel qui les concerne (Simon & Bastien, 2014). Il serait ainsi possible d'émettre l'hypothèse que les personnes atteintes d'un

TNMA présenteraient une capacité de mémoire implicite préservée qui leur permettraient d'assimiler (encoder) notamment les contenus traités en thérapie.

Toutefois, pour qu'un processus sollicite la mémoire implicite, la recherche intentionnelle d'information ou la récupération consciente (explicite) chez le participant doivent être évitées par le thérapeute (p.ex. Schacter, 1987). Bien qu'étant considéré comme des systèmes mnésiques dissociés (Squire, 1994 ; Lustig & Buckner, 2004 ; Poldrack & Gabrieli, 2001), Adam (2014) prévient les professionnels qui travaillent avec cette clientèle contre les risques de contamination que pourrait créer la réduction de l'effet d'amorçage chez les personnes atteintes. Ainsi, en sollicitant la mémoire explicite, le thérapeute pourrait nuire à un rappel spontané de certains événements ou sentiment important dans le processus. Il faudra ainsi éviter par exemple de référer à une séance antérieure par des questions telles que « Vous souvenez-vous la semaine dernière, nous avons parlé de... ». Par conséquent, le thérapeute ne devrait donc pas solliciter le rappel explicite de souvenirs récents, mais plutôt tirer profit des souvenirs qui émergent et des émotions qu'ils engendrent, afin de lui permettre de rejoindre le client au cœur de son expérience et de réaliser un travail thérapeutique basé notamment sur ses capacités préservées.

En ce qui a trait aux souvenirs plus anciens, certaines données de la littérature suggèrent que leur rappel, même explicite, peut être sollicité. Leur rappel pourrait notamment être favorisé en contexte psychothérapeutique puisqu'il pourrait bénéficier de l'effet de rehaussement de la mémoire émotionnelle (Broster, Blonder, & Jiang, 2012 ; Bucks & Radford, 2004 ; Fleming, Kim, Doo, Maguire, & Potkin, 2003 ; Kazui et al., 2000 ; Moayeri, Cahill, Yi Jin, & Potkin, 2000 ; Nashiro & Mather, 2011; Schultz, de Castro & Bertolucci, 2009; Nieuwenhuis-Mark, Schalk, & De Graff, 2009), soit un contexte qui favoriserait le rappel en raison des émotions qui y ont été associées. À ce titre, certaines études se sont intéressées au rappel de souvenirs de faits réels et associés à une émotion particulière chez des personnes atteintes d'un TNMA. Ikeda, Mori & Hirono (1998) ont ainsi démontré que des personnes atteintes de la

maladie d'Alzheimer ont obtenu une meilleure performance pour le rappel du tremblement de terre de Kobe que pour celui d'événements à caractère émotionnel plus neutre et ce, deux mois après le tremblement de terre. Pour parler de l'utilisation des souvenirs autobiographiques plus anciens, on pourrait ainsi référer davantage à l'expérience de récupération, expérience qui réfère à la capacité de rappel d'informations de manière subjective, donc non seulement de l'information encodée, mais également des affects et des pensées expérimentées lors de l'encodage (Kalenzaga, Piolino et Clarys, 2015), ce à quoi réfère plus souvent un processus thérapeutique.

Le modèle proposé ici implique par ailleurs que la tâche du thérapeute soit de développer « un langage émotionnel mutuel » et une relation « de solitude accompagnée » [traduction libre]. Ce faisant, il doit se mettre dans une position d'égalité avec le client et ne pas prendre le chapeau d'expert. Cela va se traduire par une exploration continue des émotions et de la signification du matériel que les clients apportent en psychothérapie (Paley, Shapiro, Myers, Patrick, & Reid, 2003). Ceci implique la création d'un espace propice aux échanges verbaux intimes d'idées et de sentiments entre les partenaires qui sont guidés par les associations qui sont faites au fil de la conversation. Le développement d'un tel langage émotionnel serait en outre supporté par la préservation du traitement des émotions des personnes atteintes d'un TNMA (Broster, Blonder, & Jiang, 2012; Mori, et al., 1999). Il a été démontré que la capacité à exprimer de manière juste son vécu n'était pas affectée chez les personnes atteintes d'un TNMA (Magai, Cohen, Gomberg, Malatesta, & Culver, 1996) et ce, même en lien avec du matériel ne pouvant plus être rappelé de manière explicite. Les personnes atteintes seraient par ailleurs en mesure d'identifier correctement les émotions évoquées par autrui (Bucks & Radford, 2004; Narme, Mouras, Rousel, Devendeville, & Godefroy, 2013) et même par un médium tel que la musique (Gagnon, Gosselin, Provencher, & Bier, 2012; Gagnon, Peretz, & Fulop, 2009). Selon Bucks et Radford (2004) cette préservation de la

reconnaissance des émotions ne serait pas spécifique à certaines émotions, mais s'appliquait à la joie, la tristesse, la colère, la peur et la neutralité.

À la lumière des résultats entourant cette fois les émotions ressenties par les personnes atteintes d'un TNMA, une intervention thérapeutique s'avère non seulement possible, mais essentielle. Il a été démontré que les personnes atteintes pourraient être profondément touchées émotionnellement par des événements ne pouvant plus faire l'objet d'un rappel explicite, et que leurs émotions pouvaient persister longtemps après que les souvenirs se soient éteints. En outre, le temps de maintien du ressenti de la tristesse pourrait être proportionnel à l'importance de l'atteinte mnésique pour les événements inducteurs de l'émotion (p.ex. un extrait de film) (Guzman-Vélez et al., 2014), laissant la personne sans repère juste pour moduler elle-même son émotion. Ces observations soulignent selon nous d'autant plus l'importance d'accompagner les personnes atteintes pour le rétablissement d'un sens à donner aux émotions ressenties et les traiter.

Enfin, une approche thérapeutique psychodynamique ayant pour objectif de soutenir un travail touchant également la représentation de soi paraît empiriquement supportés. Il existe ainsi certaines évidences à l'effet que le concept de soi et une part d'identité seraient en partie préservée chez les personnes atteintes d'un TNMA, et ce, même au stade sévère de la maladie (pour une revue voir Caddell & Clare, 2010). Puisque les différentes atteintes cognitives, même en début d'évolution de la maladie, peuvent nuire à la fonction réflexive (Simm et al., 2015), il s'avère d'autant plus important d'intervenir simultanément pour le maintien des habilités cognitives préservées et pour l'interprétation des pensées, des émotions et des croyances.

Le travail de psychothérapie repose ici globalement sur la prémisse que la souffrance du client émerge de difficultés interpersonnelles et que le thérapeute pourra lui fournir une relation réparatrice et un appui dans l'exploration de ses ennuis dans le but de collaborer à trouver de nouvelles solutions concrètes pour enrichir ses contacts humains (Hobson, 1985). Le thérapeute doit donc utiliser l'analyse et le travail du transfert afin de comprendre et réguler la

relation thérapeutique, sans solliciter la mémoire explicite. Ce travail adapté à la clientèle demande donc au thérapeute d'être attentif aux différents signes que la relation s'installe ou que certaines embûches nuisent à son développement. Par exemple, lorsque la personne atteinte ne semble toujours pas reconnaître le thérapeute après quelques séances, elle pourra démontrer une certaine familiarité avec le processus en plaçant elle-même les chaises habituelles une en face de l'autre et en parlant rapidement d'enjeux liés avec ses symptômes dépressifs. D'un autre côté, la relation transférentielle pourrait pousser le thérapeute à se sentir très investi par le rétablissement du participant, alors que ce dernier est très pessimiste et semble mettre toutes les interventions en échec. Une discussion autour de la relation thérapeutique pourrait alors susciter des liens avec les relations interpersonnelles du participant et ses patrons de comportements. Brierley et al. (2003) abordent aussi le fait que cette adaptation vise non seulement les changements intrapsychiques, mais aussi les stratégies concrètes qui visent l'amélioration des relations sociales du participant. Ainsi, une conversation pourrait avoir lieu dans la psychothérapie à propos des activités sociales qui ont été abandonnées ou des liens qui ne sont pas satisfaisants. Un objectif pour cette dernière pourrait être par exemple de retourner à la chorale de la résidence et d'adapter sa participation selon ses déficits.

Déroulement des séances

Le modèle inclut quinze rencontres au domicile du participant afin de tirer profit de la familiarité avec le lieu, à fortiori, favoriser un sentiment de sécurité, d'intimité pour le client, ainsi qu'un meilleur accès à la mémoire implicite. Notre hypothèse est que le nombre de rencontres significativement plus élevés comparativement à la majorité des autres modèles proposées jusqu'ici, et l'utilisation d'un lieu familier, favoriseront davantage la progression de la psychothérapie

La première séance a pour objectif d'entamer le lien thérapeutique et d'explorer la situation de la personne atteinte afin de générer des hypothèses quant à la présence des

symptômes dépressifs. Cette première entrevue se termine par un consensus sur le thème qui semble avoir été dominant pendant la première rencontre et qui pourrait être à l'origine du dysfonctionnement actuel. Ce choix est exercé en partenariat avec la personne bénéficiant du suivi. Ce thème aidera le thérapeute à comprendre la situation actuelle et à interpréter le matériel qui surviendra spontanément en rencontre. Encore une fois, l'idée n'est pas d'imposer des sujets précis au participant. Par exemple, une participante pourrait choisir de travailler sur le deuil de sa sœur ou sur son ajustement dans un nouveau lieu de résidence.

Les séances de la semaine 2 à la semaine 12 sont incluses dans la phase intermédiaire. Durant cette phase, les rencontres sont conçues de manière à permettre une grande flexibilité et ainsi permettre au thérapeute de travailler avec les émotions qui émergent durant chaque rencontre. L'utilisation des reflets et de l'exploration est au centre des interventions. De manière générale, lorsque le matériel émotionnel est suffisamment identifié, exploré et validé par le thérapeute, une seconde étape vise à construire une compréhension commune des difficultés actuelles de la personne. Conformément aux instructions de Shapiro & Firth (1987), le psychothérapeute tente alors une interprétation liante, soit des connexions avec des émotions similaires survenues à d'autres moments, à l'intérieur ou à l'extérieur de la thérapie. Le but est de créer un sentiment de cohérence avec une vision plus globale par le client de ses expériences émotionnelles. Par la suite, si la thérapeute le juge opportun, il partage sa conception de la situation explorée afin d'approfondir la compréhension. D'ailleurs, tout au long du processus, le thérapeute doit suivre la tangente que prend la discussion en demeurant attentif au matériel qui pourrait rappeler le thème principal de la problématique de la personne en thérapie. Brierley et al. (2003) ont aussi suggéré que l'atteinte d'un TNMA doit être abordée si le discours de la personne atteinte semble indiquer qu'elle éprouve des craintes ou des frustrations envers la maladie. Il est important de ne pas forcer le sujet si la personne ne reconnaît pas ses déficits, puisque le modèle ne vise pas à la confronter à sa réalité. Il peut en outre être parfois nécessaire d'aider un participant à résoudre des conflits passés réactivés par

la maladie et la perte d'autonomie progressive. Dans ce cas, la psychothérapie doit permettre les liens entre le passé et le présent tout en explorant des solutions adaptatives à la situation actuelle. Par exemple, une participante pourrait exprimer comment le deuil d'un proche lui rappelle la perte de son père en bas âge. Il peut donc être nécessaire d'aborder le deuil de son père afin de l'aider à dénouer son deuil actuel, d'autant plus que l'accès au souvenir du deuil du père pourrait être plus facile que celui d'un proche survenu plus récemment.

Un outil précieux et prescrit par le modèle est l'utilisation des récits autobiographiques. Brierley et al. (2003) considèrent que la conscience des pertes cognitives et de compétences en lien avec la maladie provoque une baisse de l'estime personnelle chez la plupart des personnes atteintes. Lorsque ce facteur vient au cœur de la détresse, il est alors opportun d'aider la personne atteinte à internaliser un nouveau sens de sa valeur personnelle à l'aide d'explorations de situations passées évoquées de manière spontanée par le participant. L'intervenant doit alors souligner les qualités qu'elle a démontrées tout au long sa vie et qui la caractérisent en tant que personne unique. L'accent est alors mis sur la continuité de la personnalité.

Les entrevues 13 à 15 peuvent constituer la phase finale de la thérapie. La fin doit être annoncée au moment jugé opportun par le clinicien. Ces entrevues se déroulent sensiblement de la même manière, sauf que le thérapeute doit se montrer vigilant envers les thèmes interpersonnels qui pourraient amener la discussion sur la fin de la relation thérapeutique. Finalement, un retour du thérapeute sur les faits marquants de la thérapie et sur ce qui caractérise le fonctionnement du participant peut alors être abordé.

Notre expérience, tel que rapportée dans Bourassa et Gagnon (soumis), souligne par ailleurs la possibilité, voir l'intérêt, de poursuivre la thérapie au-delà de 15 séances. Nos observations suggèrent en effet que la pratique clinique n'implique pas un nombre limite de séances tant que la personne est relativement en mesure d'interagir verbalement.

CONCLUSION

En somme, très peu d'études ont réussi à montrer l'efficacité de la psychothérapie pour le traitement des symptômes dépressifs chez une clientèle atteinte d'un TNMA. Par ailleurs, plusieurs lacunes méthodologiques ont été relevées dans les rares études ayant tenté d'en mesurer les effets. En outre, les traitements proposés étaient souvent conçus pour la population générale et sans adaptations fondées empiriquement pour les personnes atteintes d'un TNMA. Dans ce contexte, nous proposons un modèle qui s'inspire principalement de l'adaptation de la psychothérapie psychodynamique et interpersonnelle de Brierley et ses collaborateurs (2003) pour les personnes atteintes de symptômes dépressifs et de TNMA. L'originalité du modèle que nous proposons tient notamment du fait qu'il est porté par l'hypothèse d'une contribution importante de la réserve cognitive, de la mémoire implicite et de la mémoire autobiographique sémantique dans le rétablissement des symptômes dépressifs pour cette clientèle. Ce modèle a en outre été expérimenté de manière systématique via une étude de cas, et dont les résultats sont présentés dans Bourassa et Gagnon (soumis).

Références

- Adam, S. (2014). *Mémoire implicite: Théorie, évaluation, et implications cliniques*. Dans M., Van der Linden & X., Seron (Eds.), *Traité de neuropsychologie clinique (2^e éd.)*. Marseille, France: Solal.
- Adam, S. (2007). Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer. In T., Rousseau (Ed.), *Démences : Orthophonie et autres interventions* (pp. 241- 285). Isbergues, France: Ortho Edition.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271–284. [http://doi.org/10.1016/0006-3223\(88\)90038-8](http://doi.org/10.1016/0006-3223(88)90038-8)
- Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, et al. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: effect on disability. *Archives of General Psychiatry*. 68, 33-41.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^e éd.)*, Washington , DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, Y, J., Garis, J., Jackson, C., & Mc Clure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32, 333–346.
- Appleby, B. S., Roy, P., Valenti, A., & Lee, H. B. (2007). Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease: Impact on mood and cognition. *Panminerva Medica*, 49, 139–149.
- Broster, L. S., Blonder L. X., & Jiang, Y. (2012). Does emotional memory enhancement assist the memory impaired? *Frontiers in Aging Neurosciences*, 4, 2.
- Bucks, R. S., & Radford, S. A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 8, 222–232.
- Brierley, E., Guthrie, E., Busby, C., Marino-Francis, F., Byrne, J., & Burns, A. (2003). *Psychodynamic interpersonal therapy for early alzheimer's disease*. United Kingdom: Artesian Books.
- Burns, A., Guthrie, E., Marino-Francis, F., Busby, C., Morris, J., Russell, E. ... Byrne, J. (2005). Brief psychotherapy in Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 143-147.
- Burrouhs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). Justifiable depression : how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family practice*, 23, 369-377.
- Caddel, L. S., & Clare, L. (2010). The impact of dementia on self and identity: Asystematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 113-126.
- Cheston, R. (1998). Psychotherapeutic work with people with dementia: A review of the literature. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 211–231.

- Chew-Graham, C., Baldwin, R., & Burns, A. (2004). Treating depression in later life. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 329, 181-182.
- Derouesne, C. (1996). Les manifestations psycho-comportementales de la maladie d'Alzheimer. *Synapse*, 129, 71-77.
- Draper, B., Snowdon, J., & Meares, S. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International Psychogeriatrics*, 12, 333-334.
- Diamond, J. (2006). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et la recherche actuelle, Société Alzheimer du Canada, 1-23.
- Esquirol, J. E. D. (1938). Des maladies mentales considérées sous le médicale, hygiénique et médico-legal. 2 volumes and atlas. *Paris: JB Baillière*.
- Finkel, S.I., Costa e Silva, J.A., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, 8, 497-500.
- Fleming, K., Kim, S. H., Doo, M., Maguire, G., & Potkin, S. G. (2003). Memory for emotional stimuli in patients with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 340-342.
- Forsell, Y., Jorm, A. F., Fratiglioni, L., Grut, M., & Winblad, B. (1993) Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia (english). *American Journal of Psychiatry*, 150, 1199-1202
- Gagnon, L., Gosselin, N., Provencher, V., & Bier, N. (2012). Perception and emotional judgments of music in dementia of the Alzheimer type: A short case study. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 29, 509-519.
- Gagnon, L., Peretz, I., & Fulop, T. (2009). Musical structural determinants of emotional judgments in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychology*, 23, 90-97.
- Gagnon, N. & Rousseau, F. (2005). Symptômes psychologiques : depression. Dans P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Éds), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 146-189). Paris: Edisem/ Maloine.
- Gallo, J. L., Schmidt, K. S., & Libon, D. J. (2008). Behavioral and psychological symptoms, neurocognitive performance and functional independence in mild dementia. *Dementia*, 7, 397-413.
- Giffard, B. (2008). Émotions, humeur et motivation. Dans B. Lechevalier, F. Eustache, & F. Viader (Éds), *Traité de neuropsychologie clinique, neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte* (pp. 381-438). Bruxelles : De Boeck.
- Gouvernement du Québec (2005). Une pleine participation des aînés au Québec (pp. 23-37). <http://www.conseil-des-aines.qc.ca/images/PDF/rapport20juin.pdf> (document consulté le 14 avril 2013).

- Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J. S., & Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer disease. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 27(3), 117-129.
- Harrison, E. H., Gwi-Ryung, S., Jiyoung, K., Ann, L. (2007). Preserved implicit memory in dementia: A potential model for care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22, 286-293.
- Hausman, C. (1992). Dynamic psychotherapy with elderly demented patients. Dans G. Jones & B. Miesen (Eds), *Care-giving in Dementia*. London: Routledge.
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Ownby, R. L., & Duara, R. (1999). Association between premorbid history of depression and current depression in Alzheimer's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 12, 72-75.
<http://doi.org/10.1177/089198879901200206>
- Helmer, C., Peres, K., & Montagnier, D. (2004). Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 2, 7-12.
- Hobson, R. F. (1985) *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- Ikeda, M., Mori, E., Hirono, N., Imamura, T., Shimomura, T., Ikejiri, Y., & Yamashita, H. (1998). Amnesic people with Alzheimer's disease who remembered the kobe earthquake. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 425-428.
- International Psychogeriatric Association. (2002). *Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) educational pack*. Skokie, IL.
- Juillerat, A. C., Van der Linden, M., Adam, S., & Seron, X. (2000). La prise en charge des patients Alzheimer au stade débutant. Dans X., Seron (Éd), *Traité de neuropsychologie clinique : tome II* (pp. 269-289). Marseille, France: Solal.
- Kalenzaga, S., Piolino, P., & Clarys, D. (2015). The emotional memory effect in Alzheimer's disease: Emotional words enhance recollective experience similarly in patients and control participants. *Cognition and Emotion*, 29(2), 342-350.
- Katona, C., Freeling, P., Hinchcliffe, K., Blanchard, M., & Wright, A. (1995). Recognition and management of depression in late life in general practice: consensus statement. *Primary Care Psychiatry* 1, 107- 113.
- Kazui, H., Mori, E., Hashimoto, M., Hirono, N., Imamura, T., Tanimukai, S., ... Cahill, L. (2000). Impact of emotion on memory. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 343-347.
- Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N., & Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with Major Depression and cognitive impairment: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 22.
- Kukull, W. A., & Ganguli, M. (2000). Epidemiology of dementia: concepts and overview. *Neurologic Clinics*, 18, 923-950.

- Landes, A. M., Sperry, S. D., Strauss, M. E., & Geldmacher, D. S. (2001). Apathy in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *49*, 1700-1707.
- Landreville, Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (Éds) (2005), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : une approche interdisciplinaire*. Edisem/Maloine.
- Lee, H. B., & Lyketsos, C. G. (2003). Depression in Alzheimer's disease: Heterogeneity and related issues. *Biological Psychiatry*, *54*, 353–362.
- Lustig, C., Buckner, R.L. (2004). Preserved neural correlates of priming in old age and dementia. *Neuron*, *42*, 865-875.
- Lyketsos, C. G., & Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment . *Biological Psychiatry*, *52*, 243-252.
- Lyketsos, C. G., Steele, C. , Galik, E., Rosenblatt, A. , Steinberg, M., Warren, A., & Sheppard, J. (1999). Physical aggression in dementia patients and its relationship to depression . *American Journal of Psychiatry*, *156*, 66-71.
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. S. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 708–714.
- Lyketsos, C. G., Tune, L. E., Pearlson, G., & Steele, C. (1996). Major depression in Alzheimer's disease: An interaction between gender and family history. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, *37*, 380–384.
- Machado, S., Cunha, M., Minc, D., Portella, C. E., Velasques, B., Basile, L. F., ... Ribeiro, P. (2009). Alzheimer's disease and implicit memory. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *67*(2-A), 334-342.
- Magai, C., Cohen, C., Gomberg, D., Malatesta, C., & Culver, C. (1996). Emotional Expression During Mid- to Late-Stage Dementia. *International Psychogeriatrics*, *8*, 383–395.
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, D., Mynt, P., & Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*, 39-44.
- Marston, D. C. (1995). Modified self management therapy for treatment of depression and anxiety in a nursing home resident. *Clinical Gerontologist*, *16*, 63–65.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, *129*, 126-142.
- Merriam, A. E., Aronson, M. K., Gaston, P., Wey, S., & Katz, I. (1988). The psychiatric symptoms of alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *36*, 7-12.
- Migliorelli, R., Tesón, A., Sabe, L., Petracchi, M., Leiguarda, R., & Starkstein, S. E. (1995). Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with

- Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 37–44.
- Moayeri, S. E., Cahill, L., Yi JIN, & Potkin, S. G. (2000). Relative sparing of emotionally influenced memory in Alzheimer's disease (English). *Neuroreport (Oxf.)*, 11, 653–655.
- Mori, E., Ikeda, M., Hirono, N., Kitagaki, H., Imamura, T., & Shimomura, T. (1999). Amygdalar volume and emotional memory in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 156, 216-222.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, 43, 2412–2414.
- Narme, P., Mouras, H., Roussel, M., Devendeville, A., & Godefroy, O. (2013). Assessment of socioemotional processes facilitates the distinction between frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Journal of Clinical And Experimental Neuropsychology*, 35, 728-744.
- Nashiro, K., & Mather, M. (2011). Effects of emotional arousal on memory binding in normal aging and Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychology*, 124(3), 301-312.
- Nieuwenhuis-Mark, R. E., Schalk, K., & de Graaf, N. (2009). Free recall and learning of emotional word lists in very elderly people with and without dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24(2), 155-162.
- O'Connor, D.W., Rosewarne, R., & Bruce, A. (2001). Depression in primary care. 1: Elderly patient's disclosure of depressive symptoms to their doctors. *International Psychogeriatrics*, 13, 359-365.
- Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., Breitner, J. C., ... Lebowitz, B. D. (2002a). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 125-128.
- Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., & Lebowitz, B. D. (2002b). Provisional diagnostic criteria for depression of alzheimer disease: Rationale and background. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 129-141.
- Ohnen, S.H. (2002). Troubles psychocomportementaux du sujet âgé : Aspects cliniques. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. 10, 6-13.
- Organisation Mondiale de la Santé (2012). *Dementia : A public health priority*. OMS, Genève.
- Paley, G., Shapiro, D. A., Myers, J., Patrick, S., & Reid, E. (2003). Practice development Personal reflections of mental health nurses training to use Hobson's Conversational Model (psychodynamic-interpersonal) of psychotherapy. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10, 735–742.
- Paukert, A. L., Calleo, J., Kraus-Schuman, C., Snow, L., Wilson, N., Petersen, N. J., ... Stanley, M. A. (2010). Peaceful mind: an open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, 22, 1012-1022.

- Pearlson, G. D., Ross, C. A., Lohr, W. D., Rovner, B. W., Chase, G. A., & Folstein, M. F. (1990). Association between family history of affective disorder and the depressive syndrome of Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, *147*, 452–456.
- Poldrack, R.A., Gabrieli, J.D. (2001). Characterizing the neural mechanisms of skill learning and repetition priming: evidence from mirror-reading. *Brain*, *124*, 67-82.
- Reifler, B. V., Teri, L., Raskind, M., Veith, R., Barnes, R., White, E., & McLean, P. (1989). Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. *The American Journal of Psychiatry*, *146*, 45-49.
- Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, M.D., et coll. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 39-45.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, *3*, 172-180.
- Rubio, A., Vestner, A., Stewart, J. M., Forbes, N. T., Conwell, Y., & Cox, C. (2001). Suicide and alzheimer's pathology in the elderly : A case-control study. *Biological Psychiatry*, *49*, 137-145.
- Schacter, D. L. (1987). Memory, amnesia, and frontal lobe dysfunction. *Psychobiology*, *15*(1), 21-36.
- Scholey, K. A., & Woods, B. T. (2003). A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*, 175–185.
- Schultz, R. R., de Castro, C. C., & Bertolucci, P. F. (2009). Memory with emotional content, brain amygdala and Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, *120*(2), 101-110
- Shapiro, D. A., & Firth, J. (1987). Prescriptive v. exploratory psychotherapy: Outcomes of the sheffield psychotherapy project (english). *British Journal of Psychiatry*, *151*, 790-799.
- Simm, L. A., Jamieson, R. D., Ong, B., Garner, M. J., & Kinsella, G. J. (2015). Making sense of self in Alzheimer's disease: reflective function and memory. *Aging & Mental Health*, 1-8
- Small, B. J., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Winblad, B., Bäckman, L. (2000). The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: 3- and 6-year follow-up of a population-based sample. *Archives of Neurology*, *57*, 839-844.
- Simon, J., & Bastin, C. (2014). Mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer : Déclin de la remémoration consciente et de la familiarité ? *Medecine Sciences : M/S*, *30*. Consulté à l'adresse <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/169496>

- Société Alzheimer du Canada. (2010b). Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada. Toronto, ON: Auteur.
- Solomon, K. & Szwabo, P. (1992). *Psychotherapy for patients with dementia*. Dans E. Morley, R. M. Coe., R. Strong., & G. T. Grossberg. *Memory Function and Aging-Related Disorders*. New York: Springer Publishing.
- Squire, L.R. (1994). Declarative and nondeclarative memory: multiple brain systems supporting learning and memory. Dans D.L. Schacter, & E. Tulving (Éds), *Memory Systems*. Cambridge, MA: MIT Press
- Statistique Canada. (2012). Annuaire du Canada 2012, Les aînés (Chap. 12, pp. 22-37).
- Strauss, M. E., & Ogrocki, P. K. (1996). Confirmation of an association between family history of affective disorder and the depressive syndrome in Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1340–1342.
- Strober, L. B., & Arnett, P. A. (2009). Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's disease, Parkinson's disease, and stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 205-230.
- Teng, E., Ringman, J. M., Ross, L. K., Mulnard, R. A., Dick, M. B., Bartzokis, G., ... Cummings, J. L. (2008). Diagnosing depression in Alzheimer disease with the national institute of mental health provisional criteria. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 469-477.
- Teri, L., & Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 31, 413.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, P159-P166.
- Teri, L., & Uomoto, J. (1991). Reducing excess disability in dementia patients: Training caregivers to manage patient depression. *Clinical Gerontologist*, 31, 49-63.
- Thorpe, L. & Groulx, B. (2001). Depressive syndromes in dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 28, S83-S95.
- Verhey, F.R.J., Jolles, J., Ponds, R.W.H.M., de Lugt, M., Vreeling, F. (1995). Psychiatric disorders in patient attending an outpatient memory clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 899-902.
- Verhey, F. R. J., & Visser, P. J. (2000). Phenomenology of depression in dementia. *International Psychogeriatrics*, 12, 129-134.
- Walker, D. A. (2004). Cognitive behavioural therapy for depression in a person with Alzheimer's dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 495-500.

Wimo, A., Jönsson, L., Gustavsson, A., McDaid, D., Ersek, K., Georges, J., ... Valtonen, H. (2011). The economic impact of dementia in Europe in 2008—Cost estimates from the eurocodeproject. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 825-832.

Winborn, M. (2012). The shadow of familiarity: A contributor to the intersubjective field. *Journal of Analytical Psychology, 57*, 187–206.

Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, R. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 20*, 41-49.

Transition

Le premier article de cette thèse portait sur les psychothérapies employées auprès des personnes atteintes d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA) et de symptômes dépressifs. Pour bien saisir les enjeux liés à cette problématique, il a été d'abord essentiel d'effectuer un survol des écrits qui la concerne. La recension de la littérature a mis en lumière les difficultés diagnostiques de la dépression chez des personnes qui souffraient d'un TNMA. Les difficultés diagnostiques résident entre autres dans son expression atypique dans le contexte d'un TNMA. Au-delà de l'importance de poser un diagnostic juste, il est aussi important de connaître les traitements possibles suite à un tel constat. La recension a également mis en lumière l'évidence qu'il existait très peu d'essais cliniques. Les rares études réalisées comportaient plusieurs lacunes au plan méthodologique et peu d'adaptation en regard des spécificités cognitives de la personne atteinte d'un TNMA. Un survol des capacités préservées pouvant soutenir la progression de la personne atteinte d'un TNMA en psychothérapie a ainsi été effectué afin d'étayer la proposition d'un modèle adapté à la réalité de cette clientèle. Ce tour d'horizon a notamment permis d'identifier la mémoire implicite et le traitement des émotions comme capacités préservées chez une personne atteinte d'un TNMA. Dans ce contexte, l'article 1 propose ainsi un nouveau modèle de psychothérapie qui porterait attention à la relation entre la personne atteinte et la thérapeute et qui favoriserait l'utilisation de la mémoire implicite. L'intervention utilisée

est une adaptation du modèle proposé par Brierley et al. (2003) qui est lui-même inspiré du modèle de la conversation de Hobson (1985).

Cette section de la thèse permettra de présenter de manière plus exhaustive le modèle et les principes psychothérapeutiques sous-jacents proposés dans l'article 1. La présentation de ceux-ci est suivie des adaptations ayant mené à notre proposition de modèle. Cette section sera suivie de la méthodologie scientifique adoptée afin de mesurer le potentiel clinique de ce modèle et des trois premiers cas étudiés. Il a été décidé de ne pas inclure les trois premières participantes dans le deuxième article puisque leur processus thérapeutique avait subi l'inférence d'évènements pouvant nuire à l'interprétation des résultats obtenus aux mesures utilisées (p. ex. hospitalisations). Ceci nous a par ailleurs permis d'approfondir la description du processus thérapeutique de la dernière participante. La thèse se poursuit ensuite avec la présentation de l'article 2 décrivant le processus thérapeutique de la dernière participante, *Ève*. Cet article expose les résultats d'une expérimentation visant à mesurer le potentiel clinique du modèle proposé.

Modèle de psychothérapie

Proposé par Hobson (1985), le modèle de psychothérapie de la conversation [traduction libre] est un mariage de théories et de techniques psychodynamiques et interpersonnelles. Ce modèle est aussi connu sous le nom de psychothérapie psychodynamique interpersonnelle (Paley, Shapiro, Myers, Patrick & Reid, 2003). Cette

intégration de différentes approches a permis de créer un modèle de psychothérapie qui se veut innovant et complet (Guthrie, 1999), qui a démontré des résultats significatifs pour le traitement de la dépression (Shapiro & Firth, 1987; Shapiro et al, 1993) et qui présente un certain potentiel pour les personnes atteintes d'un TNMA (Burns et al., 2005). Ce modèle est désigné comme l'un des rares traitements qui n'appartiennent pas à la catégorie des psychothérapies cognitive comportementale et qui démontre une base théorique robuste (Paley, Shapiro, Myers, Patrick, & Reid, 2003).

En résumé, l'établissement de la relation entre le psychothérapeute et le client est au cœur de ce modèle (Paley, Shapiro, Myers, Patrick, & Reid, 2003). La tâche du thérapeute est de développer « un langage émotionnel mutuel » et une relation « de solitude accompagnée » [traduction libre]. Selon Hobson (1985), une personne ne peut tolérer la solitude sans être connectée à une personne significative et ne peut partager une intimité profonde sans tolérer cette solitude. La relation vise donc des mouvements fluides entre des sentiments de solitude et de support (Hobson, 1985). Ce faisant, il doit se mettre dans une position d'égalité avec le client et ne pas prendre le chapeau d'expert. Cela va se traduire pour une exploration continue des émotions et de la signification du matériel que les clients apportent en psychothérapie (Paley, Shapiro, Myers, Patrick, & Reid, 2003). Ceci implique la création d'un espace propice aux échanges verbaux intimes d'idées et de sentiments entre les partenaires qui sont guidés par les associations qui sont faites au fil de la conversation. Finalement, ce travail repose sur la prémisse que la souffrance du client émerge de difficultés interpersonnelles et que le thérapeute pourra

lui fournir une relation réparatrice et un appui dans l'exploration de ses ennuis dans le but de collaborer à trouver de nouvelles solutions concrètes pour enrichir ses contacts humains (Hobson, 1985).

Shapiro et Firth (1987) ont décidé de comparer les effets de la psychothérapie cognitive comportementale et de la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle. Cette étude est connue sous le nom de projet Sheffield (1987). Ce projet avait pour échantillon 40 professionnels et gestionnaires qui éprouvaient des symptômes dépressifs et/ou anxieux qui affectaient leurs tâches au travail. Cette étude a permis l'élaboration d'un manuel de psychothérapie axé davantage sur les techniques concrètes de la psychothérapie psychodynamique et interpersonnelle par les auteurs et qui permet une définition plus concrète de ce modèle (Shapiro & Firth, 1987).

Ce manuel fourni débute par un rappel des trois principes de base de l'approche soit 1) la prémisse que la souffrance du client est issue de problèmes relationnels 2) le mandat du psychothérapeute d'accueillir, d'explorer, de comprendre et de tester des suggestions de résolution de problème 3) l'utilisation des techniques qui devraient guider le travail des psychothérapeutes d'approche psychodynamique interpersonnelle avec tout type de clientèle.

Le modèle a été adapté par les auteurs pour les besoins du projet de recherche. Ils ont notamment restreint le nombre de séances à 16 et subdivisé le traitement en trois

phases et introduit l'enregistrement des sessions à des fins de contrôle de l'approche utilisée et de supervision. Concrètement, la première rencontre de psychothérapie comporte deux tâches. Premièrement, le psychothérapeute annonce au client qu'il s'agit d'une occasion pour lui d'exprimer la nature de ses difficultés pour lesquelles il aimerait recevoir de l'aide. Deuxièmement, c'est aussi l'occasion de commencer l'exploration des difficultés interpersonnelles que le client aimerait travailler en psychothérapie. La problématique relationnelle guidera le choix des thèmes tout au long de la thérapie, sans les imposer. Il est mentionné que ce choix sera fait conjointement et de manière collaborative. Les auteurs nomment que les difficultés rapportées peuvent généralement se diviser en trois catégories (relations intimes, travail, loisir et vie sociale) et six thèmes (estime de soi, pertes, conflits, déficits, investissement dans un domaine, peur, anxiété et évitement). Vers la fin de la séance, le psychothérapeute proposera un thème qui semble avoir été dominant lors de cette séance. Ceci permet alors un travail de négociation entre les acteurs. Selon les besoins, il est aussi suggéré d'avoir une discussion sur les enregistrements audio et les sentiments en lien avec le début de la psychothérapie.

Durant la phase intermédiaire, les rencontres contiennent des bases communes, mais une grande flexibilité pour permettre au thérapeute de travailler avec les émotions présentes lors de chaque rencontre. Il est suggéré de donner des indications sur la marche à suivre. Par exemple, il est parfois important de guider le client davantage vers l'exploration des émotions en lien avec les événements rapportés. L'utilisation des reflets est alors au centre des interventions du thérapeute. Le thérapeute doit aussi avoir

en tête les thèmes interpersonnels pertinents, en lien avec la dernière séance. Il est notamment exigé dans le projet de recherche que les intervenants écoutent leur enregistrement entre les sessions. Il est aussi indiqué que le thérapeute se garde une période à la fin de la séance afin de résumer le thème relationnel qui a été mis en valeur au long de la séance. Par contre, si jamais davantage d'exploration est nécessaire, l'intervenant peut conclure avec le client qu'il reste des choses à dire pour la prochaine rencontre. Shapiro et Firth (1987) soulignent que la reconnaissance mutuelle d'une problématique est déjà un gain dans le travail thérapeutique.

Concernant la phase finale, il est mentionné par les auteurs que les thérapeutes doivent faire régulièrement allusion à la fin à partir de la huitième session. Ceci signifie donc que les phases intermédiaires et finales ne sont pas considérées comme des étapes qui se succèdent, mais davantage comme des étapes du processus qui se chevauchent selon le jugement clinique du thérapeute. La phase finale doit inclure un travail des gains vécus en thérapie ainsi que des aspects qui restent à travailler. De plus, le thérapeute doit supporter l'internalisation des gains chez la personne. Les auteurs suggèrent que l'utilisation des métaphores et les discussions sur l'utilisation des progrès vécus en thérapie dans la vie quotidienne de la personne sont des outils puissants pour aider ce dernier objectif.

Finalement, Shapiro et Firth (1987) proposent un résumé des techniques qui caractérise cette psychothérapie. Premièrement, l'intervenant doit favoriser

l'identification des émotions principalement à l'aide des reflets et de l'exploration. De manière progressive, le psychothérapeute doit ensuite interpréter cette émotion après une clarification suffisante de la situation. Les auteurs suggèrent aussi une gradation des interventions en commençant par les [interprétations liantes] dans un premier temps et les [interprétations de compréhension] par la suite (traduction libre). Les [interprétations liantes] sont des connexions faites par l'intervenant afin de lier des émotions présentes avec des émotions survenues à d'autres moments ou à l'extérieur de la thérapie. Le but est donc de créer un sentiment de cohérence avec une vision plus globale par le client de ses expériences émotionnelles. Par la suite, les [interprétations de compréhension] sont créées par l'apport d'une impression personnelle du thérapeute pour approfondir la compréhension commune de l'expérience du client.

De manière plus détaillée, une autre technique appartenant au modèle psychodynamique interpersonnel expliqué par les auteurs est celle de la négociation. De ce sens, il est indiqué que le thérapeute doit adopter une attitude qui lui permet d'exprimer au client sa vision à travers des énoncés qui sont ouverts aux corrections. L'élaboration et le partage des réactions du client sont par la suite encouragés. Deuxièmement, le thérapeute doit adopter un langage et une attitude favorisant la mutualité. Concrètement, il doit utiliser les pronoms «je» et «nous» le plus souvent possible et utiliser l'immédiateté pour exposer sa vision de la situation lorsqu'approprié. Troisièmement, l'utilisation de métaphores est encouragée. Cette stratégie permettrait de rendre l'expression d'une émotion plus immédiate et intense. De plus, les métaphores

permettent les liens entre les émotions exprimées séparément et stimule une nouvelle perspective. Par la suite, il est recommandé de traiter les expériences vécues au cours de la session dans «l'ici et maintenant». Le rationnel derrière cet accent est que la personne doit réaliser et comprendre le rôle de ses émotions dans ses relations interpersonnelles et tenter de trouver des pistes de solutions avec le thérapeute.

En maintenant la base du modèle d'Hobson (1985), Brierley et al. (2003) ont modifié quelques aspects de cette psychothérapie afin de créer un modèle approprié pour une clientèle atteinte de symptômes dépressifs et d'un TDMA. Ces modifications ont également inspiré le modèle présenté dans la présente thèse de recherche, et peuvent être listées en six points :

1. La psychothérapie ne devait pas avoir lieu dans une clinique, mais au domicile du patient. La logique derrière ce changement était la croyance selon les auteurs que les patients fonctionnaient mieux en terrain connu et qu'ils seraient plus disposés pour un travail thérapeutique. De plus, ils considéraient que cet aspect serait facilitant vu les nombreux rendez-vous médicaux des proches aidants et des participants.
2. Une période de 10 minutes est prévue après chaque séance pour que le psychothérapeute rencontre le proche aidant. Cette période de temps était prévue afin que l'intervenant puisse recueillir un deuxième avis sur la problématique de son client et qu'il soit en mesure de juger de la qualité de leur relation. De plus,

cet ajout visait la mise en place d'une collaboration du proche aidant afin d'aider le participant à accomplir ses objectifs entre les séances.

3. Il est de mise de mener un travail d'acceptation du TNMA. Sans l'imposer, l'intervenant doit ouvrir le dialogue et permettre au participant de parler de ses frustrations, de ses peurs et de ses pertes. Pour ce faire, il doit s'informer sur la présence de problèmes en lien avec la perte de mémoire et explorer par la suite les émotions que ces problèmes engendrent. Cette intervention est suggérée par les auteurs sous la forme de : « Selon ce que j'ai entendu de certaines personnes, il semblerait que d'être conscient de difficultés en lien avec notre mémoire pourrait engendrer des peurs. Je me demandais si cela pouvait vous arriver parfois? » [Traduction libre]. Dans leur application de cette approche, il est mentionné que certains patients sont restés dans le déni de la maladie tout au long du processus. Le rôle du thérapeute est alors de soutenir la personne et de respecter son rythme d'acceptation du diagnostic.
4. Des récits autobiographiques devaient être utilisés dans le but de favoriser le maintien de l'estime personnelle. Brierley et al. (2003) considèrent que la conscience des pertes cognitives et de compétences en lien avec la maladie provoque une baisse de l'estime personnelle pour la plupart des personnes atteintes. Lorsque ce facteur vient au cœur de la détresse d'un participant, il est opportun d'aider le client à internaliser un nouveau sens de sa valeur personnelle à l'aide d'exploration de situations passées. L'intervenant doit alors souligner les qualités qu'ils ont démontrées tout au long de leur vie et qui les caractérisent

comme humain unique. L'accent est alors mis sur la continuité de la personnalité de la personne et des liens sont faits avec le présent et la relation thérapeutique actuelle.

5. Il peut être parfois nécessaire d'aider un participant à résoudre des conflits passés réactivés par la maladie et la perte d'autonomie progressive. Dans ce cas, la psychothérapie doit permettre les liens entre le passé et le présent tout en explorant des solutions adaptatives à la situation actuelle.
6. Le développement des relations sociales est encouragé. Une des caractéristiques de cette psychothérapie est qu'elle favorise les changements intrapsychiques en plus des stratégies concrètes qui visent l'amélioration des relations sociales du participant (Brierley et al., 2003). Dans ce sens, il est souhaité que la personne atteinte de cette maladie retire le plus satisfaction et de joie de sa vie. Cet objectif peut se réaliser grâce à la modification de certains loisirs ou activités qui ont pris une place importante dans la vie du participant et qui ne sont plus possibles pour ce dernier. Une métaphore souvent donnée au patient est qu'une personne qui appréciait l'escalade peut maintenant retirer beaucoup de plaisir à se promenant dans la nature. De surcroît, la relation thérapeutique est aussi vue comme un lien humain positif qui permettra à la personne de reprendre confiance en ses capacités et qui aura des répercussions sur ses autres relations.

L'article 1 présentait donc un résumé des principes psychothérapeutiques qui ont mené à la proposition d'un nouveau modèle de psychothérapie psychodynamique interpersonnelle pour les personnes atteintes d'un TNMA et de symptômes dépressifs.

Notre modèle s'inspire du modèle de Brierley et al. (2003) présenté, mais avec quelques différences. Premièrement, nous avons décidé de ne pas rencontrer le proche aidant après les séances de thérapie. Cette décision est cohérente avec la prémisse du modèle qui met la relation thérapeutique au centre de la thérapie. De plus, en période de perte d'autonomie, nous avons jugé qu'il était précieux de leur offrir un espace privilégié exclusif et ainsi espérer soutenir l'estime de soi et les aider à surmonter les symptômes dépressifs. Nos interventions se sont ensuite démarquées par la considération de la mémoire implicite. Nous avons considéré cet aspect dans la compréhension du cheminement de nos participantes ainsi que dans nos interactions concrètes. Ainsi, des questions directes qui pouvaient solliciter un rappel explicite étaient évitées dans les rencontres. Encore dans le but de soutenir la mémoire implicite, c'est-à-dire un meilleur encodage du matériel nécessaire à la thérapie, il a été décidé d'offrir un nombre plus élevé de séances que dans la plupart des études documentés jusqu'à maintenant, soit 15 séances. La transition de cette thèse présentait d'abord le modèle et les principes psychothérapeutiques sous-jacents à l'origine du modèle proposé dans notre premier article. Cette section sera ici suivie de la présentation de l'étude de trois premiers cas. L'article 2 présente l'étude d'un 4^e cas. Les objectifs étaient principalement de démontrer l'efficacité d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle de 15 semaines sur l'intensité des symptômes dépressifs de personnes atteintes d'un TNMA. Les résultats obtenus auprès des 4 participantes ont été inclus dans les réflexions présentées dans la discussion générale de cette thèse.

Devis de recherche

Un devis de recherche à cas uniques multiples ($n = 4$) combiné à un dispositif par lignes de base multiples a été utilisé. Ce type de protocole vise l'établissement d'inférences valides quant à l'effet de l'intervention spécifique introduite grâce à l'évaluation détaillée des résultats de chaque candidat (Gauvreau & Bouchard, 2008). De plus, ce dernier serait adéquat dans l'évaluation d'une nouvelle intervention et de son efficacité avec une population précise (Barlow, Nock, & Hersen, 2009; Portney & Watkins, 2009). Ce devis de type ABA est composé de trois phases : la première phase sert à amasser les mesures avant le début de l'intervention (phase A) ; la deuxième phase est l'intervention (phase B) et la troisième phase vise à récolter les mesures en post traitement (phase A). Le nombre de participants (plus de 3) serait suffisant pour écarter l'hypothèse selon laquelle le hasard pourrait expliquer nos résultats (Barlow et al., 2009 ; Hayes, 1992; Portney & Watkins, 2009). En pratique, cette méthode implique que les périodes de la ligne de base et de l'intervention se chevauchent entre les participants. Les lignes de bases devaient s'étendre sur 2,3, 4 ou 5 semaines (voir Appendice C). Ce modèle comporte plusieurs avantages. La variabilité de la durée pour chaque participant à la ligne de base constituait notre groupe contrôle (Gauvreau & Bouchard, 2008), ce qui permet notamment de minimiser les effets possibles de maturation ou de facteurs historiques (Barlow et al., 2009). Enfin, notre protocole voulait respecter deux des trois règles de bases soit, la mesure d'un phénomène de façon continue et l'utilisation d'un niveau de base (Barlow et al., 2009). Le choix de prédéterminer la durée des lignes de base et donc, de ne pas attendre que les mesures soient stables avant de débiter, était

justifié par le souci éthique de ne pas laisser un participant sans traitement pendant un temps indéterminé.

Recrutement et procédures

Le recrutement a été réalisé à l'aide de deux stratégies. Premièrement, la chercheuse principale, en partenariat avec la Société Alzheimer locale, a présenté le projet devant des personnes atteintes d'un TNMA qui fréquentaient le centre de jour de cet organisme. Ce court exposé a permis de rejoindre une dizaine de candidats potentiels. Les personnes présentes pouvaient ensuite manifester leur intérêt en privé, à l'aide de coordonnées fournies dans une brochure qui leur avait été remise (voir Appendice D). Une deuxième méthode utilisée pour le recrutement consistait à joindre directement certains responsables d'établissement pour personnes semi-autonomes et leur présenter le projet. La brève présentation incluait une description de l'étude, de ses objectifs ainsi que la présentation d'un portrait des participants recherchés. Nous abordions aussi l'importance de ne pas utiliser leur influence pour précipiter la participation d'une personne dans notre protocole. Cette discussion était officialisée avec un formulaire d'engagement au respect des consignes (voir Appendice E). Si la personne manifestait son intérêt, le responsable devait alors lui demander son consentement afin de transmettre ses coordonnées par une fiche de référence (voir Appendice F) remise à la responsable de l'étude qui devait ensuite initier le premier contact direct. Cette méthode a été privilégiée en considérant la difficulté à prendre des initiatives lors d'un TNMA, particulièrement en contexte de symptômes dépressifs.

Les participants potentiels ont d'abord été rencontrés avec un proche aidant afin de répondre à leurs questions sur le processus et leur donner des informations sur le projet de recherche. L'auteure principale devait aussi déterminer si la personne correspondait sommairement aux critères d'inclusion à l'aide du canevas d'entrevue de présélection (voir Appendice G). Il était aussi vérifié que le domicile du participant était adéquat pour assurer la confidentialité des échanges lors des rencontres. Cette décision était aussi facilitée par l'utilisation des critères d'Olin et al. (2002). La personne devait donc présenter un minimum de trois symptômes dépressifs, incluant l'humeur dépressive ou la perte d'affects positifs ou du plaisir depuis les deux dernières semaines. Lorsqu'un participant semblait détenir de l'intérêt et répondait à la totalité des critères d'inclusion, le formulaire de consentement était présenté et signé (voir Appendice H). Ensuite, une deuxième rencontre était prévue avec une doctorante en psychologie, aveugle aux objectifs de recherche. Chaque assistante devait avoir signé une entente de confidentialité avant de pouvoir rencontrer les participantes potentielles (voir Appendice I). Cette deuxième rencontre a d'abord permis de compléter un bilan neuropsychologique visant à objectiver un diagnostic d'un TNMA (Appendice J) ainsi que la sévérité des atteintes. Elle incluait aussi la mesure des symptômes dépressifs et de la qualité de vie des participantes. L'entrevue avec l'assistante de recherche impliquait donc l'administration des échelles de mesure suivante : la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (voir Appendice K), le Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) (voir Appendice L) et le Dementia Quality of Life Instrument (DQoL) (voir Appendice

M). Le proche aidant devait aussi répondre aux questions contenues dans le DMAS et le CSDD. La passation des mesures cliniques a été répétée après à la 14^e semaine de traitement et un mois après la fin de celui-ci. Les participants ont ensuite été aléatoirement assignés à une des durées prédéterminées de la ligne de base (2, 3, 4, 5 semaines). Durant la période assignée de la ligne de base, les participants recevaient deux appels par semaine de la part d'un assistant de recherche afin de prendre une mesure continue (voir Appendice N). Les prises de mesures par téléphone ont ensuite diminué à une fois par semaine avec le début du traitement actif, et ce, jusqu'à la mesure finale. Le suivi de la première participante a été assuré par une neuropsychologue clinicienne totalisant plus de 15 ans d'expérience avec cette clientèle. Elle a aussi supervisé les trois autres traitements qui ont été menés par l'auteure principal de la thèse, doctorante en psychologie et formée en thérapie psychodynamique et interpersonnelle.

Description des échelles de mesure

Mesures de la dépression

La Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Youg & Shamoian, 1988, traduction francophone de Camus, Schmit, Ousset & Micas, 1995) est une échelle visant à quantifier la sévérité des symptômes dépressifs chez une clientèle atteinte d'un trouble neurocognitif. Elle est considérée par certains auteurs comme l'instrument à privilégier avec cette clientèle (Holroyd & Clayton, 2000). Une étude réalisée au Danemark confirme la sensibilité plus élevée de cette échelle avec cette clientèle en la comparant à l'Échelle de Dépression Gériatrique (Korner et al., 2006).

Concrètement, l'évaluation comprend la vérification systématique de 19 symptômes dépressifs durant un entretien semi-structuré avec le patient et un des proches aidants. L'évaluateur doit attribuer une cote de 0 si le comportement est absent, 1 s'il est léger ou intermittent et de 2 s'il est sévère. Selon les normes du test, un résultat total sous le chiffre 6 indique une probable absence de dépression, un résultat entre 10 et 17 indique une probable dépression mineure et un résultat au dessus de 18 peut indiquer la présence d'une dépression majeure. La version française de cette échelle a une fiabilité de 0,83 et une stabilité temporelle de 0,75 (Camus, Schmit, Ousset, & Micas, 1995).

La Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) (Sunderland et al., 1988, traduction francophone de Camus, Schmit, Ousset, & Micas, 1995) est un outil psychométrique validé qui vise l'évaluation de la sévérité des symptômes dépressifs chez une clientèle âgée atteinte d'un trouble neurocognitif. Cette échelle survole 17 domaines potentiellement touchés par la dépression chez cette clientèle. Nous y retrouvons : l'activité motrice volontaire, le sommeil, l'appétit, les plaintes somatiques, l'énergie, l'irritabilité, l'agitation physique, l'anxiété, l'apparence déprimée, la conscience de l'état émotionnel, la réponse émotionnelle, la capacité de plaisir, l'estime de soi, la culpabilité, le désespoir et la dépendance, les idéations suicidaires et la parole. L'ajout de cette échelle supplémentaire est justifié par des items traitant davantage de la sphère subjective de certains symptômes qui ne sont pas inclus dans la CSDD. Cette échelle supplémentaire permet donc un portrait plus complet du vécu des participantes. Chaque item comprend 4 choix de réponse allant de 0 (dans la normale) à 6 (très sévère)

et pouvant donner un score maximum de 68. Plus le résultat est élevé, plus la symptomatologie dépressive est sévère. Chaque item est investigué à l'intérieur d'un entretien clinique avec le patient et d'une collecte d'informations objectives auprès de la famille ou d'un professionnel de la santé. Par la suite, le responsable de l'évaluation choisit la description qui décrit le mieux l'état du malade en le comparant avec ce qui est normalement attendu selon son âge et son genre. Sunderland et al. (1988) soulignent que cet instrument s'avère utile pour suivre les perturbations de l'humeur avec une population atteinte d'un trouble neurocognitif. Par contre, n'ayant pas une visée diagnostique, aucune norme n'a été émise par le groupe pour interpréter les scores. Selon Conn et Thorpe (2007), la CSDD et la DMAS sont les outils recommandés et adéquats pour l'évaluation des symptômes dépressifs avec cette clientèle. Les qualités psychométriques de la version française obtenue par traduction renversée sont satisfaisantes et démontrent une fiabilité suffisante (0,768) pour l'évaluation de la dépression en cours d'un trouble neurocognitif (Camus, Schmit, Ousset, & Micas, 1995). De plus, la stabilité temporelle obtient un coefficient convenable de 0,63 (Camus, Schmit, Ousset, & Micas, 1995).

Mesure de la qualité de vie

La Dementia Quality of Life Instrument (DQoL) (Brod, Stewart, Sands, & Walton, 1999, traduction francophone de Schwebel et al., 2010) est un questionnaire qui intègre cinq domaines distincts (estime de soi, affects positifs et humour, affects négatifs, sentiment d'appartenance et le sens de l'esthétique). Il comprend 29 questions comme « Est-ce qu'il vous arrive de plaisanter ou de rire avec les autres? » adjointes à une échelle de Likert à cinq niveaux. Cet instrument inclut aussi trois questions de screening comme « Si quelqu'un (par exemple, un parent ou un ami) n'a pas eu de plaisir à regarder la télévision, quelle réponse faudrait-il choisir? ». Le participant doit répondre correctement à 2 des 3 questions pour continuer l'évaluation. Par la suite, le score moyen de chaque domaine nous permet d'apprécier la qualité de vie de la personne. Pour tous les domaines sauf les affects négatifs, un score élevé est de bon augure. La version française a démontré de bonnes propriétés psychométriques avec une cohérence interne variant entre 0,70 et 0,87 et une stabilité temporelle se situant entre 0,96 et 1,00 pour chacune des sous-échelles (Schwebel et al., 2010). En outre, comme suggéré par Gladis, Gosh, Dishuk et Crits-Christoph (1999), cette mesure a pour objectif de qualifier la portée de nos interventions dans la vie quotidienne de la participante. L'utilisation de cet outil avait donc une visée exploratoire et ne tentait pas de répondre directement à la question de recherche.

Mesure continue

Une Fiche d'enregistrement hebdomadaire de la détresse a servi de mesure cible continue. Pendant un cours appel téléphonique initié par l'assistante de recherche, la participante devait répondre à deux questions en lien avec la détresse ressentie dans le moment présent. Cette mesure a été obtenue à deux reprises pendant la ligne de base de deux semaines et ensuite une fois par semaine jusqu'à la dernière évaluation. Durant l'échange téléphonique, la participante devait choisir un chiffre de 0 à 10 à chacune des deux questions suivantes : « À quel point vous sentez-vous triste ou déprimé(e) en ce moment ? » et « À quel point avez-vous envie de faire les choses qui vous plaisent actuellement? ». Le chiffre 0 représente une absence des symptômes alors que le 10 représente une présence jugée extrêmement intense (Appendice I).

Méthodes d'analyse des résultats

La passation du CSDD à chaque temps de mesures a permis une évaluation de l'amélioration clinique. Ainsi, la présence des critères diagnostiques et la sévérité de ceux-ci ont pu être appréciées à l'aide des normes de l'outil. Pour la DMAS, un seuil critère de 15 % d'amélioration a été établi afin de déterminer si les résultats avaient une portée clinique significative. L'établissement d'un seuil critère peut être observé dans d'autres études quantitatives de cas uniques (Carrier & Côté, 2009; Raymond & Gagnon, 2014). Ce choix a aussi été fait en l'absence de critères clairs dans la littérature pour l'interprétation des résultats de nos participants à la DMAS. À ce jour, l'établissement d'un seuil n'est balisé par aucune directive empirique. Cependant, celui-ci a été déterminé à partir des critères de signification clinique utilisés dans les études semblables (Teri, Uomoto, & McCurry, 1997; Walker, 2005). Effectivement, bien que Teri, Uomoto & McCurry (1997) ainsi que Walker (2005) n'ont pas utilisé cette échelle, il est possible d'observer qu'une amélioration respective de 4 et de 5 points à la CSDD en post-traitement était considérée comme une amélioration significative. Il s'agit d'une amélioration d'environ 10 % et de 13 % des symptômes dépressifs chez une clientèle atteinte d'un TNMA. Chaque résultat a donc été présenté sous la forme d'un pourcentage à partir du score maximal possible. Les pourcentages ont été calculés entre le premier et le second temps de mesure, entre le second et le troisième, puis entre le premier et le troisième temps de mesure. La vérification de notre hypothèse a tenu compte des améliorations dépassant 15 %.

La mesure continue a fait l'objet d'une analyse visuelle à partir d'une représentation graphique des résultats obtenus par chacune des participantes. Ce procédé est conforme aux recommandations de traitement de ce type de données (Barlow, Nock & Hersen, 2009; Portney & Watkins, 2009). Ainsi, la représentation graphique démontre l'évolution de semaine en semaine de l'humeur dépressive ainsi que le niveau d'intérêt pour les activités qui lui plaisent habituellement. L'analyse visuelle est donc utilisée afin d'évaluer la tendance, le niveau et la stabilité des données (Kratochwill, Levin, Horner & Swoboda, 2014). Par la suite, afin d'apprécier la présence de changements significatifs de la mesure continue entre les différentes phases du protocole, l'indice Tau-U a été utilisé. Il s'agit d'un indice qui a été créé à partir du test U de Mann-Whitney et du Coefficient de corrélation de rang de Kendall. Cet outil statistique non paramétrique fournit un indice qui détermine la tendance ainsi que le pourcentage de chevauchement entre les données obtenues en deux moments distincts. Les calculs ont été complétés à partir d'un outil internet rendu disponible par ses auteurs (Vannest, Parker, & Gronen, 2011): <http://singlecaseresearch.org>).

Profil des autres participantes de l'étude

Afin d'assurer la confidentialité des participantes, certains détails de leur vie personnelle ont été modifiés et elles sont désignées par un chiffre plutôt que par leur prénom. Également, bien que trois de nos participantes n'aient pas été incluses dans le deuxième article, cette section a été ajoutée afin d'enrichir les résultats obtenus dans l'étude de cas présentée dans le deuxième article. Enfin, les vignettes permettent aux

cliniciens intéressés de lire des exemples explicites de ce qui peut être fait en thérapie avec cette clientèle afin de mieux comprendre le modèle et ultérieurement le reproduire.

Participante 1

P1 était une femme âgée de 81 ans au moment de l'intervention. Elle était veuve depuis cinq ans et avait une fille unique qui vivait à l'extérieur de la ville. La médication de P1 comprenait un inhibiteur de la cholinestérase, un antidépresseur et un anxiolytique. Elle avait emménagé dans une résidence pour personnes âgées 2 ans auparavant, lorsque sa fille avait jugé que P1 ne pouvait plus s'occuper seule de ses activités quotidiennes. L'épisode dépressif actuel aurait été le premier vécu par P1. Les symptômes auraient débuté avec la mort de son mari. Le couple était décrit comme étant très fusionnel et amoureux par sa fille. L'épisode dépressif serait devenu plus inquiétant deux ans auparavant, suite à la perte du permis de conduire. P1 se serait alors montrée agressive avec son entourage et encore plus déprimée. Au moment du recrutement, elle présentait une humeur dépressive et une grande anxiété qui se traduisaient par des épisodes d'activation comportementale et d'angoisses profondes généralement liées avec l'organisation de son horaire. Les données concernant le profil neuropsychologique et les symptômes dépressifs de P1, avant le début de l'intervention, sont présentées au Tableau 1. Les données confirment qu'elle présentait un profil cognitif correspondant à la présence d'un TNMA (MMSE, DRS) en début d'évolution, ainsi qu'un nombre significatif de symptômes dépressifs (NIMH-dAD). Sa consommation de médicaments était stable depuis plus de deux mois au début de l'étude et elle n'avait jamais eu de suivi en psychologie.

Tableau 1

Résultats de P1 au dépistage de symptômes dépressifs et aux tests neuropsychologiques

Nbr critère diagnostique du NIMH-dAD	6*
Olin et al., 2002a	
MMSE (total /30)	24**
Dementia Rating Scale (total /144)	125**
Attention (total /37)	35
Initiation (total /37)	30**
Construction (total /6)	5
Concepts (total /39)	38
Memory (total /25)	17**

* *Seuil minimal des critères diagnostiques de la dépression en cours d'un TNMA atteints (Olin et al, 2000)*

** *Significativement plus bas que ce qui est attendu selon l'âge et le niveau de scolarité de la participante.*

Anamnèse. P1 avait deux sœurs et un frère. Elle nous a décrit un milieu aimant et ouvert à répondre à ses aspirations. P1 aurait ainsi poussé ses études pour travailler ensuite comme secrétaire de direction. Elle aurait ensuite fondé sa famille avec un homme avec qui la relation aurait toujours été bonne. Elle décrivait une vie de famille active et divisée entre ses tâches à la maison et son emploi de trésorière pour la municipalité. Elle a eu une fille qui vivait maintenant dans un pays lointain. Après le décès de son mari, elle se serait investie dans un réseau lui ayant permis de visiter plusieurs pays européens.

Historique du suivi. La demande de suivi a été faite par P1. Cette dernière exprimait le désir de rencontrer quelqu'un afin de parler. Sa fille voyait cette possibilité

d'un très bon œil puisqu'elle habitait loin et qu'elle recevait plusieurs appels par jour de celle-ci. P1 la contactait souvent lorsqu'elle était très confuse et anxieuse, dans un certain état de panique. La famille de P1 avait d'ailleurs exprimé une fatigue en lien avec la prise en charge de madame et la gestion de son anxiété et de ses symptômes dépressifs. Lorsque la présente étude lui a été présentée, elle s'est montrée surprise et un peu méfiante face à l'intervention en raison du protocole expérimental qui l'entourait. Cette dernière trouvait que trop d'emphase était mise sur le fait qu'elle n'allait pas toujours bien. Suite à des explications sur ce que le suivi pourrait lui offrir, elle nous donna son accord, mais il fut convenu qu'il n'y aurait pas d'enregistrement des séances. C'est d'ailleurs pour cette raison que P1 est la seule participante pour laquelle aucun n'extrait de psychothérapie n'est présenté dans la description de son suivi. La période d'évaluation fut particulièrement difficile pour P1. Lorsqu'un premier rendez-vous fut pris avec l'assistante de recherche, P1 rappela l'assistante plusieurs fois par jour pour déplacer le rendez-vous. Nous observions que l'anticipation de la visite créait beaucoup d'anxiété. Nous avons donc décidé, avec l'accord de sa fille, de prévenir P1 seulement le matin même du rendez-vous. Elle parut alors plus déçagée, et participa à l'évaluation avec une bonne collaboration.

Les cinq premières séances furent axées sur l'établissement du lien thérapeutique et l'exploration de la souffrance actuelle. La présence d'une « boule » d'angoisse que P1 avait de la difficulté à gérer fut rapidement abordée. Ce malaise avait suscité beaucoup de rendez-vous médicaux et de visites à l'hôpital, sans révéler de cause physique. Il est

aussi ressorti que P1 souffrait beaucoup du départ de sa fille pour un pays étranger. Elle mentionnait aussi régulièrement la douleur qu'elle éprouvait en regard de la perte de son mari, décédé il y a une quinzaine d'année. Il fut alors convenu entre la psychologue et la participante que les deuils jouaient un rôle important dans la problématique actuelle, et qu'ils seraient une bonne cible de travail. Cela semblait supporter l'hypothèse selon laquelle le TNMA de P1, qui engendrait plusieurs pertes ainsi que beaucoup de confusion, pouvait réactiver les deuils non résolus. Les conséquences de la maladie pouvaient donc réactiver la difficulté de perdre son mari et sa fille, deux événements qui l'avaient laissé vulnérable et confuse et favoriser ainsi le maintien de symptômes dépressifs et d'anxiété. Notons par ailleurs que ce lien ne fut pas abordé avec P1 en raison de l'anosognosie de celle-ci. L'anosognosie est une altération de la capacité à reconnaître la présence ou apprécier la sévérité de déficits dans le fonctionnement sensoriel, perceptif, moteur, affectif ou cognitif (Kotler-Cope & Camp, 1995). Il est important de souligner que le modèle thérapeutique utilisé n'avait pas pour objectif de confronter P1 à cette limite, mais de travailler avec les émotions disponibles.

Lors des premières visites, P1 semblait confuse en voyant arriver la psychologue. Elle regardait son calendrier à plusieurs reprises et posait certaines questions de manière répétitive. À la première séance, elle se plaça de profil à la psychologue et garda cette position pendant toutes les premières rencontres. Son attitude sembla différente à partir de la troisième séance. Tout d'abord, elle ne paraissait plus surprise et anxieuse de voir arriver la thérapeute. Les questions répétitives furent moins nombreuses, les sourires et

les contacts visuels plus fréquents. Il est aussi ressorti que P1 se racontait facilement. Elle dit à plusieurs reprises être étonnée de raconter autant de choses à la psychologue. De par ce comportement, il semble donc qu'un sentiment de familiarité commençait à s'installer et que P1 se sentait suffisamment en confiance pour investir davantage la relation.

Le deuxième bloc de rencontre s'est déroulé de la séance 5 à la séance 11. P1 nommait spontanément le fait que sa fille se trouvait loin d'elle. Elle semblait se sentir coupable de l'avoir amené plusieurs fois dans ce pays lorsqu'elle était jeune, puisque cela pu l'encourager à y emménager. Elle disait aussi avec énergie être en colère que sa fille n'ait pas trouvé de travail dans sa région et qu'elle n'ait pas eu le choix de déménager.

Le thème de la solitude fut récurant durant les échanges. Cependant, il n'était pas facile pour P1 d'en parler. Lors des séances qui abordaient ce thème, la psychologue pouvait régulièrement se sentir confuse et inadéquate dans le choix du thème. Cet aspect clinique semble consolider l'hypothèse qui implique que les déficits cognitifs de P1 pouvaient réactiver certains deuils et ainsi favoriser un sentiment de confusion et de vulnérabilité qui engendrent le maintien de symptômes dépressifs et anxieux.

Durant les séances, P1 rapportait régulièrement une sensation de poing dans l'estomac. Ce symptôme supplémentaire peut être interprété comme de la somatisation.

Pour traiter ce symptôme, la thérapeute a proposé l'hypothèse que le malaise qu'elle ressentait sous forme de poing de pression à l'estomac pourrait avoir la fonction de remplir un vide laissé par son mari et par sa fille. P1 répondait positivement à cette hypothèse, mais changeait rapidement de sujet afin d'orienter l'échange vers un sujet plus «rationnel». Il fut proposé par la psychologue qu'il semblait difficile pour elle d'aborder le sujet afin de souligner la résistance, sans trop la brusquer. Cette réaction semblait avoir une fonction protectrice pour elle. Il semble plausible de penser que cet évitement de la douleur était plus rassurant. Cela semblait également faire écho à la difficulté de prendre rendez-vous pour son évaluation et sa réaction devant le fait que le projet mettait l'emphase sur le côté dépressif de sa vie. La semaine suivante, cette dernière fut hospitalisée en lien avec une difficulté à respirer avec ce poing à l'estomac. Ensuite, peut-être cette dernière parue surprise de revoir la thérapeute, cependant, elle l'invita à s'asseoir et parut se calmer plus rapidement que lors des premiers rendez-vous. Elle confia aussi à la thérapeute la phrase suivante : « Pourquoi je vous parle comme ça, je n'ai pas l'habitude, faut croire que ça me fait du bien ! ». Cette phrase semble évocatrice qu'il se passait quelque chose sans qu'elle soit capable de le nommer. À ce moment du projet, P1 a rapporté se mêler davantage aux personnes qui habitaient sa résidence. Le lien thérapeutique aurait donc possiblement nourri un désir de se lier à de nouvelles personnes, désir qu'elle avait perdu depuis quelque temps.

Par ailleurs, étant donné qu'elle exprimait avoir tiré beaucoup de satisfaction à vivre avec un chat, il lui fut suggéré d'en adopter un. L'objectif de cette proposition était

de vérifier l'hypothèse que la présence d'un animal, ainsi que la valorisation de s'en occuper, pourrait aider P1 à accepter une nouvelle présence réconfortante. Cette idée s'avéra très bénéfique puisque madame fut grandement aidée par la présence de l'animal lorsqu'elle fit une crise d'anxiété quelques jours plus tard. Lors d'un échange téléphonique entre P1 et la thérapeute au lendemain de la crise, elle se dit explicitement réconfortée par la présence de son chat qu'elle disait beaucoup aimer.

Pour préparer ensuite la terminaison de la thérapie avec P1, un ajustement au plan de traitement fut adopté. En raison de l'anxiété marquée de cette dernière, il fut décidé de ne pas rappeler la fin des rencontres avant la 14^e séance. Une intervention incluant l'adaptation d'un outil de relaxation a été débutée à la 12^{ème} séance (p. ex. respirations). Cependant, le nombre de séances ne semblait pas avoir été suffisant pour permettre un encodage et un rappel implicite de cet outil qui aurait pu permettre à P1 de mieux gérer son anxiété.

Les dernières séances furent planifiées de manière à souligner davantage les plaisirs quotidiens et le moment présent afin de favoriser le bien-être. L'avant-dernière séance fut marquante puisque P1 se permit de pleurer pour la première fois en abordant sa peur de se faire envahir par les émotions négatives. Elle fut aussi capable de nommer que l'intervenante était une psychologue en prenant le prochain rendez-vous, preuve que l'empreinte mnésique était bien présente. À la séance finale, P1 dit qu'elle avait aimé

connaître la psychologue et qu'il était rare de rencontrer des gens qui prennent le temps de parler et s'intéressent réellement aux autres.

Résultats aux instruments de mesure. L'impact de l'intervention sur les symptômes dépressifs a été observé à l'aide des résultats obtenus à la CSDD, présentés au Tableau 2. Le résultat initial de P1 indique une dépression mineure (13) et la perception de sa fille (20) correspond à la présence d'une dépression majeure probable. À la fin du traitement, P1 et sa fille s'entendaient sur la présence probable d'une dépression mineure (10, 16). Il semble donc que la proche aidante ait noté une diminution significative des symptômes dépressifs puisqu'elle jugeait que sa mère souffrait d'une perturbation de l'humeur moins sévère suite au traitement. La mesure post-traitement indique que P1 perçoit toujours la présence d'une dépression mineure (10) tandis que sa fille observe une aggravation des symptômes et juge que sa mère vit de nouveau une dépression majeure (18). Cette hausse des symptômes pourrait être expliquée par une hospitalisation qui a eu lieu quelques jours après la fin du traitement. Il est intéressant de souligner que les symptômes augmentent, mais ne dépassent pas le seuil initial qui était présent avant le traitement. Le traitement pourrait donc avoir eu un effet de stabilisation de l'humeur pour un participant qui vit plusieurs épreuves et pour qui une amélioration de l'humeur pourrait être un objectif trop ambitieux.

Tableau 2

Résultats obtenus par P1 à l'échelle du CSDD pour chaque temps de mesure

	Pré-traitement	Post-traitement	Suivi un mois
P1	13	10	11
Proche	20	16	18

* correspondant à un score non clinique (< 10).

Les résultats obtenus à la DMAS sont présentés au Tableau 3. On observe d'abord une amélioration de 10,8 % entre la première et la deuxième mesure selon P1. L'amélioration augmente par la suite de 4 % entre la deuxième mesure et le suivi d'un mois. Cette amélioration totale (14,8 %) est en dessous de notre seuil-critère, mais de très peu. Par contre, les résultats de la proche aidante indiquent une amélioration de 15,7 %, ce qui représente une amélioration significative. La proche indique de nouveau une amélioration entre le deuxième et le troisième temps de mesure, mais dans une proportion beaucoup plus limitée (1,9 %). Il semble donc qu'il y ait eu une progression des bénéfices suite à l'arrêt du traitement, mais dans une mesure beaucoup plus modeste.

Tableau 3

Indice de sévérité au DMAS de P1 et fluctuation entre chaque temps de mesure (%)

	Pré- traitement (T1)	Post- traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi 1 mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation total (T1- T3)
P1	32,4	21,6	10,8	17,6	4	14,8
Proche	50	34,3	15,7	32,4	1,9	17,6

La section normalement réservée aux résultats à la mesure de la qualité de vie DQoL n'est pas disponible pour P1. Cette dernière exprimait le souhait de ne pas prolonger la période d'évaluation.

Enfin, les résultats obtenus à la mesure continue ont été analysés par la présentation graphique et l'inspection visuelle des données, ainsi que par l'analyse statistique Tau-U. La Figure 1 fait état des fluctuations au niveau de l'humeur et de la perte d'intérêt.

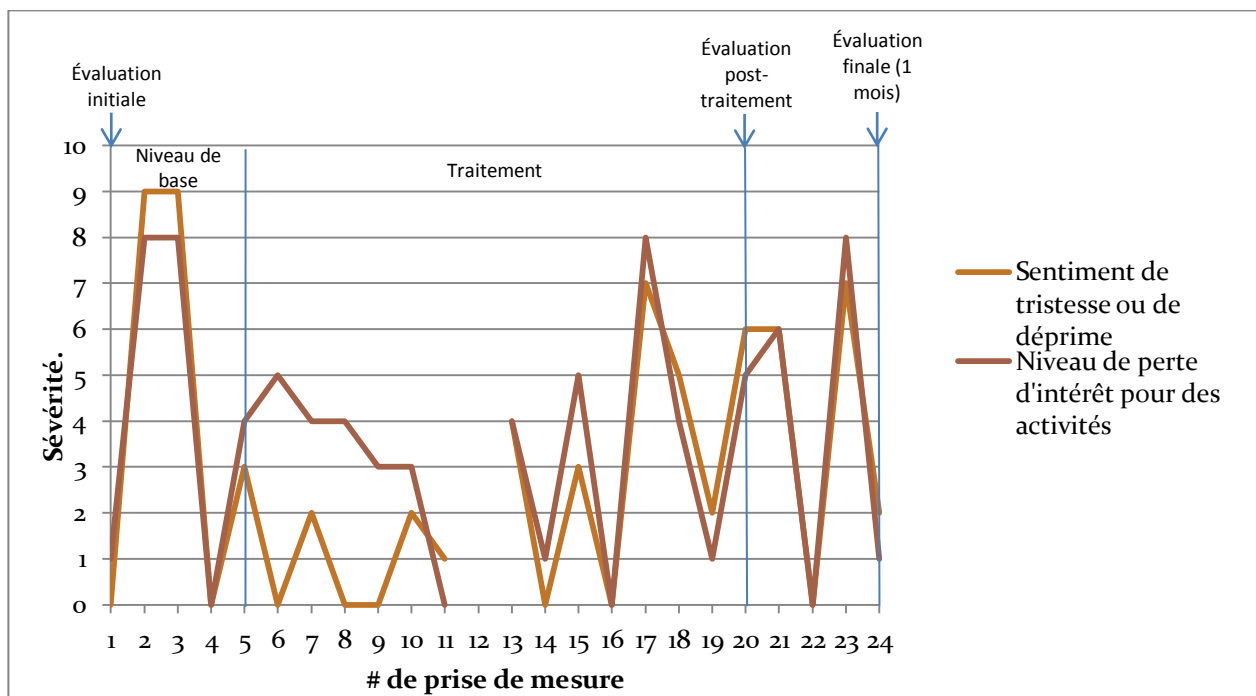


Figure 1. Résultats de P1 aux mesures continues obtenus à chacune des semaines de l'expérimentation

L'analyse visuelle n'est pas concluante si on tient compte de la grande variabilité des résultats. Notons aussi que la prise de mesure numéro 12 est manquante et que nous avons omis la prise de mesure 21 puisqu'elle représentait une donnée extrême pour chaque indice (valeur de 10). Concernant l'intensité de l'humeur dépressive, le Tau-U n'indique aucune différence significative entre la ligne de base et la phase de traitement (Tau-U = 0,03, $p = 0,89$). Entre l'intervention et le mois sans traitement, on note une augmentation dans la sévérité de 25 % des données sur l'humeur, ce qui n'est toutefois pas significatif (Tau-U= 0,25, $p = 0,46$). Au niveau de la perte d'intérêt, 23 % des données aurait connu une amélioration dans la phase de traitement, sans correspondre à un changement statistiquement significatif (Tau-U = -0,2308, $p = 0,43$). Aussi, la

différence entre les données prises lors de l'intervention et durant le mois suivant la thérapie indique une baisse, encore une fois non significative ($Tau-U = -0,096$, $p = 0,77$). Plusieurs évènements vécus hebdomadairement, dont des périodes d'hospitalisation, pourraient se refléter par une augmentation de l'humeur dépressive et d'une baisse d'intérêt dans la mesure continue. La mesure continue pourrait donc avoir été plus sensible au quotidien de la participante, contrairement à la CSDD et à la DMAS, deux mesures prises de manière plus ponctuelle. De plus, la mesure continue était la seule prise au téléphone. Étant donné que P1 vivait régulièrement des périodes de confusion, il est plausible que cette modalité ait été confondante pour elle et que cela ait favorisé une évaluation très changeante de son humeur.

Participante 2

P2 était une femme de 87 ans. Cette dernière était veuve depuis une dizaine d'années et avait cinq enfants. Sa médication était composée d'un antidépresseur et d'un inhibiteur de la cholinestérase. Elle avait emménagé dans un établissement pour personne semi-autonome deux ans auparavant. Cette décision aurait été prise avec ses enfants puisqu'elle perdait de l'autonomie en lien avec ses pertes de mémoire plus fréquentes. P2 aurait alors choisi de rejoindre sa sœur à sa résidence. Les symptômes dépressifs seraient apparus suite au décès de cette sœur. P2 a été rencontrée par la thérapeute environ un an après le décès de cette dernière. P2 démontrait alors une tristesse intense, une perte d'intérêt pour ses activités, un pessimisme pour son avenir et des idées noires. Les symptômes dépressifs furent décrits par sa famille, car il était très

difficile pour cette dernière de se dire souffrante en début de traitement. De plus, P2 se disait consciente de ses pertes de mémoire, mais nous disait ne pas s'en inquiéter et se considérer mieux que la plupart des gens qui habitaient la résidence. Les données concernant le profil neuropsychologique et les symptômes dépressifs de P2, avant le début de l'intervention, sont présentées au Tableau 4. Elles confirment qu'elle présentait un profil cognitif correspondant à la présence d'un TNMA (MMSE, DRS) en début d'évolution, ainsi qu'un nombre significatif de symptômes dépressifs (NIMH-dAD). Sa consommation de médicaments était stable depuis plus de deux mois au début de l'étude et elle n'avait jamais eu de suivi en psychologie.

Tableau 4

Résultats de P2 au dépistage de symptômes dépressifs et aux tests neuropsychologiques

Nbr critère diagnostic du NIMH-dAD Olin et al., 2002a	4*
MMSE (total /30)	21**
Dementia Rating Scale (total /144)	101**
Attention (total /37)	37
Initiation (total /37)	17**
Construction (total /6)	5
Concepts (total /39)	30**
Memory (total /25)	12**

* Seuil minimal des critères diagnostiques de la dépression en cours d'un TNMA atteints (Olin et al, 2000)

** Significativement plus bas que ce qui est attendu selon l'âge et le niveau de scolarité de la participante.

Anamnèse. P2 est la dernière d'une famille de 10 enfants. Elle nous a décrit un milieu aimant, mais peu ouvert aux émotions négatives. P2 aurait complété un parcours scolaire impeccable avant de se diriger vers l'enseignement. Elle aurait enseigné quelques années dans des écoles rurales du Québec. P2 décrit cette période comme particulièrement joyeuse et valorisante. Elle aurait apprécié quitter le milieu familial pour s'intégrer dans d'autres petites communautés. P2 aurait ensuite fondé sa famille avec un ami de sa fratrie. Elle décrivait une vie de famille active et divisée entre ses tâches à la maison et son emploi de trésorière pour la municipalité. Lorsque les enfants ont quitté la maison, P2 aurait vécu plus de la moitié de l'année à l'extérieur du pays avec son mari.

Historique du suivi. La demande de suivi a été amorcée par la fille de P2. Sa fille nous informa rapidement que les symptômes dépressifs étaient beaucoup moins élevés qu'il y a un an, mais que le projet pourrait, selon elle, soutenir le rétablissement. P2 se disait d'accord avec sa participation et affirmait être ravie que quelqu'un vienne lui rendre visite « pour parler d'elle ». Il fut alors convenu que notre cible de travail serait le deuil de sa sœur, comme illustré dans l'extrait 6 :

Encadré 6.

- Thérapeute : Trouvez-vous cela dur depuis qu'elle est décédée votre sœur?
- P2 : *Cela fait longtemps...*
- Thérapeute : Certaines personnes trouvent parfois que la perte est toujours aussi douloureuse même si le temps passe...

- P2 : *Ho oui c'est encore dure! Nous étions ici dans la maison même... il n'y a qu'avec elle que j'ai été dans la maison ici.*
- Thérapeute : Vous avez passé beaucoup de temps avec elle dans les dernières années...
- P2 : *Oui. Moi j'étais plus vieille. Mais comme j'avais plus d'instruction qu'elle, j'avais mon cours complet et supplémentaire. Cela a été très difficile. Nous avons nos deux chambres dans ce coin ici. J'étais toujours chez elle et elle toujours ici. Cela a été bien dur et c'est encore dur... Je me disais souvent, je vais aller voir ma sœur elle va me dire comment faire*
- Thérapeute : Elle vous aidait comment votre sœur?
- P2 : *Elle retrouvait des choses que je perdais. J'aimerais encore lui parler... je m'ennuie d'elle. Regarde elle est sur cette photo, la c'est mon mari... mon autre sœur....*
- Thérapeute : Cela fait beaucoup de gens qui sont décédés autour de vous dans les dernières années...
- P2 : *Oh oui! Mes parents aussi!*
- Thérapeute : Aujourd'hui j'apprends à vous connaître et le but c'est aussi de pouvoir identifier des choses qui sont encore souffrantes pour vous et que nous pourrions aborder ensemble. J'ai l'impression que le décès de votre sœur pourrait faire partie de cela...
- P2 : *Oh oui. Elle était fragile au point de vue de la santé...*

Les cinq premières séances furent axées sur un bref survol de l'histoire de P2, de son quotidien et de ses objectifs de traitement. Il ressorti rapidement que P2 décrivait son passé comme idéal et sans embûche. Elle parlait longuement de ses années comme enseignante dans une école de rang et de ses nombreuses qualités mises en valeur par ce métier. Il y avait peu de place et de reconnaissance de certaines émotions négatives

passées, comme actuelles. Dans le respect du modèle, le travail thérapeutique fut donc axé sur cette présentation sans faille qu'elle donnait à son entourage et qui semblait se reproduire en séance et faire obstacle au travail de deuil. L'extrait 7 illustre ses propos :

Encadré 7.

- Thérapeute : Vous dites que votre sourire c'est une marque de commerce pour vous?
- P2 : *Oui! je ne bourrasse jamais personne. Depuis toujours.*
- Thérapeute : Est-ce qu'il a des périodes que c'est plus difficile pour vous de garder ce sourire devant les gens?
- P2 : *Dans mon bain. Quand on est seule et qu'on a un problème... ou que quelqu'un de la famille a un problème. On n'est pas pour sourire jusqu'aux oreilles! Mais je ne suis pas une personne qui parle de misère et de bobos... y'en a qui ont toujours des bobos! J'ai mal aux dents j'ai mal au pied... cela me tanne! De bord je ne peux pas l'endurer pour toi! Et je ne peux rien faire!*
- Thérapeute : Donc pour vous de parler de ce qui est difficile cela ne fait pas beaucoup de sens ...
- P2 : *Parle en pas cela ne fera pas mal! Tu y penseras pas .Parle d'autres choses! Je suis compatissante, mais pas trop.*
- Thérapeute : Seulement les bobos physiques ou aussi ce qui est dur moralement qu'on devrait ne pas trop en parler selon vous?
- P2 : *Non mais il y en a qui raconte leur accouchement! Et la je demande, as-tu fini par l'avoir ce bébé là! Y'en a qui me trouvait pas drôle...*

Au niveau contre-transférentiel, la thérapeute avait parfois l'impression d'être sur les bancs d'école. P2 semblait prendre un rôle « d'enseignante » en demandant régulièrement si la thérapeute connaissait un sujet précis et semblait grandement apprécier de lui parler de certaines de ses expertises en détail. De plus, la tendance de cette dernière de mettre de l'avant l'idéalisation et l'isolation de l'affect rendait parfois les séances plus longues et monotones. En ce début de processus, il semblait donc que

P2 voulait conserver une certaine image d'elle-même. Cependant, certains évènements extérieurs semblaient parfois créer un vacillement de cette image et permettaient alors à la thérapeute d'en apprendre plus sur sa perception de la souffrance. L'extrait 8 présente une discussion qui a eu lieu à son retour d'une hospitalisation de deux semaines :

Encadré 8.

- P2 : *Je ne suis pas une personne malade.*
- Thérapeute : Vous avez l'air de vous définir avec cette caractéristique
- P2 : *Oui! je ne suis pas quelqu'un de malade*
- Thérapeute : J'ai l'impression que c'est dans votre personnalité, que c'est important pour vous de...
- P2 : (coupe la parole) *faire bonne figure.*
- Thérapeute : Cela ne doit pas laisser beaucoup de place à une partie de vous qui peut parfois être malade ou moins bien aller...
- P2 : *Non. Mais ma fille semble le deviner parfois.*
- Thérapeute : Comment elle fait votre fille? C'est quoi les indices qui peuvent nous dire que vous allez moins bien?
- P2 : *Je fais la baboune , je suis grognon et je ne parle pas. C'est rare, d'habitude cela ne paraît pas.*
- Thérapeute : Est-ce que c'est important pour vous que les autres ne voient pas que vous allez moins bien?
- P2 : *Oui, on ne va pas les tanner avec cela.*
- Thérapeute : Vous auriez l'impression de tanner les gens?
- P2 : *Les autres vont être inquiets, ils vont retourner chez eux et se dire... elle ne va pas bien.*
- Thérapeute : Est-ce que cela est déjà arrivé que des gens s'inquiètent pour vous?
- P2 : *Moi je n'inquiète pas les gens. Tout de même que je suis souffrante, de le dire ça n'apporte pas plus. Il n'y a personne qui peut le porter pour moi.*
- Thérapeute : Vous avez l'impression que cela ne changerait pas grand-chose...
- P2 : *Même si je dis que j'ai mal au cœur... si tu as d'affaires à vomir, c'est toi qui va vomir c'est ne pas l'autre. C'est un exemple cela peut-être bien d'autre chose... tu peux partager jusqu'à un certain point.*

Cet extrait met en lumière la croyance de P2 qu'il ne faut pas parler des choses négatives aux autres pour ne pas devenir un fardeau dans ses relations. Par la suite, la reproduction de cette attitude en séance a aussi été abordée, mais cette possibilité n'a pas été reconnue par cette dernière. Nous pouvons penser que cette interprétation est venue trop tôt dans le processus et que P2 n'était pas encore suffisamment à l'aise dans la relation pour se permettre d'admettre une telle réalité. Se permettre de réfléchir à cette suggestion aurait alors possiblement signifié pour elle d'accepter une certaine vulnérabilité et d'affronter sa peur de perdre ses relations.

Au fil de la séance 5 jusqu'à la 10^e, il semblait qu'un certain sentiment de familiarité s'était installé. P2 nous offrait de prendre son divan, venait nous reconduire à l'ascenseur «comme de la visite» et nous a présenté à des visiteurs comme son intervenante qu'elle voyait plusieurs fois par semaine. Le décès de sa sœur a aussi été abordé de manière plus spontanée et régulière par cette dernière. Rapidement durant l'entrevue P2 mentionnait cette sœur en nous présentant un objet qu'elle lui avait donné ou en la mentionnant dans une anecdote. Conformément au modèle, la thérapeute creusait alors le sujet sans l'imposer afin d'explorer le deuil qui nous semblait problématique chez cette dernière. Ces interventions ont ainsi permis à cette dernière de nous raconter les instants précédents le décès de sa sœur et la satisfaction qu'elle avait de l'avoir accompagné dans la mort. Elle nous disait aussi les choses qui lui manquaient de cette sœur comme la possibilité de parler de son enfance et des choses du quotidien.

Ce rôle de confidente que sa sœur tenait semblait maintenant être celui de la thérapeute lorsqu'elle racontait son rôle d'enseignante et ses histoires plus idéalisées.

À la fin de la 10^e séance, alors que nous notions le prochain rendez-vous sur le calendrier, P2 nous a dit en riant qu'elle pensait que nous avions un couteau dans les mains. Cette illusion visuelle pourrait symboliquement témoigner de la crainte que P2 percevait envers la psychothérapie et le côté dangereux que cela peut avoir pour elle de révéler certaine partie d'elle-même. Plus tard, en abordant cette vision de la psychothérapie, P2 a affirmé qu'elle aimait que la psychothérapeute ne soit pas «blette» comme une tante qui lui demandait souvent pourquoi elle était devenue une enseignante. Ce qui semble ressortir de cette comparaison est que P2 appréciait l'écoute et le soutien de la thérapeute et qu'elle redoutait peut-être de se faire remettre en question et déstabilisée sur ses choix de vie. Il semble donc qu'une approche utilisant les associations libres au fil des rencontres a été bénéfique pour P2 et que la prescription du modèle d'éviter les confrontations de déni des participants ait prouvé son bien fondé avec cette participante. D'ailleurs, il nous semble effectivement souhaitable avec une clientèle qui pourrait avoir oublié explicitement comment gérer des émotions très négatives d'être un peu plus prudent dans nos interventions.

Cette approche semble avoir porté fruit puisque la onzième séance a été une étape marquante dans le travail de deuil auprès de P2. Au fil des associations, P2 a abordé la mort d'une sœur aînée alors qu'elle avait 10 ans. P2 rapportait avoir été très

marquée par cette mort tragique et part la réaction de sa famille. L'encadré 9 rapporte des propos significatifs :

Encadré 9.

- Thérapeute : Comment elle a vécu son deuil votre mère?
- P2 : *Elle ne s'en est jamais vraiment remise. Les plus vieux aimaient cela en parler, en parler et en reparler. Nous les plus jeunes ont été conscient, mais on avait l'âge de passer à autre chose. On en parlait aussi... mais il paraît qu'elle me ressemblait. C'est quelque chose pour des parents de perdre une fille de 22 ans. Elle a été pour étendre du linge où elle travaillait et la corde à lâcher.*
- Thérapeute : Vous dites que vous y ressembliez beaucoup...
- P2 : *Oh oui! Dans ce temps-là, il exposait à la maison... les gens cherchaient dans la gang qui lui ressemblait et c'était moi.*
- Thérapeute : C'était comment pour vous?
- P2 : *Dure... les grandes avaient chacune une petite pour la chouchouter. Et elle, c'était la mienne.*
- Thérapeute : Qu'est-ce qui vous a manqué le plus d'elle?
- P2 : *Quand je passe dans la rue de l'hôpital, j'y pense encore puisqu'elle criait... les os tout fracassés. Mais je n'en parle pas de cela d'habitude.*
- Thérapeute : Les pertes et les deuils, vous n'en parlez habituellement pas...
- P2 : *Non.*
- Thérapeute : Vous vivez cela de l'intérieur sans beaucoup partagez... cela n'a pas dû être évident pour une petite fille de 10 ans de faire du sens toute seule
- P2 : *Non...*
- Thérapeute : Cela me fait penser lorsque nous parlions de votre autre sœur qui est décédée il y a 2 ans. Est-ce que c'était comme cela aussi pour elle, vous n'osiez pas en parler beaucoup?
- P2 : *Elle c'était normal... l'autre elle était jeune. Quand on la vu elle avait toute la tête cassée. Enroulé avec du coton absorbant. À ce moment-là, j'étais petite. À 10 ans c'était difficile. Ma mère était une personne qui aimait vivre et revivre les deuils. Cela je ne trouvais pas cela bon. Quand j'ai grandi, je me suis dit : ce n'est pas nécessaire de creuser pour avoir plus de peine. Je me suis dit que cela ne serait pas tjrs notre sujet de conversation*
- Thérapeute : Vous avez pris la décision de ne pas faire comme votre mère...
- P2 : *Les deuils je les vivais pour moi.*
- Thérapeute : Est-ce que vous vous êtes empêché d'en parler parfois?
- P2 : *On en parlait. Faut parler d'autre chose... sinon on devient cinglé.*
- Thérapeute : Votre image est forte...
- P2 : *Je me suis dit : elle est au paradis, pourquoi je torturerais les autres. J'en ai parlé puisque tu en as parlé, jamais que je ne vais aborder cela!*
- Thérapeute : Vous avez l'impression de torturer les autres en parlant de cela?
- P2 : *Oui. Au début j'en parlais, mais à un moment c'est cruel. C'est très difficile à vivre...*

Cet extrait fournit plusieurs pistes de compréhension pour comprendre la difficulté de P2 à vivre des deuils. Il semble que le deuil récent de sa sœur ait fait émerger des pensées et des émotions reliées au deuil de sa sœur aînée. Il apparaît que le contexte familial ait été très axé sur la perte en laissant les enfants à eu même. De plus, P2 nous dit que sa mère s'est éteinte à partir de ce moment, la laissant avec une mère déprimée et blessée. Il se pourrait donc que P2 ait associé l'expression de la perte à quelque chose de très menaçant. Les séances finales ont été marquées par l'annonce de la fin du processus thérapeutique. P2 s'est dite surprise que le processus ait déjà pris fin et qu'elle « en tirait que du bien d'avoir parlé d'elle et de son enfance ». Après l'annonce de la fin, P2 a abordé des thèmes axés davantage sur ses capacités lorsqu'elle était enfant et sur la valorisation de ses bonnes notes par ses parents. Il semblerait que tout comme au début, l'image qu'elle voulait conserver et valoriser était celle d'une dame qui va très bien et est compétente. La dernière séance fut écourtée puisque P2 était souffrante et au lit. En nous voyant arriver pour cette séance, cette dernière a affirmé que « Ça adonne mal... cela ne m'arrive pas normalement de manquer un contrat ». Elle avait l'impression que la maladie l'empêchait de bien finir le processus. Il est intéressant de prendre cette image et de l'appliquer à l'ensemble du processus. Comme si ses résistances avaient permis une certaine ouverture, mais que la durée ou l'importante de son image intacte aurait empêché le travail complet de deuil.

Résultats aux instruments de mesure. L'impact de l'intervention sur les symptômes dépressifs a d'abord été observé à l'aide des résultats obtenus à la CSDD, présentés au Tableau 5. La première évaluation indiquait que P2 jugeait ne pas avoir de symptômes dépressifs significatifs (5) alors que son proche aidant suspectait une dépression mineure (11). Au niveau des critères d'inclusion, nous avons jugé que la P2 serait tout de même admissible, puisque son proche trouvait que son humeur était significativement déprimée et plusieurs facteurs ont pu influencer ses réponses comme le fait de devoir exposer ses symptômes dépressifs devant un étranger ou sa capacité à s'observer. La résistance observée durant le processus thérapeutique semble confirmer cette hypothèse. Au niveau de la seconde évaluation, P2 a obtenu un résultat (9) évoquant des symptômes dépressifs, tandis que son proche indiquait ne plus voir de signes de dépression (1). Ce changement de perception marqué chez P2 à la fin du processus tient possiblement au fait que madame a été hospitalisée suite à une intoxication alimentaire peu de temps avant la fin du processus et passait plusieurs journées dans son lit. Bien que cela ait pu jouer sur son humeur, il semble que sa fille ne constate pas cet effet. Il est possible par ailleurs que cette dernière ait réagi à la fin de la psychothérapie et que notre évaluation ait donc été grandement influencée par le moment de la prise de mesure. Enfin, il serait aussi plausible de penser que la psychothérapie ait mis en lumière certaines émotions qui étaient niées au début du traitement. Le suivi un mois plus tard indique cette fois une absence de symptômes dépressifs (3, 0) selon la participante et sa fille. Il semble donc que le processus thérapeutique ait pu entraîner une hausse momentanée de la conscience et de la

perception de la gravité des symptômes dépressifs pour P2, mais que cela pourrait avoir eu un effet apaisant à plus long terme.

Tableau 5

Résultats obtenus pour P2 à l'échelle du CSDD pour chaque temps de mesure

	Pré-traitement	Post-traitement	Suivi un mois
P2	5*	9*	3*
Proche	11	1*	0*

* correspondant à un score non clinique (< 10).

Les résultats obtenus à la DMAS sont résumés au Tableau 6. P2 a rapporté une augmentation de 23,6 % au niveau de l'intensité des symptômes dépressifs entre la première et la deuxième évaluation. Par contre, sa fille a observé une baisse de 22,1 % des symptômes entre les deux temps de mesure, ce qui correspond à une diminution significative. À la mesure finale, P2 a jugé que l'intensité avait baissé de 11,8 % tandis que sa fille remarquait une baisse supplémentaire de 4,4 %. Les résultats de cette mesure semblent encore une fois confirmer l'hypothèse selon laquelle la psychothérapie aurait momentanément ébranlé la résistance de P2 devant ses symptômes dépressifs et aurait eu pour effet d'être plus présents dans un premier temps. Par la suite, P2 semble noter un soulagement des symptômes. Ce processus ne semble pas en vain puisque sa fille note une amélioration des symptômes dépressifs de sa mère durant le processus. Il serait donc possible que le fait d'être en contact avec sa souffrance lui ait permis de se dégager d'une partie de celle-ci par la suite.

Tableau 6

Indice de sévérité du DMAS de P2 et fluctuation entre chaque temps de mesure (%)

	Pré- traitement (T1)	Post- traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi 1 mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation total (T1- T3)
P.3	2,9	26,5	23,6	11,8	11,8	8,9
Proche	35,3	13,2	22,1	8,8	4,4	26,5

Les résultats obtenus à la mesure de la qualité de vie (DQoL) sont présentés au Tableau 7. Entre le premier temps de mesure et le deuxième, les résultats indiquent une hausse pour chacun des domaines (estime de soi (3,4 %), affects positifs (20 %), sentiment d'appartenance (26,6 %), sens esthétique (20%) et des affects négatifs (27,3 %). À la mesure finale, une hausse est encore observée au niveau des affects positifs (3,3 %) et l'estime de soi reste stable. Le sentiment d'appartenance (13,3 %) le sens de l'esthétisme (16 %) et les affects négatifs (1,8%) connaissent cette fois une baisse. Si nous comparons les résultats de cette échelle à ceux obtenus à la CSDD et à la DMAS, il semble que l'augmentation des affects négatifs (27,3) entre le premier temps de mesure et le post-traitement arrive simultanément avec l'augmentation des symptômes dépressifs observés par P2. Ainsi, bien tous les autres domaines mesurés par le DQoL ait obtenus un meilleur score, ceux-ci ne semblent pas avoir un aussi gros impact sur les symptômes dépressifs. Cependant, la fille de P2 ne semble pas avoir observé le même phénomène et note plutôt une amélioration immédiate des symptômes dépressifs aux deux mesures utilisées. P2 a confié à plusieurs reprises ne pas vouloir inquiéter ses

proches avec ses émotions négatives, ce qui peut expliquer la vision très différente de sa fille. Par contre, elle nous a aussi dit que sa fille semblait parfois la deviner et la connaître très bien. Nous pourrions donc expliquer cette différence par l'hypothèse que P2 se sentait plus en contact avec ses sentiments dépressifs suite à nos séances de psychothérapie, mais que l'entourage observait plutôt un soulagement dans son quotidien.

Tableau 7

Fluctuation de l'indice de qualité de vie (DQoL) de P2 entre chaque temps de mesure (%)

	Pré- traitement (T1)	Post- traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi 1 mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation total (T1- T3)
Estime de soi /20	86,6	90,0	3,4	90,0	0,0	3,4
Affects positifs /30	73,3	93,3	20,0	96,6	3,3	23,3
Sentiment appartenance /15	60,0	86,6	26,6	73,3	13,3	13,3
Sens esthétique /25	52,0	72,0	20,0	56,0	16,0	4,0
Affects négatifs /55	29,0	56,3	27,3	54,5	1,8	25,5

Enfin, les résultats obtenus à la mesure continue ont été analysés par la représentation graphique et l'inspection visuelle des données, ainsi que par l'analyse statistique Tau-U. La Figure 2 fait état des fluctuations au niveau de l'humeur et de la perte

d'intérêt. Au niveau de l'humeur, le Tau-U indique qu'il y a une augmentation de la sévérité pour 17,5 % des données, ce qui n'est cependant pas significatif (Tau-U = 0,1750, $p > 0.05$). En utilisant l'analyse visuelle, il semble que cette augmentation est due à un évènement isolé qui a eu lieu à la 12^e prise de mesure. La hausse correspond à une hospitalisation pour une bronchite dont aurait été victime P2. En comparant le traitement et le post-traitement, le Tau-U indique une baisse non significative de 16,7 % des données (Tau-U = -0,1667, $p > 0.05$). Même si cette baisse a été annulée par l'hospitalisation, il semble tout de même juste de souligner que les données semblaient connaître une baisse d'intensité. Les résultats semblent suivre la même tendance pour la perte d'intérêt, marquant une hausse non significative de 48,3 % entre la ligne de base et le traitement (Tau-u = 0,4833, $p > 0.05$) et une baisse non significative de 43 % entre la phase de traitement et le post-traitement (Tau-U = -0,4333, $p > 0.05$).

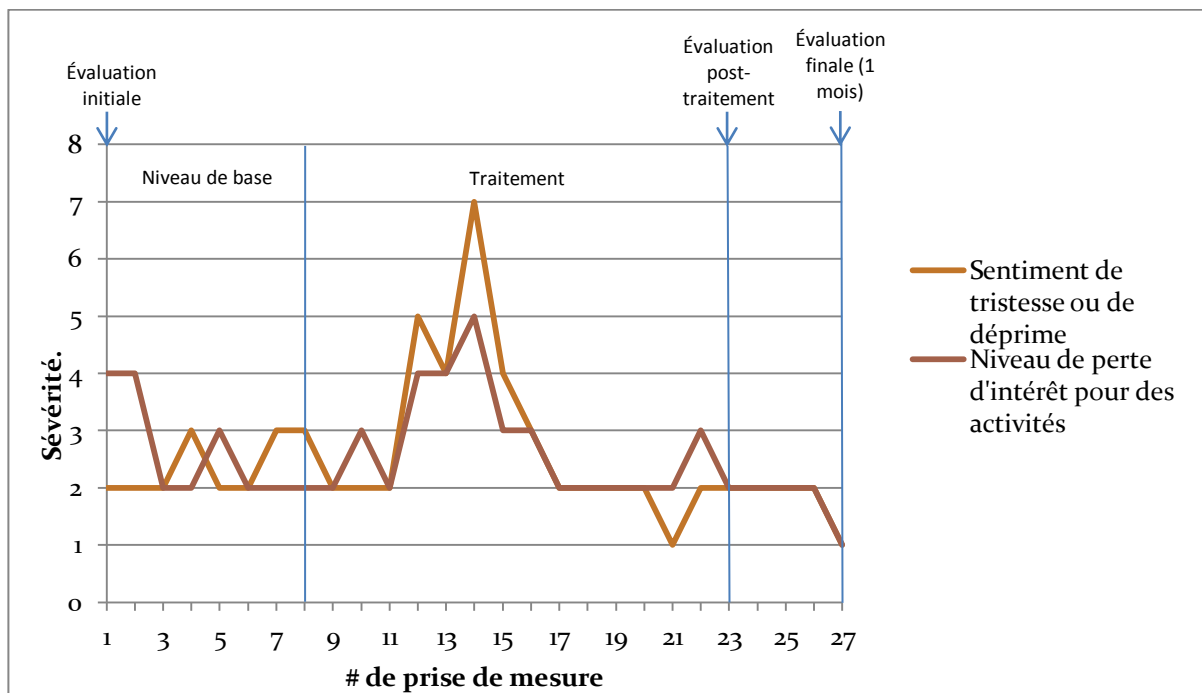


Figure 2. Résultats de P2 aux mesures continues obtenus à chacune des semaines de l'expérimentation.

Participant 3

P3 était une femme âgée de 80 ans au moment de l'expérimentation. Elle était veuve depuis une vingtaine d'années et était mère de trois enfants. Sa médication était composée d'un antidépresseur et d'un inhibiteur de la cholinestérase depuis un an. P3 avait emménagé dans une résidence pour personnes semi-autonomes suite à un diagnostic de TNMA, reçu un an auparavant. Ce déménagement avait été initié par son fils qui trouvait que sa mère ne pouvait plus habiter seule avec ses nombreuses pertes de mémoire et son incapacité à prendre soin d'elle-même au quotidien. Selon P3, l'apparition des symptômes dépressifs concordait avec son arrivée dans ce nouveau

milieu. Elle conceptualisait sa problématique comme un refus de vivre dans le milieu qui lui avait été imposé. P3 se plaignait régulièrement du secteur, disant qu'il n'y aurait pas de vie et qu'elle s'ennuyait de son ancien quartier. Concernant les pertes de mémoire et la confusion, P3 disait en être consciente, mais trouver que cela n'était pas extraordinaire pour son âge. Bien que ce diagnostic lui ait souvent été répété, P3 pensait qu'il s'agissait seulement d'un épisode isolé et qu'elle était maintenant rétablie. Les données concernant le profil neuropsychologique et les symptômes dépressifs de P3, avant le début de l'intervention, sont présentées au Tableau 8. Elles confirment qu'elle présentait un profil cognitif correspondant à la présence d'un TNMA (MMSE, DRS) en début d'évolution, ainsi qu'un nombre significatif de symptômes dépressifs (NIMH-dAD). Sa consommation de médicaments était stable depuis plus de deux mois au début de l'étude et elle n'avait jamais eu de suivi en psychologie.

Tableau 8

Résultats de P3 au dépistage des symptômes dépressifs et aux tests neuropsychologiques

Nbr critère diagnostique du NIMH-dAD	4*
Olin et al., 2002a	
MMSE (total /30)	18**
Dementia Rating Scale (total /144)	100**
Attention (total /37)	35
Initiation (total /37)	15**
Construction (total /6)	5
Concepts (total /39)	28**
Memory (total /25)	11**

* *Seuil minimal des critères diagnostics de la dépression en cours d'un TNMA atteints (Olin et al, 2000)*

** *Significativement plus bas que ce qui est attendu selon l'âge et le niveau de scolarité de la participante.*

Anamnèse. P3 était l'avant-dernière d'une famille de 9 filles et 3 garçons. Elle aurait perdu son père à cinq ans, suite à un accident de travail. Sa mère était débordée par les responsabilités et aurait donc demandé aux enfants de travailler très tôt. P3 rapportait avoir vécu dans un milieu chaleureux et soutenant. Elle aurait rapidement commencé sa carrière dans la vente au détail et aurait marié un ami de la famille qu'elle connaissait depuis des années. Elle aurait eu deux enfants par la suite et aurait continué de travailler à plusieurs endroits comme vendeuse. Son conjoint serait décédé vers l'âge de 50 ans. P3 aurait alors emménagé dans un bloc appartement appartenant à sa famille. Elle se décrivait comme une femme très active à l'époque, qui voyageait beaucoup et qui profitait des activités de son quartier avec ses sœurs.

Histoire du suivi. La demande de suivi a été initiée par la fille de P3. Elle mentionnait être tout de même septique en début de suivi, se demandant si sa mère pourrait bénéficier d'une telle approche vu son état cognitif. Pour sa part, P3 se disait ravie d'avoir de la visite et de pouvoir parler avec la thérapeute. Un accord a vite été conclu concernant le thème que P3 voulait aborder durant nos rencontres. Plusieurs fois par rencontre, P3 disait ne pas aimer son nouveau milieu de vie et vouloir retourner vivre dans son ancien appartement. L'encadré 10 illustre son discours sur ce thème et le travail préliminaire d'exploration réalisé pour bien connaître ce qui avait de l'importance aux yeux de P3:

Encadré 10.

- *Thérapeute : Vous aimeriez retourner dans votre logement, mais votre garçon ne semble pas être de votre avis*
- *P3 : Non il faudrait que je lui en parle. Je ne sais pas...*
- *Thérapeute : Est-ce que cela revient souvent pour vous? Y pensez-vous souvent à votre ancien appartement*
- *P3 : Oh oui. Ici on est loin de tout. Les magasins sont loin... tout est loin. Avant je faisais mes commissions... mon ménage... j'avais juste quelque escaliers à monter. Je suis tombée malade il n'y a pas longtemps moi... je ne faisais pas de cas où il m'amenait ... avant je pouvais prendre l'autobus ...je serais capable de retourner ou j'étais avant*
- *Thérapeute : Vous aviez plus de liberté avant?*
- *P3 : Oui!*
- *Thérapeute : Je pense que vous êtes une personne pour qui être active est très important...*
- *P3 : Oui oui ... quand tu le sais que tu es pas malade tu as moins peur. Moi je suis allée en Chine, Égypte et Inde, j'ai fait tout cela... la mer Morte... ce qu'on appelle la mer Rouge... on se demandait pourquoi cela s'appelait comme cela, le chauffeur nous a dit que c'était les feuilles rouges qui reflétaient sur l'eau (rire) c'est cela qui nous disait! On est sortie de l'autobus et nous avons dit : ha c'est vrai les arbres sont tout rouges!*

Les cinq premières rencontres ont donc permis d'observer le point de vu de P3 sur ce qui pourrait rendre son humeur dépressive. P3 semblait souvent surprise de voir la thérapeute, mais à partir de la troisième visite, elle proposait toujours à celle-ci de prendre une chaise et de s'asseoir en face d'elle pour parler. Lors des échanges, P3 racontait plusieurs anecdotes de voyage, possiblement par nostalgie, mais aussi en raison de ce qui nous semblait être le désir de démontrer ses capacités et sa débrouillardise.

Elle nommait aussi se sentir très seule dans l'adaptation à sa nouvelle résidence et qu'elle ne voulait pas nommer cette difficulté à son fils.

C'est au fil des rencontres qu'il est devenu clair que P3 ne reconnaissait pas ses déficits cognitifs. Cette dernière pensait avoir attrapé un virus lors d'un voyage et que cela expliquait l'époque à laquelle elle avait été souffrante et que ses enfants ont dû l'aider à déménager. Après vérification auprès du proche aidant, le diagnostic lui avait été expliqué par son médecin à plusieurs reprises, mais P3 refusait catégoriquement d'accepter cette explication. Elle disait souvent avoir des trous de mémoire, mais ne pas s'inquiéter puisqu'elle était vieillissante. Une hypothèse durant ce suivi était que P3 souffrait d'anosognosie. Ainsi, madame reconnaissait que sa mémoire lui causait parfois défaut, mais affirmait constamment que cela était normal et aucunement lié à sa venue en maison pour personnes semi-autonomes. Elle croyait être autonome à 100 % et pouvoir assumer toutes les tâches de la maison. La vision de son fils était très différente, ce dernier ayant participé au déménagement de sa mère puisqu'elle n'était plus capable de faire ses courses, ses repas et son ménage.

Les séances 5 à 10 furent marquées par des évènements qui ont bouleversé P3 et le travail de ses émotions en séance. Ainsi, le travail a été orienté par les sujets qui avaient une répercussion actuelle sur sa vie. Premièrement, P3 a été très en colère et attristé après que sa belle fille lui aurait mal coupé les cheveux. Elle rapportait vivre de la tristesse et de la colère envers un geste qu'elle interprétait comme prémédité. P3 disait

se trouver très vieille dans son miroir et avoir de la difficulté à se mêler aux autres résidents. Cet évènement a permis à cette dernière de parler de la colère qu'elle pouvait parfois ressentir envers ses enfants. Elle se sentait mise de côté par son fils, et entretenait une certaine rancune puisque sa fille habitait maintenant dans son ancienne maison. Durant cette période, P3 a aussi vécu la perte d'une sœur, ce qui a permis d'aborder son malaise devant les émotions négatives, comme illustré dans l'encadré 11 :

Encadré 11.

- P3 : *Ha je ne me rappelle plus... j'ai manqué un bout... je suis fatiguée ses temps ci avec cette affaire là.*
- *Thérapeute : Vous vous sentez moins bien ces temps ci?*
- P3 : *Ben là avec ce qui se passe... la famille là...*
- *Thérapeute : Comment vous décririez votre état... triste, inquiète?*
- P3 : *C'est des affaires qui nous rendent triste, mais moi j'essaie de les cacher un peu aussi là...*
- *Thérapeute : ha oui les cacher...*
- P3 : *Ben des fois... quand cela marche pas j'aime mieux ne pas en parler trop trop.*
- *Thérapeute : Pourquoi c'est votre réflexe selon vous?*
- P3 : *Je ne sais pas. Regardez c'est toute mes affaires d'Egypte ici ... j'ai tout cela moi. J'ai 10 livres comment cela moi, je les collectionne. Regarder le plan du Nile, j'ai voyagé moi, j'en ai vu des affaires (rires). C'est pour cela que je trouve cela dur ici.*
- *Thérapeute : Avant de me montrer vos souvenirs vous étiez en train de me dire que ce n'est pas toujours facile pour vous de parler de choses difficiles...*
- P3 : *C'est la Grèce. Regardez cette statue (rire)*
- *Thérapeute : J'ai l'impression que ce n'est pas facile d'en parler même en ce moment...*
- P3 : *Je vais ramasser tout cela plus tard!*

Dans cet extrait, P3 affirme qu'elle essaie généralement de cacher ses émotions négatives, mais qu'elle y arrive difficilement avec la mort de sa sœur. Elle semble par la suite utiliser les voyages pour changer de sujet et mettre la lumière vers quelque chose

qui est plus acceptable pour elle, comme observé dans les autres séances par la thérapeute. Elle semble démontrer son habitude à éviter les sujets difficiles pour continuer, ce qui pourrait avoir causé les symptômes dépressifs lors de son déménagement au moment de recevoir le diagnostic de TNMA. Il semble alors que le clivage et l'idéalisation occupent une place importante dans la dynamique de P3. Les symptômes dépressifs arriveraient lorsqu'elle connaît un trop-plein d'émotions et que les mécanismes habituels ne sont plus suffisants. Au niveau du contre-transfert, cela serait aussi plausible puisque la thérapeute pouvait se sentir déconnectée et s'ennuyer à force d'entendre les mêmes histoires de voyage racontées de manière très enjolivée. Cet aspect doit aussi être nuancé par les atteintes cognitives de P3 qui pouvaient certainement l'amener à aborder les mêmes thèmes de manière récurrente.

Les 5 dernières séances ont été marquées par l'annonce de la fin, ce à quoi P3 a simplement répondu « déjà! » C'est aussi à partir de ce moment qu'elle a commencé à demander à la thérapeute si elle la trouvait plate et ennuyante. Ceci pourrait être vu comme une réaction au départ imminent de la thérapeute et ainsi constituer une réaction devant la fin du processus. P3 commença aussi à demander si elle avait déjà parlé de certains sujets. Comme si elle avait le vague souvenir d'avoir abordé certaines choses avec la thérapeute. Il peut être intéressant de lier l'impression de P3 avec les observations de la thérapeute et des proches que cette dernière était moins chargée émotionnellement et semblait plus dégelée et enthousiaste au quotidien qu'au début de la thérapie. Elle commençait aussi à avoir un discours plus nuancé sur son nouvel

appartement et parlait des activités qu'elle accomplissait avec ses voisins. Il semble donc que le travail d'exploration des émotions ait pu libérer cette dernière d'une certaine charge.

Résultats aux instruments de mesure. L'impact de l'intervention sur les symptômes dépressifs a d'abord été observé à l'aide des résultats obtenus à la CSDD, présentés au Tableau 9. La première évaluation indiquait que P3 et son proche aidant jugeaient qu'elle souffrait d'une dépression mineure (11, 10). À la deuxième évaluation, P3 a obtenu un score équivalent à l'absence de dépression (0) tandis que son fils lui a attribué un résultat évoquant toujours des symptômes dépressifs (6), mais dans une moindre mesure. Enfin, l'évaluation finale indique que P3 (0) et son proche aidant (5) jugent qu'il n'y a plus de signes de dépression. Il est intéressant de souligner que P3 juge que les symptômes dépressifs ont grandement diminués à l'intérieur d'un court intervalle de temps, alors que le proche semble avoir observé une diminution plutôt graduelle.

Tableau 9

Résultats obtenus pour P3 à l'échelle du CSDD pour chaque temps de mesure

	Pré-traitement	Post-traitement	Suivi un mois
P3	11	0*	0*
Proche	10	6*	5*

* Répondant, soit un score correspondant à un score non clinique (< 10).

Les résultats obtenus à la DMAS sont pour leur part résumés au Tableau 10. P3 a rapporté une amélioration de 51,5 % de la sévérité de ses symptômes dépressifs à la première évaluation, tandis que son fils a observé une amélioration de 30 %. Les deux résultats représentent une amélioration significative selon le seuil-critère établi. À la mesure finale, la participante a noté une amélioration supplémentaire de 10,3 %, tandis que son fils a remarqué une amélioration de 5,9 %.

Tableau 10

Indice de sévérité au DMAS de P3 et fluctuation entre chaque temps de mesure (%)

	Pré- traitement (T1)	Post- traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi 1 mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation total (T1- T3)
P 3	61,8	10,3	51,5	0,0	10,3	61,8
Proche	57,4	26,5	30,9	25	5,9	32,4

Les résultats obtenus à la mesure de la qualité de vie (DQoL) sont présentés au Tableau 11. Entre le premier et le deuxième temps de mesure, l'estime de soi est

demeuré stable, une baisse est observée au niveau des affects négatifs (15,6 %) ainsi qu'au niveau des affects positifs (10 %) tandis qu'une hausse est observée au niveau du sentiment d'appartenance (26,6 %) et du sens de l'esthétisme (24 %). La variation entre le deuxième et le dernier temps de mesure indique encore une fois une stabilité de l'estime de soi, une hausse des affects positifs (6,7 %), une baisse des affects négatifs (3,6 %), du sentiment d'appartenance (6,6 %) et du sens de l'esthétisme (16 %). Ces fluctuations sont contradictoires avec les mesures des symptômes dépressifs qui indiquent une amélioration continue suite à l'introduction du traitement. Les résultats sont représentés dans le Tableau 11. Cette mesure a semblé difficile à comprendre par P3. Bien que cette mesure inclus trois questions pour vérifier la compréhension du participant avant de commencer le test, il semble que cette dernière ait été confuse devant les énoncés et qu'elle répondait de manière aléatoire. Il se pourrait donc que les résultats ne représentent pas de manière fiable l'évolution de sa qualité de vie durant le traitement.

Tableau 11

Fluctuation de l'indice de qualité de vie (DQoL) de P3 entre chaque temps de mesure (%)

	Pré- traitement (T1)	Post- traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi 1 mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation total (T1- T3)
Score total /145	48,0	48,3	0,3	46,0	-2,7	-2,0
Estime de soi /20	65,0	65,0	0,0	65,0	0,0	0,0
Affects positifs /30	56,6	46,6	10,0	53,3	6,7	3,3
Sentiment appartenance /15	40,0	66,6	26,6	60,0	-6,6	20,0
Sens esthétique /25	52,0	76,0	24,0	60,0	-16,0	8,0
Affects négatifs /55	40,0	25,4	14,6	21,8	-3,6	18,2

Enfin, les résultats obtenus à la mesure continue ont été analysés par la présentation graphique et l'inspection visuelle des données, ainsi que par l'analyse statistique Tau-U. La Figure 3 fait état des fluctuations au niveau de l'humeur et de la perte d'intérêt. Il semblerait qu'il y ait une légère augmentation de l'humeur dépressive entre la ligne de base et la phase de traitement. Le Tau-U confirme cette augmentation de 20 % des données obtenus, mais n'obtient pas une différence significative (Tau-U = 0,20, $p > .05$). Par la suite, il semblerait que 20 % des données sur l'humeur connaissent une baisse dans le mois suivant la fin du traitement, ce qui n'est pas suffisant pour noter une différence statistique (Tau-U = -0,0200, $p > .05$). Au niveau de la perte d'intérêt, cette dernière

connait une hausse de 20 % avec le début de la thérapie, ce qui n'est cependant pas significatif (Tau-U = 0,20 , $p > 0.5$). Par la suite, il n'y aurait pas de différences significatives entre la phase de traitement et le mois suivant son arrêt (Tau-U = 0, $p > 0.5$). L'augmentation de l'humeur dépressive et de la perte d'intérêt semble s'installer de concert avec le début de la psychothérapie qui aurait pu provoquer une aggravation des symptômes. Il serait aussi plausible de penser que les rencontres permettaient à P3 de prendre conscience de ses émotions négatives, sans les créer. La deuxième hypothèse semble davantage plausible en considérant les résultats aux autres mesures qui indiquent plutôt une baisse des symptômes dépressifs. Il est aussi important de souligner que P3 a perdu une sœur aux alentours de la 16e prise de mesure, ce qui semble avoir influencé négativement les résultats. Encore une fois, cette mesure semble donc plus sensible aux événements négatifs de la vie quotidienne, ce qui pourrait aussi expliquer l'absence de l'amélioration attendue.

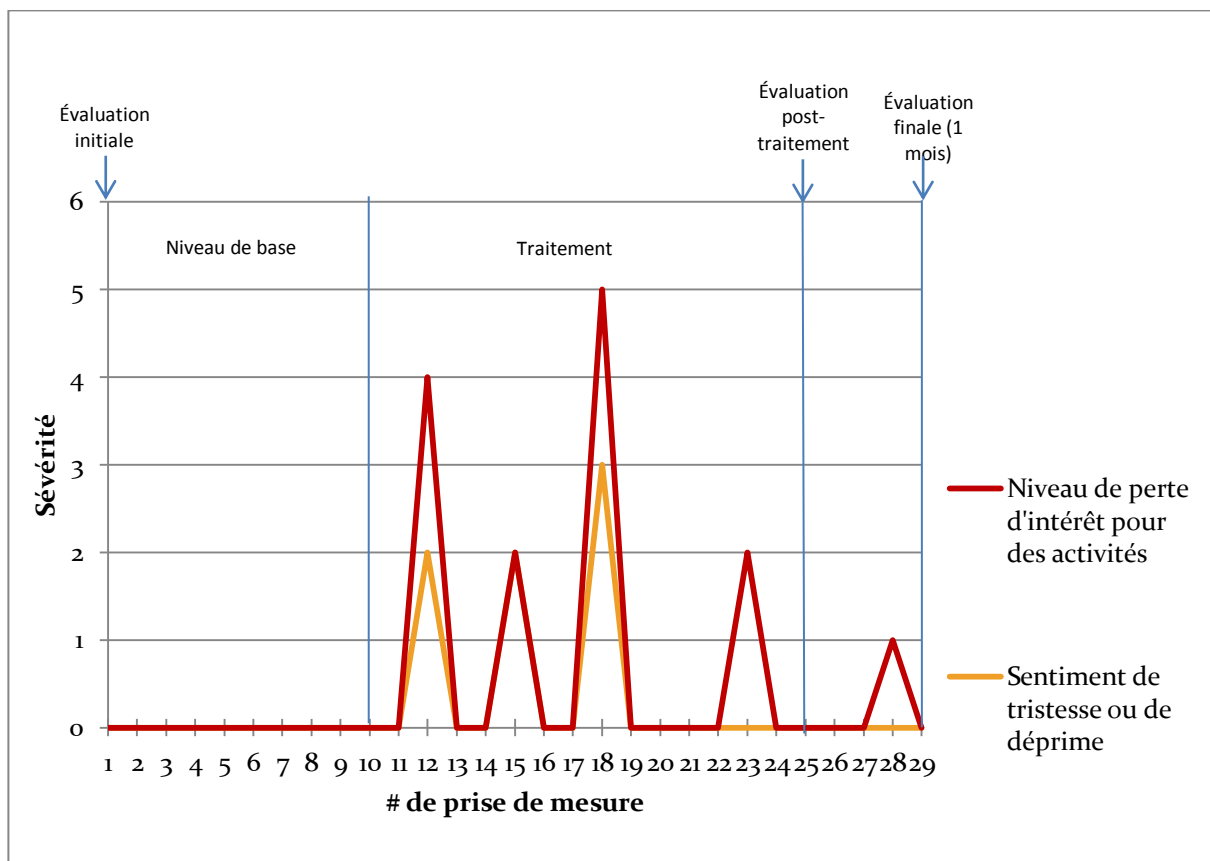


Figure 3. Résultats de P3 aux mesures continues obtenus à chacune des semaines de l'expérimentation

Chapitre II

EFFET D'UNE PSYCHOTHÉRAPIE PSYCHODYNAMIQUE INTERPERSONNELLE SUR LES
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS D'UNE CLIENTÈLE ATTEINTE D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF DÛ À
LA MALADIE D'ALZHEIMER

RESULTS OF A PSYCHODYNAMIC INTERPERSONAL PSYCHOTHERAPY ON THE DEPRESSIVE
SYMPTOMS OF ALZHEIMER DISEASE PARTICIPANTS

Soumis à la Revue Santé Mentale au Québec le 28 mars 2016

Stéphanie Bourassa, B.A., Doctorante en psychologie, Département de psychologie, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, Québec, Canada.

Lise Gagnon, Ph.D., Psychologue, Professeure, Département de psychologie, Université de Sherbrooke,
Sherbrooke, Québec, Canada

Cet article s'inscrit dans le cadre d'une thèse doctorale. Toute correspondance devrait être adressée à Lise Gagnon,
Ph.D.

Cette étude explore les effets d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle sur les symptômes dépressifs d'une participante atteinte d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA). L'évaluation comprenait la Dementia Mood Assessment Scale (DMAS), la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) et le Dementia Quality Of Life (DQOL). La participante a aussi évalué son humeur et son intérêt hebdomadairement pendant l'étude. Une amélioration significative est observée à la CSDD et à l'évaluation hebdomadaire de l'humeur. Une baisse significative est notée par le proche à la DMAS et à la CSDD. Ceci suggère que ce modèle d'intervention présente un potentiel thérapeutique.

Mots clés : Trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer(TNMA), étude de cas, symptômes dépressifs, traitement non pharmacologique, psychothérapie psychodynamique interpersonnelle

This exploratory study examines the effects of psychodynamic interpersonal therapy on depressive symptoms with a Alzheimer's disease's participant. The evaluation included the Dementia Mood Assessment Scale (DMAS), the Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) and the Dementia Quality Of Life (DQOL). The participant also assessed his mood and interest once a week during the study. Significant improvement was observed in CSDD. Continuous measurement indicates a significant decrease in depressive mood. A significant decrease was noted in the DMAS and the CSDD by the relative. This suggests that this model of intervention seems to hold therapeutic efficacy.

Keywords: Alzheimer's Disease, symptoms of depression, case study, non-pharmalogical intervention, psychodynamic interpersonal psychotherapy

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé a statué sur l'importance de ne plus négliger le TNMA et sur l'urgence de l'incorporer dans les plans d'action de tous les pays. En plus des atteintes cognitives et fonctionnelles, les personnes atteintes d'un TNMA peuvent présenter des symptômes psychologiques et comportementaux (SPCD) (Gallo, Schmidt, & Libon, 2008, 2009 ; IPA, 2002), et ce, avec une prévalence de 3 à 4 fois plus élevée que les individus non atteints du même âge (Lykestos & Olin, 2002). Inscrite dans les SPCD, la dépression toucherait 30 à 50 % des personnes atteintes d'un TNMA (Lee & Lykestos, 2003). La dépression est associée à de la souffrance et à une perte significative de la qualité de vie de la personne atteinte et de sa famille (Finkel et al., 1996; Meeks, Vahia, Lavretsky, & Jeste., 2011; Wimo et al., 2011), à une augmentation des conflits familiaux (Ohnen, 2002), à des risques d'agression physique (Lykestos et al., 1999) et même à des risques de suicide chez les personnes atteintes (Rubio et al., 2001). De plus, la dépression peut générer un déclin cognitif accru (Lee & Lykestos, 2003 ; Ohnen, 2002), une institutionnalisation prématurée (Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller, & Santorius, 1996; Margallo-Lana et al., 2001; Zuidema, Koopmans, & Verhey, 2007) et une augmentation des coûts de soins de santé (Finkel et al., 1996; Meeks et al., 2011; Wimo et al., 2011).

Les études visant un traitement non pharmacologique de la dépression chez une clientèle souffrant d'un TNMA sont très peu nombreuses (Derouesné, 1996; Gagnon & Rousseau, 2005; Olin, Katz, Meyers, Schneider, & Lebowitz, 2002b; Reifler et al., 1989; Teri & Gallagher-Thompson., 1991; Thorpe & Groulx, 2001 ; Lykestos & Olin, 2002). Les rares études qui ont utilisé l'intervention psychologique individuelle pour la réduction des symptômes dépressifs peuvent être regroupées au sein de différentes catégories.

Une première catégorie regroupe les études qui avaient pour objectif de modifier les symptômes dépressifs par une intervention visant la gestion du comportement (Alexopoulos et al., 2010 ; Kiosses et al., 2015 ; Marston, 1995 ; Teri & Gallagher, 1991 ; Teri & Uomoto, 1991 ; Teri, Uomoto & McCurry, 1997). Teri, Uomoto et McCurry (1997) ont ainsi soumis des aînés dépressifs atteints d'un TNMA et leur proche à l'une de trois conditions expérimentales ou d'un groupe contrôle. La première condition expérimentale visait une augmentation des activités plaisantes ; la deuxième consistait en l'apprentissage de résolutions de problèmes pour le proche aidant ; la troisième en un accompagnement par un organisme communautaire. Une baisse significative des symptômes dépressifs a été observée chez les participants des deux premières conditions. Cette conclusion doit être nuancée puisque l'échelle de dépression de Hamilton ainsi que l'inventaire de dépression de Beck utilisés en tant que mesures des effets des interventions n'ont pas été validés auprès de cette population.

Dans une deuxième catégorie, nous retrouvons des études qui ont tenté d'agir sur les symptômes dépressifs par une approche comportementale et cognitive (Paukert et al., 2010 ; Scholey & Woods, 2003 ; Walker, 2005). Walker (2005) décrit une intervention qui visait l'exploration des croyances du couple et la prescription de tâches afin de modifier leurs préjugés. Les résultats indiquaient notamment la résolution de l'épisode dépressif pour la personne atteinte. Cependant, les mesures utilisées

n'ont pas été validées pour cette population. De plus, le thérapeute a été impliqué dans l'évaluation des symptômes, ce qui a pu induire un biais lors de la prise de mesures. La conclusion des auteurs selon laquelle les personnes atteintes peuvent bénéficier d'une approche sollicitant des fonctions cognitives est précieuse pour le développement de traitements futurs et pour nourrir la réflexion autour des capacités préservées. Toutefois, bien que la documentation fasse état d'intervention de type cognitive et comportementale démontrant une certaine efficacité, il semble y avoir une quasi-absence de littérature abordant une intervention individuelle axée sur les émotions et la relation thérapeutique.

Brierley et al. (2003) ont tenté d'adapter l'approche psychodynamique interpersonnelle à cette clientèle. Cette approche utilise notamment l'ici et maintenant, les émotions et les souvenirs qui apparaissent spontanément en séance. Cette approche pourrait être d'autant plus bénéfique si l'on tient compte que lors des stades légers de la maladie, les personnes atteintes d'un TNMA présentent principalement des difficultés dans les tâches qui demandent une récupération consciente (explicite) des informations apprises dans un contexte particulier (mémoire épisodique) (Juillerat, Van der Linden, Seron et Adam, 2000). L'utilisation de l'émergence de souvenirs spontanés pourrait donc permettre de contourner cette limite cognitive. En 2005, Burns et al. ont tenté de valider la proposition décrite par Brierley et al. (2003), sous la forme d'un essai contrôlé randomisé conçu pour mesurer l'effet d'un traitement psychodynamique interpersonnel sur l'état émotionnel, les fonctions cognitives et le bien-être général des participants atteints d'un TNMA. Les séances, d'une durée de 50 minutes, se déroulaient chez le participant, hebdomadairement, pendant 6 semaines. Bien que les auteurs soulignent une bonne capacité d'engagement des participants, les résultats n'ont pas montré d'amélioration significative aux mesures cliniques. Il est possible que ces résultats soient notamment explicables par le nombre restreint des séances.

Plusieurs lacunes méthodologiques des études réalisées jusqu'ici limitent les conclusions qui peuvent en être tirées à l'égard de l'efficacité d'une intervention psychothérapeutique auprès de cette clientèle. Par ailleurs, ces études ne justifient pas de manière satisfaisante leurs interventions. Ainsi, il nous apparaît important de souligner les bases théoriques permettant de supporter l'approche thérapeutique à privilégiée. À ce titre, les capacités préservées dans le TNMA sont incontournables (Adam, Van der Linden, Juillerat & Salmon, 2000; Moussard, Bigand, Clément, & Samson, 2008). Nous nous intéresserons ici plus particulièrement à la mémoire implicite. Adam (2014) évoque les trois étapes du fonctionnement de la mémoire : l'encodage, le stockage et la récupération. Ces trois étapes semblent être fonctionnelles chez cette clientèle puisque la mémoire implicite serait préservée jusqu'à un stade sévère de la maladie (Fleischman, Wilson, Gabrieli, Schneider, Bienias & Bennett, 2005 ; Park et al., 1998 ; Harisson et al., 2007 ; Squire, 1994). La mémoire implicite correspondrait ainsi à l'influence non intentionnelle d'une information encodée antérieurement et qui influence une tâche présente. Elle ferait ainsi référence à notre capacité d'acquérir des nouvelles informations de manière automatique (Cleeremans, Destrebecqz, & Boyer, 1998 ; Hasher & Zacks, 1979 ; Jacoby, 1991 ; Meulemans, 2000) et qui n'est pas accessible dans les tâches de

rappel explicite (Harrisson, Gwi-Ryung, Jiyoun & Ann, 2007). Il a été démontré que la préservation de la mémoire implicite permet l'acquisition de nouveaux souvenirs implicites, et ce, même à un stade modéré à sévère de la maladie (Kessels & Hensken, 2009). Ainsi, la personne atteinte d'un TNMA pourrait intégrer de nouvelles informations par un encodage implicite du matériel vu en séance et profiter d'un travail thérapeutique. Les nouveaux apprentissages ne seraient pas constatés de manière explicite par la personne, mais auraient tout de même une influence sur son quotidien et son rétablissement.

En somme, très peu d'études ont réussi à montrer l'efficacité de la psychothérapie pour le traitement de symptômes dépressifs chez une clientèle atteinte d'un TNMA. Les traitements proposés étaient souvent conçus pour la population générale sans adaptation aux capacités préservées des personnes atteintes d'un TNMA. Il nous paraît donc incontournable de mener nos interventions d'une manière qui table davantage sur la mémoire implicite. En outre, des mesures adaptées à cette clientèle permettront de mieux conclure sur les effets de l'intervention. L'objectif de l'étude présentée était donc d'évaluer l'efficacité d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle de 15 semaines sur l'intensité des symptômes dépressifs d'une personne atteinte d'un TNMA. Il était attendu que les adaptations apportées au modèle de thérapie choisi amèneraient une baisse significative des symptômes dépressifs.

Méthode

Cette étude présente un devis de recherche quantitatif à cas unique de type ABA. La participante qui y est dépeinte a originalement fait partie d'un devis expérimental à cas uniques multiples (n=4) combiné à un dispositif par lignes de base multiples. Un seul cas est présenté afin d'approfondir la description du processus thérapeutique. Les autres processus d'intervention sont présentés dans la thèse doctorale de l'auteure principale.

Instruments de mesure

Les mesures des effets de l'intervention (CSDD, DMAS, DQOL) ont été administrées à 3 reprises par une assistante de recherche aveugle aux objectifs de l'étude (ligne de base, 14^e semaine de traitement et un mois post-traitement). Le choix d'évaluer la participante à la 14^e séance a été fait afin d'éviter de mesurer les effets de l'arrêt du suivi sur l'humeur de la participante. De plus, la participante devait compléter la mesure continue à l'aide de l'assistante de recherche à raison de deux fois par semaine pendant la ligne de base et ensuite une fois par semaine jusqu'à la prise de mesure finale.

L'utilisation de la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) (Alexopoulos, Abrams, Youg & Shamoian, 1988, traduction francophone de Camus, Schmit, Ousset & Micas, 1995) visait à catégoriser, selon des normes établies, les

symptômes dépressifs. Elle permet la vérification systématique de 19 symptômes dépressifs durant un entretien semi-structuré avec le patient et un des proches aidants. L'utilisation de la Dementia Mood Assessment Scale (DMAS) (Sunderland et al., 1988, traduction francophone de Camus, Schmit, Ousset & Micas, 1995) visait aussi l'évaluation de la sévérité des symptômes dépressifs. Cette échelle a été intégrée pour sa sensibilité aux changements. L'utilisation de la Dementia Quality of Life Instrument (DQoL) (Brod, Stewart, Sands & Walton, 1999, traduction francophone de Schwebel et al., 2010) visait à obtenir une mesure plus globale de la qualité de vie et de son évolution au fil du traitement. Une fiche d'enregistrement hebdomadaire de la détresse a servi de mesure cible continue. Pendant un cours appel téléphonique initié par l'assistante de recherche, la participante devait choisir un chiffre de 0 à 10 à chacune des deux questions suivantes : « À quel point vous sentez-vous triste ou déprimé(e) en ce moment ? » et « À quel point votre envie de faire les choses qui vous plaisent est affectée actuellement? ». Le chiffre 0 représente une absence des symptômes alors que le 10 représente une présence très élevée.

Intervention

Une description élaborée du modèle d'intervention est présentée dans l'article de Bourassa et Gagnon (soumis). Le traitement a été administré à la résidence de la participante, par l'auteure principale, formée en thérapie psychodynamique et interpersonnelle. La psychothérapeute a en outre été supervisée par une neuropsychologue clinicienne totalisant plus de 15 ans d'expérience avec cette clientèle. L'intervention réalisée est basée sur le modèle de psychothérapie de la conversation d'Hobson (1985) [traduction libre], sur le guide de psychothérapie réalisé par Shapiro & Firth (1987) ainsi que sur l'adaptation de Brierley et al. (2003). Notre protocole est basé sur ces trois descriptions théoriques avec certaines adaptations qui sont exposées et justifiées dans l'article de Bourassa et Gagnon (soumis) et qui font référence notamment à la préservation de la mémoire implicite.

Mode d'analyse des données

La passation du CSDD a permis une évaluation de l'évolution clinique. Les critères diagnostiques et leur sévérité ont pu être appréciés à l'aide des normes de l'outil. Pour la DMAS, un seuil-critique de 15% d'amélioration a été établi afin de déterminer si les résultats étaient significatifs. L'établissement d'un seuil-critique peut être observé dans d'autres études quantitatives de cas uniques (Carrier & Côté, 2009; Raymond & Gagnon, 2014). Ce choix a aussi été fait en l'absence de critères clairs dans la littérature pour l'interprétation des résultats à la DMAS. En outre, comme suggéré par Gladis, Gosch, Dishu, et Crits-Christoph (1999), la portée de nos interventions dans la vie quotidienne de la participante a été mesurée par la

mesure de la qualité de vie (DQOL). L'analyse visuelle d'une représentation graphique des résultats obtenus à la mesure continue a aussi été réalisée. Enfin, afin d'apprécier la présence de changements significatifs de la mesure continue entre les différentes phases du protocole, l'indice Tau-U a été utilisé. Les calculs ont été complétés à partir d'un outil internet rendu disponible par ses auteurs (Vannest, Parker & Gronen, 2011 : <http://singlecaseresearch.org>).

Description du cas

La participante, Ève (le nom de la participante ainsi que certains détails de sa vie personnelle ont été modifiés) était une femme francophone et caucasienne de 80 ans. Ève est l'avant-dernière d'une famille de 7 filles. À 2 ans, elle aurait été confiée aux soins d'un oncle puisque sa mère était dépressive et jugée incapable de s'occuper d'elle. Ève décrivait son milieu familial d'accueil comme très chaleureux et animé. C'est au début de l'adolescence qu'elle retourna dans son milieu familial d'origine pour aider aux tâches quotidiennes. L'ambiance aurait alors été austère et peu chaleureuse. Elle se maria au début de la vingtaine et eu 5 enfants. Alors que son dernier garçon était âgé de 2 ans, son conjoint est décédé d'un accident de voiture. Madame se rappelle avoir eu besoin de beaucoup de soutien, de médication et d'une psychothérapie pour se rétablir d'une dépression. Lorsque ses enfants ont quitté le nid familial quelques années plus tard, madame a décidé de s'inscrire à l'université, de s'acheter une terre et de s'impliquer comme bénévole à son église.

Au moment de l'étude, Ève était veuve depuis plus de 40 ans. Elle prenait des antidépresseurs depuis 5 ans. Cette médication concordait avec le départ de son domicile afin d'habiter dans une résidence pour personnes semi-autonomes. Ce départ était justifié par des inquiétudes de l'un de ses fils qui trouvait sa mère confuse et incapable d'accomplir les tâches essentielles de la vie quotidienne. Ève vécut un deuxième déménagement 4 années plus tard. Cette fois-ci, son fils voulait que sa mère habite plus près de chez lui. Madame avait observé que l'augmentation de ses symptômes dépressifs suivait ce deuxième déménagement. La difficulté à s'adapter à son nouveau milieu de vie lui apportait de l'hypersomnie, une perte d'intérêt pour les activités du quotidien, une humeur triste et de la culpabilité. Elle décrivait une impression d'être au milieu « d'étrangers » et ne pas arriver à se sentir en sécurité ni à tisser des liens.

Les données concernant le profil neuropsychologique et les symptômes dépressifs de la participante, avant le début de l'intervention, sont présentées au Tableau 1. Elles confirment qu'elle présentait un profil cognitif correspondant à la présence d'un TNMA (MMSE, DRS) en début d'évolution, ainsi qu'un nombre significatif de symptômes dépressifs (NIMH-dAD). Sa consommation de médicaments était stable depuis plus de deux mois au début de l'étude et aucun suivi psychologique n'avait eu lieu au cours des deux années précédentes.

Historique du suivi

La demande de participation à ce projet a été formulée par l'un des fils d'Ève. Cette dernière craignait toutefois que nos rencontres se révèlent trop exigeantes pour elle. Il fut tout de même convenu avec elle de faire un essai et de choisir l'adaptation à son nouvel environnement comme cible de travail. Les 5 premières rencontres furent marquées par son ambivalence envers le suivi. Ève était généralement au lit à l'arrivée de la thérapeute et semblait découragée de devoir lui parler. À partir de la troisième séance, elle semblait reconnaître la thérapeute, car, en la voyant, elle disait par exemple « j'aurais voulu vous annuler » ou « c'est toi » sans toutefois pouvoir nommer la thérapeute. Cette impression de familiarité n'était pas présente auparavant puisque la thérapeute devait réexpliquer le contexte de sa présence. Dans notre modèle, l'établissement de la relation et le travail thérapeutique sont supportés théoriquement par la relative préservation de la mémoire implicite (Harisson et al., 2007 ; Machado et al., 2009). Celle-ci réfère au sentiment de familiarité que peut avoir une personne pour divers types d'informations. Il serait ainsi possible d'émettre l'hypothèse que les personnes atteintes d'un TMNA présenteraient une capacité de mémoire implicite préservée qui leur permettraient d'assimiler (encoder) notamment les contenus traités en thérapie. Toutefois, pour qu'un processus sollicite la mémoire implicite, la recherche intentionnelle d'information ou la récupération consciente (explicite) chez le participant doivent être évitées par le thérapeute (Schacter, 1987). Bien qu'étant considéré comme des systèmes mnésiques dissociés (Lusting & Buckner, 2004 ; Poldrack & Gabrieli, 2001 ; Squire, 1994 ;), Adam (2014) prévient les professionnels qui travaillent avec cette clientèle contre les risques de contamination que pourrait créer la réduction de l'effet d'amorçage chez les personnes atteintes. Ainsi, en sollicitant la mémoire explicite, le thérapeute pourrait nuire à un rappel spontané de certains événements ou sentiment important dans le processus. Il faudra ainsi éviter par exemple de référer à une séance antérieure par des questions telles que « Vous souvenez-vous la semaine dernière, nous avons parlé de... ». Par conséquent, le thérapeute ne devrait donc pas solliciter le rappel explicite de souvenirs récents, mais plutôt tirer profit des souvenirs qui émergent et des émotions qu'ils engendrent, afin de lui permettre de rejoindre le client au cœur de son expérience et de réaliser un travail thérapeutique basé notamment sur ses capacités préservées.

Ensuite, bien que la participante semblait apprécier s'exprimer sur ses problèmes actuels et passés, madame terminait souvent les séances en étant irritable et en affirmant que la thérapeute lui posait trop de questions. Conformément au modèle, la première tâche de la thérapeute fut l'exploration de sa situation actuelle et des facteurs de maintien des symptômes dépressifs. Les thèmes tournaient autour de sa difficulté d'adaptation, de sa peine de ne plus pouvoir faire certaines activités et de son impression d'être un fardeau. Le modèle encourage aussi l'exploration des résistances. Dans notre cas, il paraissait

clair que son ambivalence envers le traitement menaçait l'établissement du lien de collaboration et le travail thérapeutique. Il a été bénéfique de nommer la fermeture que la thérapeute observait puisque cette conversation a permis de dégager une compréhension commune en lien avec son peu d'espoir que cela fonctionne et sa peur de décevoir son fils. Une amélioration de l'alliance s'en est suivie, permettant le travail d'exploration à partir des souvenirs qui émergeaient en séance. Il fut aussi possible de créer des ponts avec le présent. Voici un extrait qui illustre l'échange thérapeutique qui lui a permis de faire un lien entre des éléments de son passé qui auraient pu expliquer sa dépression actuelle:

-Thérapeute: Vous ne pensiez pas vous marier ?

-Ève: Cela allait mal chez nous j'avais peur que cela fasse pareil. Je me demande si ma dépression n'a pas commencé là. J'avais 12 ans. Je me demande si j'ai perdu confiance. J'étais triste. Mon fils se demande pourquoi je suis triste et je pense que cela part de là. Je n'ai jamais pensé à cela. Je ne savais pas d'où cela venait. Cela fait 5 ans que je suis malade moi. Cela me revient des bouts. Moi je dis que cela se peut!

Cet extrait démontre les liens qui peuvent être faits entre les sentiments actuels et un contexte lors duquel la patiente a vécu les mêmes sentiments. Il semble que le lien qui a ensuite été établi entre l'abandon qu'elle a pu vivre à deux ans et le fait de se sentir à nouveau loin de sa famille depuis son dernier déménagement à pu l'aider à comprendre sa difficulté à faire confiance et ses sentiments dépressifs. Nous avons aussi abordé l'impression qu'elle avait d'être incomprise par son fils et quelle le percevait comme exigeant. Un lien fut établi dans le fait qu'elle percevait la thérapeute parfois exigeante et que cela la mettait sur ses gardes. Il fut alors possible d'associer les sentiments d'impuissance et de colère que vivait la thérapeute avec un vécu émotif qui était aussi vécu par la participante et qui avait alors été transféré dans la relation.

Entre les séances 5 et 11, un changement a eu lieu dans l'attitude d'Ève. La participante parla d'un fils qu'elle considérait comme attentif et présent pour elle. Suite à cet échange, la participante devint moins craintive envers la thérapeute. Une hypothèse plausible pourrait être le fait qu'après quelques séances, un sentiment de confiance et de bien-être associé habituellement à ce fils a commencé à être associé à la thérapeute. Comme geste différent, elle disait parfois « que l'amour arrivait » lorsque la thérapeute se présentait et qu'elle pourrait la considérer comme sa fille. Aussi, Ève était rarement au lit et elle commença à participer davantage aux activités de la maison de retraite. Elle rapportait prendre des marches et faire des efforts pour socialiser avec les autres. Elle semblait ainsi devenir plus active socialement, but important de ce modèle de thérapie. Ainsi, les conversations sur le thème de ses patrons de relations et sa réaction d'isolement lorsqu'elle se sentait craintive ont permis une meilleure compréhension de ses réflexes relationnels et madame a su démontrer une meilleure ouverture envers les autres résidents. Tel que proposé par cette approche, l'analyse de la relation thérapeutique a aussi été abordée dans l'extrait suivant :

-Ève: Les gens disent que j'ai un air particulier... Indépendant... ce n'est pas indépendant, c'est plutôt pas confiant.

-Thérapeute : C'est comme si ce qui paraît de vous est mal interprété par les gens.

-Ève: Oui.

-Thérapeute : Vous ne vous sentez pas confiante, craintive... mais eux pensent que vous n'êtes pas intéressée... cela me fait penser à nous. Il y a plusieurs rencontres lors desquelles vous n'étiez pas sûr de vouloir me laisser rentrer. Cela a pris du temps avant que la confiance semble s'installer.

-Ève Oui c'est cela.

-Thérapeute : Ce n'est pas évident quand les gens approchent pour vous. Vous sentez le besoin de vous retirer au début.

-Ève: Ho oui !

Un travail a aussi été accompli sur la continuité de sa personnalité. Ceci est une étape cruciale du modèle d'intervention qui avance que les personnes atteintes d'un TNMA ont besoin d'un tel travail pour améliorer leur estime personnelle. Une approche thérapeutique psychodynamique ayant pour objectif de soutenir un travail touchant également la représentation de soi paraît empiriquement supportée. Il existe ainsi certaines évidences à l'effet que le concept de soi et une part d'identité seraient en partie préservée chez les personnes atteintes d'un TNMA et ce, même au stade sévère de la maladie (pour une revue voir Caddell & Clare, 2010). Avec Ève, il semble avoir été bénéfique de souligner son audace et ses valeurs familiales, puisque cette dernière pensait les avoir perdus depuis son déménagement. Un exemple de travail sur ce thème est illustré ci-dessous:

- Ève : Sur cette photo on voit très bien les arbres de ma terre. Sont petit, mais on les voit bien (rires)

-Thérapeute : Pourquoi avez-vous fait planter des arbres sur votre terre ?

-Ève: Plus tard cela prend de la valeur. Les enfants n'avaient pas beaucoup d'argent et je voulais les aider.

-Thérapeute : Je trouve que cela illustre bien comment vous semblez être une personne débrouillarde. Vous acheter une terre et faire un tel projet seule.

-Ève: Chez nous on était cultivateurs... J'ai toujours vu cela.

-Thérapeute : C'est tout de même impressionnant...

-Ève: Il y en a beaucoup qui disait : «mon Dieu, cela n'a pas de bon sens, c'est trop!». Les arbres y poussent, je ne les arrêterai pas de pousser (rires). C'était mon paradis. Je paye pour mon paradis. J'ai eu cela. Il ne faudrait pas que je me lamente.

Dans cet extrait, madame rit à plusieurs reprises. L'exploration des souvenirs qu'elle apporte en thérapie semble ainsi avoir eu un effet apaisant, et lui permettre de se sentir comprise dans la relation. Cet effet bénéfique pourrait aussi avoir amené des changements concrets dans sa vie, puisque cette dernière a rapporté dans les semaines suivantes qu'elle participait à la chorale de la résidence et avoir été surprise d'en être encore capable. Par contre, sa dernière affirmation de cet extrait met en lumière une possible croyance qu'elle n'a pas le droit d'être pleinement heureuse. Il était donc important d'explorer son enfance et de développer une compréhension commune de ce qui influence encore l'épisode actuel de symptômes dépressifs comme illustré dans l'extrait ci-dessous:

-Ève : C'était trop dur. Nos maisons étaient une à côté de l'autre. Quand je partais à l'école, je passais devant la maison. Ma mère avait dit « je ne sais pas ce qu'ils lui ont fait elle ne parle plus »

-Thérapeute : C'était de revenir chez vos parents qui était dur?

-Ève: Oui! En y repensant, à force de penser à toute sorte d'affaires, c'est cela qui m'a bloquée dans ma vie. Je n'avais pas confiance ni à dieu, ni au diable.

-Thérapeute : 2 ans c'est très jeune pour se faire déraciner...

-Ève: 10 ans ben oui! Moi là-bas j'étais gâtée. Regarde c'est la maison là-bas, je l'ai fait laminé puisque lorsque j'y pense, cela me fait du bien. [...] Je demandais souvent « pourquoi moi je suis ici ». J'étais bien, mais pourquoi je n'aurai pas cela comme mes frères et sœurs?

-Thérapeute : Comment c'était pour vous d'avoir été celle qui était choisie pour vivre ailleurs?

-Ève: Je ne comprenais pas. Mais cela arrivait assez souvent que je demandais. Des fois ma tante disait à mon oncle « elle se questionne et elle voit que ce n'est pas normal». On chantait beaucoup, cela ne faisait pas une atmosphère triste. Ma tante a beaucoup pleuré quand je suis partie.

-Thérapeute : Vous étiez très attachée à votre tante...

-Ève: Ma tante c'était ma tante (rires)! Elle m'a beaucoup bercée. Au début je suis arrivée là et je ne mangeais pas. Cela a pris pas mal de temps avant que je ne pleure pu. Je me dis aujourd'hui j'ai pu confiance. Mon mari me disait souvent : as-tu confiance en moi? Je disais « je fais mon possible »

-Thérapeute : Qu'est-ce que vous craignez qu'il arrive si vous faites confiance?

-Ève: Qu'il ne me prenne pas pour ce que je suis vraiment. J'aurais voulu pas vivre cela. C'est difficile à comprendre pour une petite fille. Les gens autour de moi pensaient que j'étais capricieuse. Encore aujourd'hui je suis ici et si je demande quelque chose parce que c'est évident les gens pensent que c'est du caprice. J'ai de la misère à me faire des amis. Pourtant, je suis tellement honnête. C'est comme s'ils ne me croient pas et cela me fait de la peine épouvantable.

Dans cet extrait, la thérapeute indique à la participante qu'elle trouve que 2 ans est bien tôt pour partir de la maison, ce que madame semble comprendre plutôt comme une référence au fait qu'il a été difficile de retourner avec ses parents. Il ressort aussi qu'elle vivait un profond sentiment d'injustice d'avoir été celle qui avait été choisie pour grandir loin des autres. Elle exprime aussi son sentiment de ne jamais avoir été totalement comprise des autres et avoir trouvé profondément difficile de faire confiance dans la vie, ce qui la rendait triste et isolée. Cette compréhension a été graduellement co-construite avec la participante à l'aide des souvenirs qui remontaient spontanément en séance. Cet aspect réfère aussi à la tâche du thérapeute dans le modèle qui consiste à développer un « langage émotionnel mutuel » par l'exploration continue des émotions et de la signification du matériel abordé. Aussi, madame rapportait régulièrement qu'elle ne se donnait pas le droit d'être heureuse. Cependant, le temps manqua pour lier ce sentiment à son enfance et aborder plus en profondeur la colère qu'elle pouvait ressentir ainsi que sa difficulté à l'exprimer. Le développement d'un tel langage émotionnel serait en outre supporté par la, préservation du traitement des émotions des personnes atteintes d'un TNMA (Broster, Blonder & Jiang, 2012; Mori, et al., 1999). Il a été démontré que la capacité à exprimer de manière juste son vécu n'était pas affectée chez les personnes atteintes d'un TNMA (Magai, Cohen, Gomberg, Malatesta & Culver, 1996) et ce, même en lien avec du matériel ne pouvant plus être rappelé de manière explicite. Les personnes atteintes seraient par ailleurs en mesure d'identifier correctement les émotions évoquées par autrui (Bucks & Radford, 2004; Narme, Mouras, Rousel, Devendeville, & Godefroy, 2013) et même par un médium tel que la musique (Gagnon, Gosselin, Provencher, & Bier, 2012 ; Gagnon,

Peretz, & Fulop, 2009). Selon Bucks et Radford (2004), cette préservation de la reconnaissance des émotions ne serait pas spécifique à certaines émotions, mais s'appliquait à la joie, la tristesse, la colère, la peur et la neutralité.

À la lumière des résultats entourant cette fois les émotions ressenties par les personnes atteintes d'un TNMA, une intervention psychothérapeutique s'avère non seulement possible, mais essentielle. Il a été démontré que les personnes atteintes pourraient être profondément touchées émotionnellement par des événements ne pouvant plus faire l'objet d'un rappel explicite, et que leurs émotions pouvaient persister longtemps après que les souvenirs se soient éteints. En outre, le temps de maintien du ressenti de la tristesse pourrait être proportionnel à l'importance de l'atteinte mnésique pour les événements inducteurs de l'émotion (p.ex. un extrait de film) (Guzman-Vélez, Feinstein, & Tranel, 2014), laissant la personne sans repère juste pour moduler elle-même son émotion. Ces observations soulignent selon nous d'autant plus l'importance d'accompagner les personnes atteintes pour le rétablissement d'un sens à donner aux émotions ressenties et les traiter.

Finalement, les séances 11 à 15 furent marquées par la préparation à la terminaison de la thérapie. Suite à l'annonce que le processus allait bientôt prendre fin, madame commença à demander plus de temps chaque semaine et regarder régulièrement l'heure durant les séances. Elle dit qu'elle se sentait un peu mieux, mais qu'elle avait l'impression que la fin venait assombrir le tableau. Il a été convenu d'un commun accord qu'il serait bénéfique qu'un bénévole vienne la voir régulièrement. Cette dernière accueillit la proposition avec certaines craintes, mais en reparla à plusieurs reprises alors qu'il était question de ce qu'elle retirait des séances pour prendre soin d'elle. Madame confia être déçue que les séances ne l'aient pas « guéri », mais exprima son impression que la relation thérapeutique lui avait apporté du bien, même si cela lui cause de la douleur lors de la fin. Cette affirmation semble confirmer les assises théoriques du modèle selon lesquelles le lien thérapeutique est l'outil le plus puissant de cette approche. L'extrait suivant illustre ceci, mais aussi sa difficulté à laisser d'autres personnes entrer dans sa vie :

-Thérapeute : J'ai l'impression que vous aimeriez que quelqu'un passe du temps avec vous. Il y a des gens dont c'est le métier ou qui sont bénévoles.

-Ève: C'est vous! (rires) Je me suis dit : je vais le dire au plus vite (rires)!

-Thérapeute : C'est aidant pour vous ce que nous faisons ensemble ?

-Ève: Quand on commence, je me dis, j'ai peur puisqu'assez souvent cela a raté les choses à cause de la maladie. J'étais dans plusieurs clubs sociaux. Je les amenais au chalet pis là cela est tombé du jour au lendemain. Ce n'est pas drôle. Les autres ne te croient pas. Il faut que tu te forces...

-Thérapeute : Si je comprends bien c'est que lorsque vous commencez à trouver qu'une relation est bénéfique, vous avez peur de la perdre?

-Ève: Oui. Quand ils m'ont déménagée ici ... mon collier de marier... toute sorte de choses que j'avais... mes choses étaient très à l'ordre. Je me dis comment je vais faire, cela ne guérit pas vraiment. Il me dit que je suis mieux que j'étais, mais cela ne me permet pas encore de faire de quoi.

-Thérapeute : Refaire quoi?

-Ève: Je m'ennuie assez des autres personnes que cela efface l'idée qu'il va y en avoir d'autre...

-Thérapeute : Les absents prennent beaucoup de place et ne laissent actuellement pas de place pour des nouvelles personnes.

-Ève: Oui.

Une séance avant la fin, madame ne se trouvait pas dans sa chambre. Elle était sortie afin de participer à une activité et avait oublié notre séance. Cette absence peut être interprétée comme un essai de nier la fin et donc d'abandonner le processus avant de se faire imposer la fin. En séance, madame nous disait aller moins bien à cause de la fin du processus et regretter parfois le projet, mais semblait plus active au quotidien et plus encline à visiter les autres résidents. La psychothérapie devait permettre à Ève d'être préparée à la séparation, contrairement à ce qui lui avait été imposé dans son enfance. Ainsi, la thérapie pourrait avoir eu un effet réparateur et permettre davantage d'ouverture envers de nouvelles relations.

Résultats aux instruments de mesure

L'impact de l'intervention sur les symptômes dépressifs a été observé à l'aide des résultats obtenus à la CSDD, présentés au tableau 2. Au début du traitement, le résultat de la participante et de son proche (10) indiquait la présence d'une dépression mineure. À la fin du traitement, la participante obtenait un résultat (16) indiquant une dépression mineure, tandis que son fils considérait que sa mère vivait seulement quelques symptômes dépressifs (7). Cette hausse de symptômes dépressifs pourrait avoir été causée par l'anticipation de la fin de la psychothérapie. Madame a affirmé à plusieurs reprises qu'elle était triste que le traitement se termine et qu'elle perdrait un soutien précieux. Les symptômes semblent avoir été momentanés puisque la mesure prise 6 mois suivant l'arrêt de l'intervention indique une baisse des symptômes dépressifs, madame les qualifiant de légers (7) et le proche d'absent (6).

Tableau 2

Les résultats obtenus à la DMAS sont résumés au Tableau 3. On observe une hausse de 11,7 % entre la première et la dernière mesure, une amélioration en dessous de notre seuil critère. Par contre, les résultats du proche aidant indiquent une amélioration de 23,6%, ce qui représente une amélioration significative. Ainsi, le proche semble juger l'amélioration des symptômes dépressifs plus intense que la participante. Ce phénomène a aussi été vécu en psychothérapie. Effectivement, il était difficile pour madame de constater les changements positifs, et celle-ci disait souvent qu'elle ne serait bien que lorsque toute sa famille serait unie. Des attentes irréalistes ainsi qu'une tendance à voir davantage le négatif peuvent expliquer les résultats obtenus à nos mesures. Par ailleurs, il semble que le proche ait observé une amélioration progressive tout au long du processus, tandis que la majorité de l'amélioration que la participante ait observée se trouve dans le mois suivant la fin de la

psychothérapie. Ce phénomène pourrait être lié, encore une fois, à la perte du lien thérapeutique et aux effets de la séparation sur Ève. D'ailleurs, elle aurait nommé à plusieurs reprises durant l'évaluation post-traitement qu'elle était affectée par le départ de la thérapeute.

Tableau 3

Les résultats obtenus à la mesure de la qualité de vie (DQoL) sont présentés au Tableau 4. La différence des résultats entre le premier temps de mesure et le deuxième indique une baisse de l'estime de soi (-26 %), du sentiment d'appartenance (-20 %) et des affects négatifs (-12,9 %). L'instrument indique par ailleurs une hausse des affects positifs (7,3 %) et du sens de l'esthétique (18 %). À la mesure finale (suivi un mois), une baisse est enregistrée au niveau du sentiment d'appartenance (-7 %), du sens esthétique (-26 %) et des affects négatifs (-2 %). Une légère hausse est observée pour l'estime de soi (3,3 %) et les affects positifs (0,3 %).

Tableau 4

La baisse significative des affects négatifs semble cohérente avec les résultats aux autres échelles. Par contre, la baisse de l'estime de soi, du sentiment d'appartenance et du sens esthétique contredit les prévisions de Brierley et al. (2003) qui affirmaient que ce modèle favorisait un sentiment de continuité et aidait à rétablir une estime de soi affectée par la maladie. Cet objectif était peut-être trop ambitieux pour une intervention de 15 semaines. Enfin, les résultats ont été analysés par la représentation graphique et l'inspection visuelle des données de la mesure continue ainsi que par l'analyse statistique Tau-U. La figure 1 fait état des fluctuations au niveau de l'humeur et de la perte d'intérêt.

Figure 1

L'analyse visuelle et statistique nous permet de constater qu'il y a eu une diminution de l'humeur dépressive au cours de la phase d'intervention. Le Tau-U confirme que 66,7 % des données liées à l'humeur dépressive ont montré une amélioration significative entre la ligne de base et l'intervention (Tau-U = -0,6667, $p = 0,45$). La différence entre les données prises lors de l'intervention et durant le mois suivant la thérapie indique encore une diminution, mais cette dernière ne s'avère pas significative (Tau-U = -0,30, $p = 0,9$). On note toutefois le maintien des changements alors qu'on aurait pu s'attendre à un retour au niveau pré-intervention après le retrait du traitement. Le point le plus bas de cette mesure semble correspondre avec

la prise de mesure 10, qui concorde avec la 6^e rencontre, période décrite comme charnière dans l'alliance thérapeutique. Ainsi, une relation thérapeutique positive semble avoir eu un effet marqué sur l'humeur de madame. Aussi, la hausse des symptômes que nous observons à la mesure 13 correspond à la première séance lors de laquelle la fin du traitement a été abordée. Cette hausse semble aussi se répéter dans la semaine suivant la fin du traitement. L'analyse visuelle du niveau de perte d'intérêt semble indiquer une baisse, et donc une amélioration de ce symptôme. Par contre, cette observation n'est pas confirmée par l'analyse statistique.

Discussion

L'étude présentée avait pour objectif d'explorer les effets d'une thérapie individuelle psychodynamique interpersonnelle sur les symptômes dépressifs d'une participante atteinte d'un TNMA en début d'évolution. Les résultats obtenus confirment partiellement l'efficacité de l'intervention.

L'analyse et la présentation du contenu des échanges permettent de documenter la possibilité et la manière d'intervenir afin de traiter les symptômes dépressifs des personnes atteintes d'un TNMA. À cet égard, le travail thérapeutique réalisé s'est avéré d'une richesse surprenante. Le processus a aussi été marqué par l'intensité du vécu émotionnel et par l'ouverture de la participante à aborder les phénomènes relationnels présents. Cette dernière s'est impliquée dans les rencontres et a dit apprécier cet espace thérapeutique.

Les résultats aux mesures spécifiques traduisent pour leur part que la participante semble avoir vécu un changement notable au niveau de son humeur, mais dans une moindre mesure que son fils. Cette observation va à l'encontre du postulat de Gagnon et Rousseau (2005), qui affirment que les études sollicitant l'opinion des proches pour évaluer les symptômes dépressifs obtiennent des taux plus élevés. Cette vision de la participante pourrait par ailleurs être cohérente avec son impression d'avoir vécu des symptômes dépressifs au long court. Ceci renvoie à la personnalité dépressive décrite dans le manuel diagnostique psychodynamique (PDM, 2006). Les personnes atteintes présenteraient une humeur déprimée constante sans remplir les critères pour un trouble franc. Ceci s'accompagnerait d'une tendance accrue à la honte, à une impression de vide et d'inadéquation ainsi qu'à une désorganisation et une détresse accrue devant la perte d'une relation (Blatt, 2004). Ce portrait semble expliquer les résultats de la participante aux mesures des symptômes dépressifs. Rappelons tout de même qu'elle obtient au final un résultat sous clinique à la CSDD et une baisse notable à la DMAS. En ce que concerne la qualité de vie, Kazdin (1999) souligne qu'au-delà d'une baisse objective de symptômes, cet indice est parlant de l'effet réel d'un traitement. Pour *Ève*, bien que certains aspects de la qualité de vie n'aient pas été évalués à la hausse, notons que cette dernière nous a rapporté se mêler davantage aux autres résidents et reprendre certaines activités mises de côté.

Notre intervention obtient des résultats qui semblent légèrement supérieurs aux interventions de Teri, Uomoto et McCurry (1997). Bien que la comparaison des processus thérapeutiques est périlleuse, nous observons chez *Ève* des résultats

finaux plus bas à la CSDD, ce qui suggère un effet clinique plus grand. En fait, nos résultats semblent comparables à l'étude de Walker (2005), alors que l'épisode dépressif est résolu pour certaines mesures. Il semble que nos études ont comme point commun l'inclusion accrue de la personne atteinte dans le processus de thérapie. Les effets thérapeutiques seraient-ils plus grands lorsque la personne est considérée et que ses capacités préservées sont utilisées?

Bien que les résultats permettent certaines conclusions, l'interprétation doit tenir compte des limites de cette étude. D'abord, une étude de cas exclut une généralisation des résultats. D'autre part, la méthodologie utilisée empêche de conclure que les interventions sont directement responsables des résultats obtenus, dus au contrôle limité de plusieurs paramètres. Une étude à ligne de base multiple incluant au moins 3 participants serait intéressante à cet égard. C'est ce que nous avons tenté (thèse de l'auteure principale). Toutefois, les profils des participantes se sont avérés trop hétérogènes pour répondre à cette question.

Par la suite, bien que notre intervention s'appuie sur la mémoire implicite, aucun moyen n'a été appliqué afin d'évaluer la préservation réelle de celle-ci. Le sentiment de familiarité qui semble s'être installé en thérapie a été établi à partir des observations de la thérapeute, également responsable de l'étude. Son jugement a pu être biaisé en raison de son intérêt envers la réussite de l'expérimentation. Ensuite, la mesure continue n'a pas été validée par une expérimentation préliminaire. Il serait donc essentiel de valider cette mesure afin d'objectiver son efficacité dans l'évaluation de l'humeur dépressive et de la perte d'intérêt des personnes atteintes d'un TNMA.

Implications cliniques

Notre expérimentation met en lumière plusieurs indices qui laissent croire en un encodage implicite de la représentation de la thérapeute et du contenu des séances. Il a ainsi été observé que les progrès observables en thérapie allaient de pair avec un certain sentiment de familiarité envers le contenu des échanges thérapeutiques. Bien que cela reste à objectiver à l'aide d'études futures, elle rejoint tout de même les conclusions des auteurs qui ont essayé d'appliquer une psychothérapie avec cette clientèle et qui en sont ressortis convaincus qu'un travail cognitif et émotif était possible (Walker, 2005 ; Burns et al., 2005). Notre étude est la première à obtenir des résultats concluants en utilisant une psychothérapie psychodynamique et interpersonnelle auprès d'une personne atteinte d'un TNMA et de symptômes dépressifs. Une expérimentation incluant un plus grand nombre de participants pourra nous éclairer sur la généralisation possible des effets observés. En conclusion, la présente étude semble ainsi supporter la pertinence et l'utilité d'une démarche thérapeutique avec des personnes atteintes d'un TNMA et de symptômes dépressifs.

Références

- Adam, S. (2014). *Mémoire implicite : Théorie, évaluation, et implications cliniques*. Dans M., Van der Linden & X., Seron (Éds), *Traité de neuropsychologie clinique (2^e éd.)*. Marseille, France: Solal.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271–284.
- Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, et al. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with Major Depression and executive dysfunction: effect on disability. *Archives of General Psychiatry*, 68, 33-41.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brierley, E., Guthrie, E., Busby, C., Marino-Francis, F., Byrne, J., & Burns, A. (2003). *Psychodynamic interpersonal therapy for early Alzheimer's disease*. United Kingdom: Artesian Books.
- Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L., Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of quality of life in dementia: the Dementia Quality of Life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39, 25-35.
- Broster, L. S., Blonder L. X., & Jiang, Y. (2012). Does emotional memory enhancement assist the memory impaired? *Frontiers in Aging Neurosciences*, 4, 2.
- Bucks, R. S., & Radford, S. A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health*, 8, 222–232.
- Caddel, L. S., & Clare, L. (2010). The impact of dementia on self and identity: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 113-126.
- Camus, V., Schmit, L., Ousset, P. J., & Micas, M. (1995). Dépression et démence : Contribution à la validation française de deux échelles de dépression : Cornell scale for depression in dementia et dementia mood assessment scale. *Encéphale*, 21, 201–208.
- Carrier, M.-H. (2009). *Trouble d'anxiété généralisée évaluation d'un traitement cognitif-comportemental combiné à des stratégies de régulation des émotions et d'acceptation et d'engagement expérientiel*. Université de Sherbrooke. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/2799>
- Cleeremans, A., Destrebecqz, A., & Boyer, M. (1998). Implicit learning: News from the front. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 406-416.
- Derouesné, C. (1996). Les manifestations psycho-comportementales de la maladie d'Alzheimer. *Synapse*, 129, 71-77.
- Finkel, S.I., Costa e Silva, J.A., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, 8, 497–500.
- Fleischman, D.A., Wilson, R., Gabrieli, J.D., Schneider, J., Bennett, D.A. (2005). Implicit memory and Alzheimer's disease neuropathology. *Brain*, 128, 2006-2015.
- Gagnon, L., Gosselin, N., Provencher, V., & Bier, N. (2012). Perception and emotional judgments of music in dementia of the Alzheimer type: A short case study. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, 29, 509-519.
- Gagnon, L., Peretz, I., & Fulop, T. (2009). Musical structural determinants of emotional judgments in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychology*, 23, 90-97.
- Gagnon, N. & Rousseau, F. (2005). Symptômes psychologiques : dépression. Dans P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Éds), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (pp. 146-189). Paris: Edisem/ Maloine.

- Gallo, J. L., Schmidt, K. S., & Libon, D. J. (2008). Behavioral and psychological symptoms, neurocognitive performance and functional independence in mild dementia. *Dementia*, 7, 397-413.
- Gallo, J. L., Schmidt, K. S., & Libon, D. J. (2009). An itemized approach to assessing behavioral and psychological symptoms in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24, 163-168.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 320-331.
- Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J. S., & Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer disease. *Cognitive And Behavioral Neurology*, 27(3), 117-129.
- Harrison, E. H., Gwi-Ryung, S., Jiyoung, K., Ann, L. (2007). Preserved implicit memory in dementia: A potential model for care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22, 286-293.
- Hasher, L., & Zacks, R. T. (1979). Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 356-388.
- Hobson, R. F. (1985). *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- International Psychogeriatric Association. (2002). *The IPA Complete Guides to Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) – Specialists Guide*. Skokie, IL.
- Jacoby, L. L. (1991). A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory. *Journal of Memory and Language*, 30, 39-55.
- Juillerat, A. C., Van der Linden, M., Seron, X., & Adam, S. (2000). La prise en charge des patients Alzheimer au stade débutant. Dans X. Seron & M. Van der Linden (Eds), *Traité de Neuropsychologie Clinique*, (Vol. 2, pp. 269-289). Marseille: Solal.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N., & Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with Major Depression and cognitive impairment: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 22.
- Kessels, R. P. C., & Hensken, L. M. (2009). Effects of errorless skill learning in people with mild-to-moderate or severe dementia: a randomized controlled pilot study. *NeuroRehabilitation*, 25, 307-312.
- Lee, H. B., & Lyketsos, C. G. (2003). Depression in Alzheimer's disease: Heterogeneity and related issues. *Biological Psychiatry*, 54, 353-362.
- Lustig, C., Buckner, R.L. (2004). Preserved neural correlates of priming in old age and dementia. *Neuron*, 42, 865-875
- Lyketsos, C. G., & Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment . *Biological Psychiatry*, 52, 243-252.
- Lyketsos, C. G., Steele, C., Galik, E., Rosenblatt, A., Steinberg, M., Warren, A., & Sheppard, J. (1999). Physical aggression in dementia patients and its relationship to depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 66-71.
- Magai, C., Cohen, C., Gomberg, D., Malatesta, C., & Culver, C. (1996). Emotional Expression During Mid- to Late-Stage Dementia. *International Psychogeriatrics*, 8, 383-395.
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, D., Mynt, P., & Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 39-44.

- Marston, D. C. (1995). Modified self management therapy for treatment of depression and anxiety in a nursing home resident. *Clinical Gerontologist*, *16*, 63–65.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, *129*, 126-142.
- Meulemans, T. (2000). Neuropsychologie de l'apprentissage implicite et de la mémoire procédurale. *Revue de neuropsychologie*, *10*, 129-157.
- Mori, E., Ikeda, M., Hirono, N., Kitagaki, H., Imamura, T., & Shimomura, T. (1999). Amygdalar volume and emotional memory in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 216-222.
- Moussard, A., Bigand, E., Clément, S., & Samson, S. (2008). Préservation des apprentissages implicites en musique dans le vieillissement normal et la maladie d'Alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, *18*, 127-152.
- Narme, P., Mouras, H., Roussel, M., Devendeville, A., & Godefroy, O. (2013). Assessment of socioemotional processes facilitates the distinction between frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Journal of Clinical And Experimental Neuropsychology*, *35*, 728-744.
- Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., Breitner, J. C., ... Lebowitz, B. D. (2002a). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 125-128.
- Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., & Lebowitz, B. D. (2002b). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: Rationale and background. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 129-141.
- Ohnen, S.H. (2002). Troubles psychocomportementaux du sujet âgé : Aspects cliniques. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*. *10*, 6-13.
- Park, S.M., Gabrieli, J.D.E., Reminger, S.L., Monti, L.A., Fleischman, D.A., Wilson, R.S., Tinklemberg, J.R., Yesavage, J.A. (1998). Preserved priming across study test picture transformations in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, *12*, 340-352.
- Paukert, A. L., Calleo, J., Kraus-Schuman, C., Snow, L., Wilson, N., Petersen, N. J., ... Stanley, M. A. (2010). Peaceful mind: An open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, *22*, 1012-1021.
- Poldrack, R.A., Gabrieli, J.D. (2001). Characterizing the neural mechanisms of skill learning and repetition priming: evidence from mirror-reading. *Brain*, *124*, 67-82.
- Raymond, M.-A. (2014). Études de cas mesurant l'efficacité d'interventions psychologiques offertes à des aidantes de personnes atteintes d'une démence de type Alzheimer.
- Reifler, B. V., Teri, L., Raskind, M., Veith, R., Barnes, R., White, E., & McLean, P. (1989). Double-blind trial of imipramine in alzheimer's disease patients with and without depression. *The American Journal of Psychiatry*, *146*, 45-49.
- Rubio, A., Vestner, A., Stewart, J. M., Forbes, N. T., Conwell, Y., & Cox, C. (2001). Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly : A case-control study. *Biological Psychiatry*, *49*, 137-145.
- Schacter, D. L. (1987). Memory, amnesia, and frontal lobe dysfunction. *Psychobiology*, *15*(1), 21-36.
- Schwebel, G., Dramé, M., Jolly, J., Boyer, F., Morrone, I., Di Pollina, L., Aquino, J.-P., Pfitzenmeyer, P., Rouaud, O., George, M.-Y., Ankri, J., Blanchard, F., Novella, J.-L. (2010). Validation psychométrique du questionnaire Dementia Quality of Life (DQoL) en langue française. *La Revue de Gériatrie*, *35*, 93-100.

- Scholey, K. A., & Woods, B. T. (2003). A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 175–185.
- Shapiro, D. A., & Firth, J. (1987). Prescriptive v. exploratory psychotherapy: Outcomes of the sheffield psychotherapy project. *British Journal of Psychiatry*, 151, 790-799.
- Squire, L.R. (1994). Declarative and nondeclarative memory: Multiple brain systems supporting learning and memory. Dans D.L. Schacter & E. Tulving (Éds), *Memory Systems*. Cambridge, MA: MIT Press
- Sunderland, T., Altermann, I. S., Yount, D., Hill, J. L., Tariot, P. N., Newhouse, P. A., ... Cohen, R. M. (1988). A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 955-959.
- Teri, L., & Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 31, 413.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, 159-166.
- Teri, L., & Uomoto, J. (1991). Reducing excess disability in dementia patients: Training caregivers to manage patient depression. *Clinical Gerontologist*, 31, 49-63.
- Thorpe, L. & Groulx, B. (2001). Depressive syndromes in dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 28, S83-S95.
- Vannest KJ, Parker RI, Gonen O. (2011). *Single case research: Web based calculators for SCR analysis*. College Station: Texas A&M University.
- Walker, D. A. (2004). Cognitive behavioural therapy for depression in a person with Alzheimer's dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 495-500.
- Wimo, A., Jönsson, L., Gustavsson, A., McDaid, D., Ersek, K., Georges, J., Valtonen, H. (2011). The economic impact of dementia in Europe in 2008 Cost estimates from the eurocodeproject. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 825-832.
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, R. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20, 41-49.

Tableau 1

Résultats de la participante aux tests neuropsychologiques et au dépistage des symptômes dépressifs

Nbr critère diagnostique du NIMH-dAD Olin et al., 2002a	6
MMSE (total/30)	21*
Dementia Rating Scale (total /144)	106*
Attention (total /37)	34
Initiation (total /37)	21
Construction (total /6)	3
Concepts (total /39)	32
Memory (total /25)	16

* Significativement plus bas de ce qui est attendu selon l'âge et le niveau de scolarité de la participante

Tableau 2

Indice de sévérité au CSDD pour chaque temps de mesure

	Pré-traitement	Post-traitement	Suivi un mois
Ève	10	16	7
Proche	10	7	6

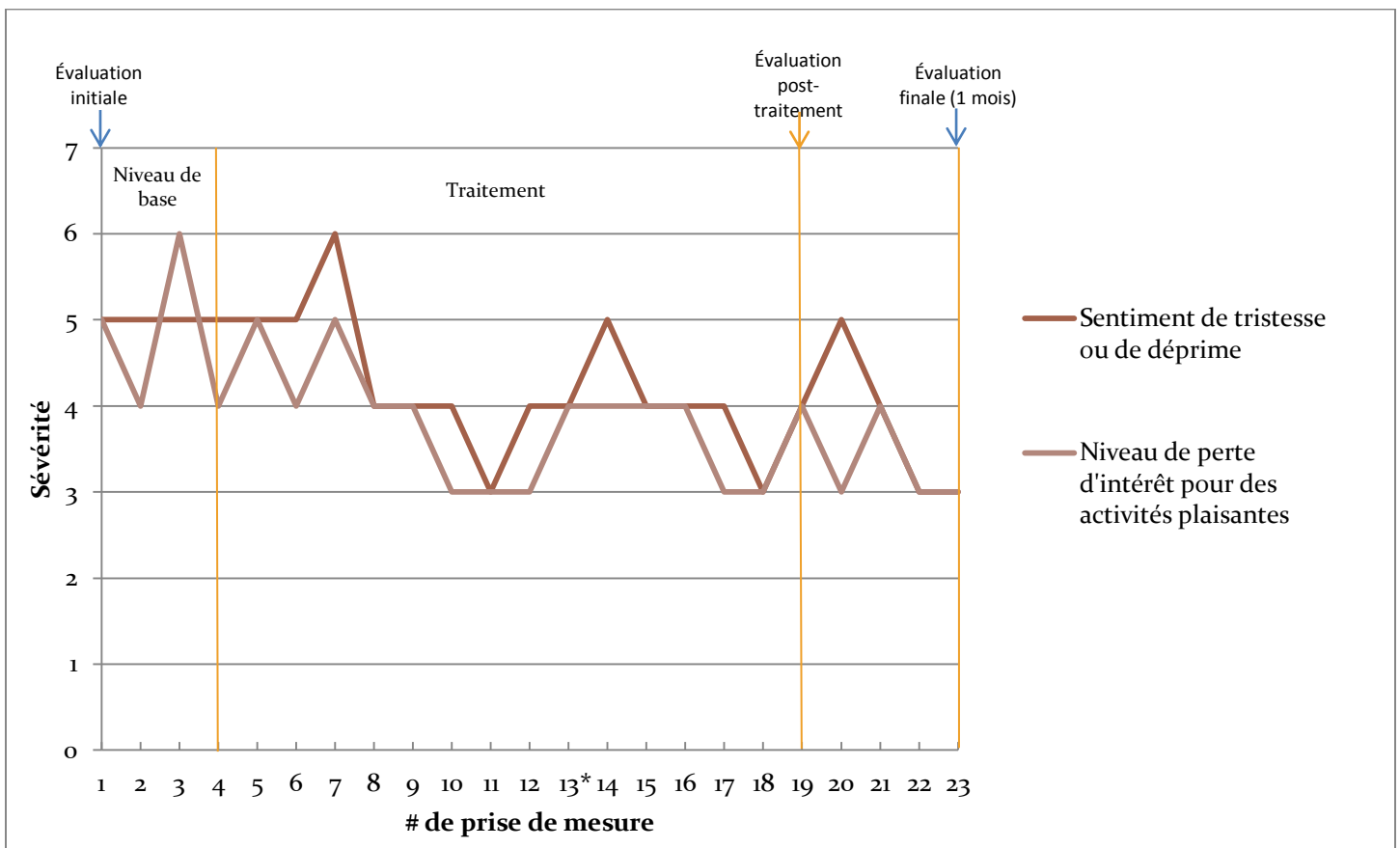
Tableau 3

Indice de sévérité du DMAS et entre chaque temps de mesure (%)

	Pré- traitement (T1)	Post- traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi 1mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation totale (T1- T3)
Ève	61,8	63,2	-1,4	52,9	-10,3	-11,7
Proche	61,8	52,9	-8,9	38,2	-14,7	-23,6

Tableau 4
Différence de l'indice de qualité de vie (DQoL) entre chaque temps de mesure (%)

	Pré-traitement (T1)	Post-traitement (T2)	Fluctuation (T1-T2)	Suivi mois (T3)	Fluctuation (T2-T3)	Fluctuation totale (T1- T3)
Estime de soi	53,0	27,0	-26,0	33,3	3,3	-19,7
Affects positifs	26,0	33,3	7,3	33,0	0,3	7,0
Sentiment appartenance	60,0	40,0	-20,0	33,0	-7,0	-27,0
Sens esthétique	28,0	46,0	18,0	20,0	-26,0	-8,0
Affects négatifs	50,9	38,0	-12,9	36,0	-2,0	-14,9



* Première discussion sur la fin de la thérapie

Figure 1 Mesure continue de la participante

Discussion générale

L'objectif principal de la thèse était de répondre à une question qui a émergé suite à des observations faites dans un centre d'hébergement de soins à longue durée par l'auteure principale : pourquoi les personnes atteintes d'un TNMA et de symptômes dépressifs ne reçoivent pas de services psychologiques? Le premier article de cette thèse tente donc de répondre à cette question par une revue de la littérature sur les psychothérapies adaptées jusqu'à maintenant pour les personnes atteintes d'un TNMA et de symptômes dépressifs. Le survol de la situation a d'abord mis en lumière les difficultés diagnostiques et les conséquences désastreuses que pouvait avoir cette comorbidité sur les personnes atteintes, leur entourage et la société. Par la suite, il est apparu que très peu d'essais cliniques visaient le traitement spécifique des symptômes dépressifs de cette clientèle. Par ailleurs, le peu d'études qui traitaient des symptômes dépressifs en cours de TNMA comportaient plusieurs lacunes, notamment, une méthodologie inadéquate et peu d'adaptations en regard des spécificités cognitives de la personne atteinte. Ce tour de la littérature a aussi modifié notre questionnement de départ. Puisque nous avons une meilleure idée des raisons qui pouvaient expliquer la rareté d'une offre de service en psychologie pour les personnes atteintes d'un TNMA, la question était maintenant de savoir si une thérapie psychodynamique et interpersonnelle était possible. Un survol des capacités préservées pouvant soutenir la progression de la personne atteinte d'un TNMA en psychothérapie a ainsi été effectué afin d'étayer la proposition d'un modèle adapté à la réalité de cette clientèle. Ce tour d'horizon a

notamment permis d'identifier la mémoire implicite et le traitement des émotions comme capacités préservées chez une personne atteinte d'un TNMA. Dans ce contexte, l'article 1 propose un nouveau modèle de psychothérapie qui porterait attention à la relation entre la personne atteinte et la thérapeute et qui solliciterait davantage la mémoire implicite. L'intervention utilisée est une adaptation du modèle proposé par Brierley et al. (2003) qui est lui-même inspiré du modèle de la conversation de Hobson (1985).

La transition de cette thèse présentait de manière plus détaillée le modèle et les principes psychothérapeutiques sous-jacents décrits dans l'article 1. S'en suit la présentation des adaptations ayant mené à la proposition d'un nouveau modèle d'intervention.

Cette section comprenait aussi la présentation de la méthodologie scientifique initiale adoptée afin de mesurer le potentiel clinique de ce modèle pour nos 4 participantes. Plus tard dans le processus, il a été décidé de ne pas inclure les trois premières participantes dans le deuxième article puisque leur processus thérapeutique avait subi l'inférence d'évènements pouvant nuire à l'interprétation des résultats obtenus aux mesures utilisées (p. ex. hospitalisations). Les trois processus sont donc aussi présentés dans cette section.

L'article 2 présente l'étude de cas d'*Ève*, la quatrième de nos participantes. Cette dernière a été évaluée à l'aide de la Dementia Mood Assessment Scale (DMAS), de la Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) et du Dementia Quality Of Life (DQOL). Les périodes d'évaluation ont eu lieu avant la ligne de base, à la quatorzième semaine du traitement et quatre semaines après la fin de la psychothérapie. La DMAS et la CSDD ont aussi été complétées à trois reprises par un proche aidant. De plus, la mesure continue était complétée chaque semaine par *Ève*. À l'aide d'une assistante de recherche, la présence et l'intensité d'un sentiment de tristesse et d'une perte d'intérêt pour les activités normalement appréciées étaient évaluées par cette mesure. Les résultats ont démontré une amélioration significative de son humeur durant la phase de traitement. De plus, le score obtenu à la CSDD s'est situé sous le seuil clinique de la dépression à la dernière mesure prise 3 mois après le traitement. Le proche aidant a aussi observé une baisse de symptômes dépressifs à la 14^e semaine de traitement et à la dernière mesure. Les résultats obtenus auprès des 4 participantes ont été inclus dans les réflexions présentées dans la discussion générale de cette thèse.

Les quatre suivis psychothérapeutiques ont démontré des résultats intéressants suite aux mesures utilisées pour évaluer l'effet de nos interventions. De manière générale, les résultats semblent confirmer partiellement notre hypothèse initiale proposant que la psychothérapie psychodynamique interpersonnelle de 15 séances permettrait une amélioration significative des symptômes dépressifs chez une clientèle

atteinte d'un TNMA. Ainsi, un effet significatif a été observé à au moins une mesure des symptômes dépressifs chez chacune des participantes.

Sur le plan de l'évaluation personnelle de leur humeur, 3 participantes sur 4 obtiennent un résultat sous clinique à la CSDD à la mesure finale, ce qui suggère une rémission de la dépression. P1 n'a toutefois pas observé d'amélioration significative. Notons par contre que l'amélioration qu'elle a observée à la DMAS (14,8) était très près du seuil critère (15%). Ce score peut donc nous permettre tout de même de conclure à une tendance positive au niveau de l'amélioration de cette mesure des symptômes dépressifs.

Compte tenu des résultats obtenus aux mesures cliniques de la dépression, il aurait été attendu d'observer une baisse de l'humeur dépressive et de la perte d'intérêt à la mesure continue. Cependant, pour 3 des 4 participantes, cette mesure n'a pas montré d'amélioration. Pour la quatrième participante, *Ève*, la mesure continue a démontré une amélioration de son humeur dépressive durant la phase de traitement. Cette amélioration s'est maintenue jusqu'à la mesure finale. Il est important de souligner qu'*Ève* n'a pas vécu d'événements négatifs majeurs durant le traitement, contrairement aux trois autres participantes. Cette stabilité semble donc avoir permis d'observer plus clairement l'effet du traitement psychothérapeutique sur la mesure continue.

En ce qui concerne plus spécifiquement les résultats obtenus auprès des proches aidants, il semble qu'ils aient noté une amélioration plus significative que la personne atteinte, et ce, plus tôt que les participantes elles-mêmes. Chacun des proches a minimalement indiqué une amélioration significative à une des deux mesures des symptômes dépressifs, et ce, à la mesure prise à la 14^e semaine de psychothérapie. Trois d'entre eux ont noté une amélioration significative aux deux mesures cliniques de la dépression lors de la mesure finale.

Ce ne sont pas toutes les études qui ont eu des résultats aussi intéressants, notamment à la CSDD. Notre intervention obtient des résultats qui semblent légèrement supérieurs à ceux obtenus suite à des interventions comportementales telles que celles proposées par Teri, Uomoto et McCurry (1997). Cette comparaison est facilitée par l'utilisation de la CSDD dans chacun de nos protocoles. Ainsi, dans le protocole de Teri, Uomoto et McCurry (1997), 60% des participants ont montré une amélioration significative de leurs résultats à l'échelle de la CSDD. Pour notre protocole, 3 des 4 participantes terminent l'étude avec un résultat sous clinique à cette échelle. Ceci suggère que notre intervention aurait possiblement un effet clinique plus important.

En fait, nos résultats semblent comparables à ceux de l'étude de Walker (2005) qui obtient une rémission des symptômes dépressifs de son participant à la CSDD. Il est intéressant de constater que nos études ont comme point commun l'inclusion plus importante de la personne atteinte dans le processus thérapeutique. Walker (2005) inclut

aussi le proche, mais la personne atteinte fait partie de chacune des discussions et elle est sollicitée cognitivement. Est-ce qu'il serait possible de conclure que les effets thérapeutiques sont encore plus grands lorsque la personne atteinte est davantage impliquée et que ses capacités préservées sont utilisées? C'est ce que suggèrent les résultats obtenus dans le contexte de la présente étude. Des études permettant d'adresser spécifiquement cette question seraient intéressantes à réaliser afin de pouvoir y répondre.

Certaines nuances s'imposent toutefois dans l'interprétation des résultats de la présente thèse. De prime abord, il était attendu que les participantes démontrent une amélioration significative immédiatement après le traitement. Cependant, pour la moitié d'entre elles, l'amélioration a seulement été observée à la dernière mesure, soit quatre semaines plus tard. Cette différence pourrait être liée à la perte de la relation thérapeutique qui a pu momentanément augmenter les symptômes dépressifs et amener des résultats non significatifs aux mesures administrées tout de suite après la fin de l'intervention. L'hypothèse est donc que les résultats obtenus tout de suite après la fin de l'intervention soient tributaires des émotions associées à la perte de la relation thérapeutique, et non d'un effet global de l'intervention sur les symptômes dépressifs. Une participante a clairement exprimé à l'intervenante qu'elle sentait que la fin du suivi la rendait plus déprimée que lors des semaines précédentes. Cet aspect est certainement un facteur à considérer dans l'interprétation de nos données. Ainsi, les symptômes dépressifs auraient possiblement pu être augmentés par l'annonce de la fin. Pour de

futures recherches, dans l'éventualité où le nombre de séances devait encore être limité, il serait possiblement bénéfique d'évaluer la personne avant le rappel de la fin du processus afin d'éviter l'influence de ce facteur sur la mesure clinique de l'humeur. D'un point de vue clinique, ces résultats pourraient en outre soutenir le maintien des services jusqu'à ce qu'une fin arrive de manière plus naturelle dans le processus, avec un nombre de séances non déterminé.

Les résultats obtenus auprès des proches aidants suggèrent une amélioration plus significative et plus rapide que ceux obtenus auprès des personnes atteintes. L'écart entre la perception des personnes atteintes et celle de leur proche pourrait s'expliquer encore une fois par le fait que l'annonce de la fin de la thérapie aurait amené le patient à vivre une perte qui provoque des symptômes dépressifs spécifiques et momentanés. L'écart entre la perception des proches et de la personne atteinte pourrait par ailleurs trouver une explication dans les changements qu'apporte la thérapie au plan de la communication. L'espace offert aux participantes leur a possiblement permis de ressentir un besoin moins intense de communiquer avec leurs proches. La majorité des participantes ont affirmé à un moment du suivi qu'elles n'étaient pas à l'aise de parler de leur souffrance avec leur proche et qu'elles essayaient de la cacher le plus possible. Il est donc plausible de penser que les rencontres ont provoqué une baisse de la communication de leurs émotions négatives à leur entourage puisqu'elles avaient un espace régulier pour s'exprimer en leur absence. Ce choix d'avoir accès à une personne neutre pour les aider plutôt que de devoir s'appuyer sur leurs proches, qui s'en trouvent

parfois démunis, pourrait ainsi représenter une option souhaitable pour certaines personnes atteintes. La validité accordée aux données recueillies par les personnes atteintes devra alors être admise. Il est clair que lorsque les études recueillent des données auprès des proches pour corroborer les symptômes dépressifs rapportés par la personne atteinte, c'est pour pallier un manque de confiance envers le jugement des participants. Pour les recherches futures, en considérant les capacités préservées des personnes atteintes, il serait donc avantageux de redéfinir l'usage des résultats recueillis auprès des proches et les utiliser pour enrichir l'analyse plutôt que pour valider ceux recueillis chez la personne atteinte.

Aussi, le nombre de séances pourrait être la cause de ce résultat partiel. Une étude de Kadera, Lambert et Andrews (1996) met en évidence, chez une clientèle adulte, une rémission clinique des symptômes psychiatriques de 22 % après huit séances, de 50 % après 16 séances et de 75 % après 26 séances. Nos observations rejoignent celles de cette étude, ce qui pourrait indiquer que notre nombre de séances était trop restreint pour supporter le rétablissement complet de nos participantes. De plus, les recherches qui ont validé le nombre de séances optimales s'adressent particulièrement aux personnes adultes sans troubles cognitifs. Ainsi, avec nos observations cliniques, il semble plausible de penser qu'un traitement plus étendu dans le temps aurait des meilleurs résultats en considérant l'utilisation de la mémoire implicite et du traitement des émotions.

Une autre explication des résultats partiels obtenus pourrait être le choix de certaines mesures pour observer l'effet clinique. La mesure de qualité de vie, la DQoL a été utilisée à des fins exploratoires pour mesurer l'effet du traitement dans la vie quotidienne des participantes. Pour Kazdin (1999), au-delà de la baisse objective de symptômes, la qualité de vie est un indice qui traduit un effet réel du traitement. Ainsi, la reprise de rôles sociaux, le fonctionnement quotidien et l'augmentation de la qualité de vie générale seraient des indices déterminants. En incluant une telle mesure, notre protocole visait donc une objectivation d'un tel phénomène. Malheureusement, la mesure utilisée n'était peut-être pas adaptée à une clientèle atteinte d'un TNMA. Les questions semblaient complexes pour les participantes qui exprimaient souvent de l'incompréhension selon les assistantes de recherches. Cependant, de manière qualitative, les participantes ont rapporté se mêler plus à leurs voisins et reprendre des activités qu'elles avaient délaissées. Ces observations s'ajoutent de manière non négligeable à la portée clinique des résultats de notre étude.

La mesure continue apporte aussi des questionnements quant à sa fiabilité à traduire les améliorations cliniques chez les participantes. La mesure continue avait pour objectif d'observer les variations de l'humeur et de la perte d'intérêt envers des activités normalement appréciées des participantes, et ce, tout au long du traitement. En considérant l'amélioration d'au moins une mesure clinique de la dépression, il aurait été attendu que cette mesure démontre une baisse de l'humeur dépressive, ainsi qu'une diminution de la perte d'intérêt pour chacune des participantes. Cependant, bien que

nous observions une amélioration des symptômes dépressifs, les résultats à cette mesure ne semblent pas aller dans le même sens. En observant les données recueillis pour compléter la mesure continue et nos données amassées pendant le traitement, on constate que plusieurs événements difficiles qui se sont produits pendant le traitement semblent avoir influencé cette mesure. Cette mesure pourrait ainsi démontrer une sensibilité trop accrue pour témoigner de l'effet général du traitement sur la vie des participantes. Cette observation amène un autre point important. Trois des quatre participantes ont eu minimalement une période d'hospitalisation en lien avec leur état précaire de santé pendant le déroulement du protocole. Ainsi, peut-être que la stabilisation de l'humeur et de la perte d'intérêt est une victoire pour les personnes atteintes d'un TNMA dont la santé physique est également fragile? Il est à ce titre intéressant de noter que les maladies chroniques augmenteraient le risque de dépression auprès de nos aînés (Aimonino et al., 2007; Guallar-Castillon et al., 2006; Perkins, 2007). Dans ce contexte, le maintien de l'humeur de la personne atteinte d'un TNMA et d'une santé fragile pourrait donc être un gain non négligeable. Cette hypothèse serait particulièrement pertinente pour le cas de P1. Cette dernière se démarque en regard de ses résultats aux échelles de mesure de la dépression et n'a malheureusement pas vu d'amélioration significative de son humeur. Il est donc possible que les événements qui ont perturbé son quotidien puissent expliquer cette absence de progrès.

L'amélioration plus modeste à l'échelle de la DMAS comparativement à celle de la CSDD chez certaines participantes pourrait s'expliquer par les différents domaines

inclus dans la composition des échelles. Ainsi, la DMAS inclut des éléments qui ne sont pas compris dans la CSDD comme la conscience émotionnelle, la réponse émotionnelle, la présence de culpabilité et le désespoir. Or, ces thèmes étaient très présents dans nos séances et font partie d'enjeux qui pourraient demander davantage de travail thérapeutique. Il est donc possible que nos résultats reflètent un rétablissement des symptômes dépressifs somatiques et comportementaux principalement mesurés par la CSDD, mais qu'une intervention à plus long terme soit nécessaire pour atteindre les croyances et les traits de personnalité qui peuvent mettre une personne à risque de développer ou maintenir un état dépressif. Ainsi, l'utilisation de cette mesure était peut-être ambitieuse pour le temps de psychothérapie accordé.

Finalement, le parcours d'une participante est intéressant à relever parmi les quatre suivis. P2 a démontré une augmentation des symptômes durant le traitement, pour ensuite démontrer une baisse significative à un seuil non clinique quatre semaines après la fin des séances de psychothérapie. Cette vision ne semble pas partagée par son proche aidant, qui indique un seuil significatif au début de traitement, et une absence de symptômes dépressifs à chacune des mesures aux deux autres temps d'évaluation. Les résultats obtenus par cette participante sont similaires aux résultats obtenus par un participant dans une étude sur la thérapie de groupe auprès des personnes atteintes d'un TNMA menée par Watkins, Cheston, Jones et Gilliars (2003). Ce groupe avait pour objectif de créer des discussions autour du thème « Comment vivre avec une mémoire qui n'est pas aussi bonne qu'elle était ? » [traduction libre]. Les auteurs ajoutent que le

rôle des intervenants était de refléter les émotions perçues et de guider les participants dans des conversations avec les autres membres du groupe. Watkins, Cheston, Jones et Gilliard (2003) décrivent le cheminement de Robert, un homme ayant participé à 10 sessions de groupe et qui a terminé la thérapie avec un résultat plus élevé à la CSDD. Les auteurs proposent que ce résultat puisse être le reflet d'une prise de conscience plus étendue de sa situation et du fait d'être atteint d'un TNMA. Cette augmentation des symptômes n'est alors pas déplorée par les auteurs ; ces derniers ayant jugé que par le biais du groupe, Robert a été capable de progresser de manière à atteindre un niveau de conscience supérieur à auparavant. Cette prémisse s'appuie aussi sur la proposition de Kitwood (1997) qui stipule que la conscience de la maladie pour les personnes atteintes de TNMA est dépendante de son contexte psychosocial. Dans un contexte favorable, Kitwood (1997) affirme que les personnes seraient capables d'approcher ce diagnostic, de donner du sens à ce dernier et de mieux l'accepter comme une partie d'eux. Il est donc possible que le contexte de thérapie ait pu fournir à P2 un contexte favorable à l'approche de ce diagnostic. Lors des séances, à de rares moments, il a été possible pour cette dernière de se dire inquiète de sa mémoire. Ces affirmations étaient très différentes de sa tendance habituelle à banaliser ses difficultés et à les expliquer uniquement par son âge. Cependant, ce travail a peut-être été seulement effleuré et il aurait peut-être été nécessaire de maintenir ce contexte favorable sur plusieurs semaines supplémentaires pour permettre à la participante de vraiment reconnaître ce diagnostic.

Notre étude est la première à obtenir des résultats concluants en proposant une psychothérapie plus spécifiquement d'approche psychodynamique et interpersonnelle à des personnes atteintes d'un TNMA. L'étude de Burns et al. (2005) n'avait pas obtenu de résultats positifs, d'où leur hypothèse sur le nombre trop limité de séances. Cet aspect est probablement en partie responsable de nos résultats positifs puisque nous avons offert 10 séances de plus que Burns et al. (2015). En outre, nos résultats sont possiblement en partie tributaires du fait d'avoir proposé et appliqué le retrait de la participation du proche aidant dans la thérapie, ainsi que du fait d'avoir imposé aux thérapeutes de travailler avec le matériel présenté spontanément en séance et de ne pas questionner directement les personnes atteintes pour éviter de solliciter la mémoire explicite déficitaire, et compter davantage sur la mémoire implicite relativement préservée.

Les résultats de cette thèse ajoutent par ailleurs à la prémisse que la psychothérapie avec une clientèle atteinte d'un TNMA et de symptômes dépressifs n'est pas seulement possible, mais qu'elle est également d'une richesse surprenante. Cette affirmation rejoint aussi la conclusion de Burns (2005) et al. qui affirment que la psychothérapie peut être efficacement adaptée à cette clientèle et que ce mode de traitement est apprécié et aidant pour les personnes atteintes d'un TNMA. Bien que des recherches soient encore nécessaires, il semble que la croyance selon laquelle une personne âgée atteinte d'un TNMA ne peut retirer de bénéfices d'une psychothérapie axée sur les émotions est erronée. Il est intéressant de rappeler qu'à une certaine époque,

alors que le vieillissement était un phénomène encore plus mystérieux, Freud (1924) considérait que l'approche psychodynamique était inappropriée pour les personnes âgées. Il était alors tenu pour acquis que les personnes âgées avaient une capacité d'introspection, des ressources cognitives et une capacité à développer une alliance thérapeutique largement insuffisante pour participer à une psychothérapie (Cath, 1982). Il est heureux que cette croyance n'ait pas été acceptée par tous et que plusieurs études nous aient démontré le contraire. Un concept qui vient soutenir l'offre d'une psychothérapie à une personne atteinte d'un TNMA au-delà des préjugés sur leur état cognitif est la réserve cognitive.

Selon Stern (2002) la réserve cognitive constitue une sorte de réservoir, constitué de notre intelligence innée, de notre niveau d'éducation et des traces de nos activités quotidiennes (occupationnelles ou professionnelles), qui prend la forme de diverses habilités et qui permet à certaines personnes d'amoindrir un déclin cognitif, qu'il soit relié à l'âge ou à l'Alzheimer. Pour Scarmeas et Stern (2003), ce concept pourrait expliquer des phénomènes surprenants comme les résultats suivants : une étude de Ince (2001) a révélé que 25 % des gens âgés de son échantillon qui ont été testés et déclarés sans trouble cognitif possédaient un seuil significatif de maladie d'Alzheimer à leur autopsie post mortem. En d'autres mots, Stern (2009) conclut qu'un degré d'atteinte pathologique ne résulte pas toujours en une expression clinique égale pour tous. Cette différence entre chaque personne présentant la maladie serait liée aux différences individuelles dans les processus cognitifs utilisés ou dans le développement de

connexions neuronales (Stern, 2009). Ainsi, deux personnes souffrant d'un TMNA pourraient présenter des différences individuelles dans l'utilisation des processus cognitifs ou dans le développement antérieur de connexions neuronales (Stern, 2009). Ce concept fait donc ressortir l'importance de considérer les différences individuelles et la préservation de certaines capacités cognitives dans la prise en charge des personnes atteintes.

Appuyé par les travaux d'Adam, Van der Linden, de Juillerat et Salmon (2000) et de Moussard, Bigand, Clément et Samson (2008), notre modèle d'intervention a été créé afin de s'appuyer sur des capacités préservées chez cette clientèle, principalement la mémoire implicite. Elle implique de pouvoir privilégier le traitement des sujets qui émergent spontanément afin de ne pas solliciter la mémoire explicite trop sévèrement atteinte. Par ailleurs, plusieurs commentaires ou gestes de nos participantes nous ont laissé croire qu'un traitement implicite du matériel abordé en séance était présent, et surtout, bénéfique pour leur rétablissement. Premièrement, comme illustré dans les extraits de thérapie exposés, les participantes exprimaient parfois leur surprise à communiquer autant d'informations aux thérapeutes. Ainsi, la deuxième participante se disait étonnée de révéler autant de choses dans les séances et que cela lui apportait un soulagement. Cette surprise pouvait illustrer qu'elle avait encodé le fait qu'elle avait un endroit sécuritaire pour s'exprimer et que cela était bénéfique pour elle, sans pouvoir l'identifier spécifiquement via sa mémoire explicite puisqu'il n'était jamais clair pour elle quel était le rôle de la thérapeute. En référence à la reconnaissance de la thérapeute,

il a semblé que l'encodage implicite a été explicite par certaines et implicite par d'autres. Un exemple concret est le fait qu'une participante a présenté la thérapeute comme son intervenante à un membre de famille croisé dans le corridor. Pour certaine, la reconnaissance a semblé limitée à un sentiment de familiarité. À la vue de la thérapeute, sans pouvoir la nommer ou identifier son rôle, elles débutaient le rituel de début de la séance en plaçant les chaises et en fermant la télévision. De plus, même chez les personnes pour qui la reconnaissance explicite de la thérapeute n'a pas eu lieu, le contenu travaillé en psychothérapie a semblé être traité implicitement. Le matériel, bien que n'ayant pas pu faire référence à une conversation déjà tenue, semblait revisité par les participantes qui concluaient différemment et avec une intensité émotionnelle parfois diminuée. Par exemple, la dame qui était en processus de deuil abordait de manière plus soutenue sa relation avec sa sœur au fil des séances. Aussi, certains gestes comme le fait de placer les mêmes chaises à l'arrivée de la thérapeute ou de se référer à elle comme leur « visite régulière » laissent croire en un sentiment de familiarité grandissant avec le temps et la répétition des séances. Il s'agit donc de nombreux exemples qui semblent confirmer l'implication de la mémoire implicite.

Une autre capacité préservée que nous avons présenté précédemment et qui pourrait soutenir nos observations cliniques à l'effet que les personnes atteintes ont démontré une certaine aisance en thérapie est le maintien du traitement des émotions (Broster, Blonder, & Jiang, 2012; Mori, et al., 1999). Effectivement, cette capacité préservée serait à elle seule un argument solide pour leur offrir une psychothérapie. Ces

données appuient aussi certains constats qui avaient été soulevés par Hausman (1992). Par le biais de nombreux suivis cliniques, Hausman (1992) affirme que la force des personnes atteintes d'un TNMA en psychothérapie est leur capacité à utiliser leurs émotions en séance au-delà de leur perte de capacité cognitive.

Hausman (1992) ajoute aussi avoir observé que la capacité de former une relation thérapeutique était préservée jusqu'à un stade sévère de la maladie. Il aurait d'ailleurs souligné que selon son expérience, le transfert semble se développer plus rapidement avec cette clientèle et qu'il s'agirait donc d'un excellent levier dans le processus. Nos observations cliniques abondent dans ce sens et c'est d'ailleurs un élément qui nous a permis d'affirmer que les échanges en psychothérapie étaient très riches. Par exemple, dans le suivi avec la première participante, le transfert s'est installé dès la première rencontre et a gagné en intensité lors de chaque séance. C'est très tôt dans le suivi, à la sixième rencontre, qu'il y a eu un changement majeur dans le transfert et celui-ci a permis à la dame de s'impliquer davantage dans un processus collaboratif. Ce phénomène s'est donc déployé avec une rapidité et une intensité plutôt rare dans les suivis de la population générale. Est-ce qu'il serait même possible de penser que la perte des processus cognitifs couplée à la conservation des processus émotifs prédispose cette population à un travail du transfert plus efficace et rapide en psychothérapie? Une hypothèse explicative pourrait être que la diminution de la capacité d'autorégulation chez les personnes atteintes pourrait être favorable à l'établissement du transfert. Malheureusement, à notre connaissance, ce lien n'a jamais été investigué. Une étude

traitant de ce phénomène pourrait donc être bénéfique pour guider les cliniciens qui travaillent auprès de cette clientèle.

Bien que les résultats de notre étude s'ajoutent à ceux d'autres études qui soulignent le potentiel de la thérapie proposé aux personnes atteintes d'un TNMA, certaines limites méthodologiques en restreignent la généralisation. D'abord, le nombre restreint de participantes. Ainsi, il serait nécessaire de reproduire cette intervention avec d'autres personnes atteintes. Il pourrait aussi être intéressant d'inclure des hommes dans l'échantillonnage afin d'observer si le sexe de la personne atteinte apporte des changements aux résultats recueillis.

Par la suite, bien que notre intervention s'appuie notamment sur la préservation de la mémoire implicite, celle-ci n'a fait l'objet d'aucune évaluation permettant de documenter sa progression. Le sentiment de familiarité qui semble s'être installé en thérapie a été établi uniquement sur la base des observations des thérapeutes. D'ailleurs, ces dernières détiennent un biais envers la réussite de l'expérimentation. Il avait été décidé de ne pas inclure une telle mesure en raison du manque de mesures disponibles et applicables dans un contexte clinique. Cette mesure permettrait d'objectiver la préservation de la mémoire implicite et donc, la possibilité d'en tirer profit. De plus, dans le contexte de l'évaluation d'une intervention, cette mesure pourrait permettre une corrélation entre les résultats obtenus et le niveau de préservation de la mémoire implicite.

Pour parfaire l'évaluation initiale, l'ajout d'une échelle de désirabilité sociale aurait été justifié. Concernant l'inclusion de P2, les symptômes dépressifs auto rapportés n'étaient pas significatifs lors de la première évaluation. Ce résultat venait donc en contradiction avec nos critères d'inclusion. Cependant, en considérant la littérature portant sur la difficulté des aînés à rapporter leurs symptômes dépressifs, l'impression subjective de sa proche aidante ainsi que notre jugement clinique, cette participante nous semblait correspondre à la clientèle visée. Cette décision aurait possiblement pu être validée par une échelle de désirabilité sociale qui aurait confirmé que la souffrance était voilée et non absente.

Finalement, pour soutenir l'hypothèse selon laquelle les participantes étaient plus actives socialement, il aurait été intéressant qu'un collaborateur complète un horaire détaillé des activités sociales réalisées chaque jour. Cette tâche pourrait être effectuée par le personnel de la résidence ou par un proche de la personne.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif de mesurer l'efficacité d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle de 15 semaines sur l'intensité des symptômes dépressifs d'une clientèle atteinte d'un TNMA. Les résultats obtenus à nos mesures cliniques des symptômes dépressifs nous permettent de conclure à une amélioration significative des symptômes dépressifs à au moins une mesure chez trois de nos participantes. Il est aussi important d'ajouter que les progrès observables par les mesures cliniques ont semblé progresser de pair avec un certain sentiment de familiarité. Cette observation est importante pour l'intervention auprès de cette clientèle longtemps négligées par les cliniciens. Ainsi, le développement d'un lien significatif semble possible et bénéfique. Bien que cette observation reste à objectiver à l'aide d'études futures, elle rejoint tout de même les conclusions des quelques auteurs qui ont essayé d'appliquer un traitement psychothérapeutique chez cette clientèle et qui en sont ressortis convaincus qu'un travail cognitif et émotif était possible (Walker, 2005; Burns et al., 2005).

Tout compte fait, malgré l'impact majeur du TNMA, il est intéressant de constater que les personnes qui en sont atteintes, du moins en début d'évolution, semblent apprécier et bénéficier d'un travail psychothérapeutique pour le soulagement de symptômes dépressifs. L'accomplissement d'une psychothérapie a été non seulement possible auprès des personnes atteintes, mais fût aussi d'une richesse surprenante. Il apparaît donc indéniable que cette avenue doit être proposée aux personnes atteintes

intéressées et que cette dernière nous permettra certainement d'en apprendre davantage sur le potentiel de rétablissement des symptômes dépressifs trop longtemps négligé pour les personnes atteintes d'un TNMA.

Références

- Adam, S. (2014). *Mémoire implicite : Théorie, évaluation, et implications cliniques*. Dans M., Van der Linden & X., Seron (Éds), *Traité de neuropsychologie clinique (2^e éd.)*. Marseille, France: Solal.
- Adam, S. (2007). Approche neuropsychologique de la prise en charge des stades débutants de la maladie d'Alzheimer. Dans T. Rousseau (Éd), *Démences : Orthophonie et autres interventions* (pp. 241-285). Isbergues, France: Ortho Edition.
- Adam, S., Bonsang, E., Grotz, C., & Perelman, S. (2013). Occupational activity and cognitive reserve: implications in terms of prevention of cognitive aging and Alzheimer's disease. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 377–390.
- Adam, S., Van der Linden, M., Juillerat, A. C., & Salmon, E. (2000). The cognitive management of daily life activities in patients with mild to moderate Alzheimer's disease in a day care centre: A case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10, 485-509.
- Aimonino, N., Tibaldi, V., Barale, S., Bardelli, B., Pilon, S., Marchetto, C., ... Molaschi, M. (2007). Depressive symptoms and quality of life in elderly patients with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease or cardiac heart failure: Preliminary data of a randomized controlled trial. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 7-12.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biological Psychiatry*, 23, 271-284.
- Alexopoulos GS, Raue PJ, Kiosses DN, et al. (2010). Problem-solving therapy and supportive therapy in older adults with Major Depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68, 33-41.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^e éd.)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychoanalytic Association, & Alliance of Psychoanalytic Organizations (2006). *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.

- Anderson, Y. J., Garis, J., Jackson, C., & Mc Clure, R. (2009). Providing psychotherapy to older adults in home: Benefits, challenges, and decision-making guidelines. *Clinical Gerontologist, 32*, 333–346.
- Appleby, B. S., Roy, P., Valenti, A., & Lee, H. B. (2007). Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease: Impact on mood and cognition. *Panminerva Medica, 49*, 139–149.
- Ballard, C., Bannister, C., Solis, M., & Oyebode, F. (1996). The prevalence, associations and symptoms of depression amongst dementia sufferers. *Journal of Affective Disorders, 36*, 135–144.
- Barlow, D. H., Nock, M. K., & Hersen, M. (2009). Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change (3^e éd.). Boston: Allyn & Bacon.
- Basse, C., Perrin, M., & Adam, S. (2009). Prise en charge de l'apathie dans la maladie d'Alzheimer par le maintien d'un domaine d'expertise : Étude d'un cas. Dans S., Adam, P., Allain, G., Aubin, & F., Coyette (Éds), *Actualités en rééducation neuropsychologique : Études de cas* (pp. 305-331). Marseille, France: Solal.
- Beatty, W. W., Winn, P., Adams, R. L., Allen, E. W., Wilson, D. A., Prince, J. R., Olson, K. A., Dean, K., Littleford, D. (1994). Preserved cognitive skills in dementia of the Alzheimer type. *Archives of Neurology, 51*, 1040-1046.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Börsch-Supan, A., Brügiavini, A., Jürges, H., Mackenbach, J., J., S., & Weber, G. (Éds). (2005). Health, ageing and retirement in Europe - First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim: MEA.
- Braak H, Braak E. (1997). Staging of Alzheimer's disease-related neurofibrillary changes. *Neurobiology of Aging journal. 16*, 271-284.
- Brierley, E., Guthrie, E., Busby, C., Marino-Francis, F., Byrne, J., & Burns, A. (2003). *Psychodynamic interpersonal therapy for early alzheimer's disease*. United Kingdom: Artesian Books. doi: 10.1111/j.1752-0118.2003.tb00097.x
- Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L., Walton, P. (1999). Conceptualization and Measurement of quality of life in dementia: the Dementia Quality of Life instrument (DQoL). *The Gerontologist, 39*, 25-35.
- Broster, L. S., Blonder L. X., & Jiang, Y. (2012). Does emotional memory enhancement assist the memory impaired? *Frontiers in Aging Neurosciences, 4*, 2.

- Bucks, R. S., & Radford, S. A. (2004). Emotion processing in Alzheimer's disease. *Aging and Mental Health, 8*, 222–232.
- Burgio, L. D., Burgio, K. L. (1986). Behavioral gerontology: Application of behavioral methods to the problems of older adults. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19*, 321-328.
- Burns, A., Guthrie, E., Marino-Francis, F., Busby, C., Morris, J., Russell, E., ... Byrne, J. (2005). Brief psychotherapy in Alzheimer's disease: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 187*, 143-147.
- Burrouhs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). Justifiable depression: how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice, 23*, 369-377.
- Caddel, L. S., & Clare, L. (2010). The impact of dementia on self and identity: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 113-126.
- Camus, V., Schmit, L., Ousset, P. J., Micas, M., & Association française de, p. b. (1995). *Dépression et démence : Contribution à la validation française de deux échelles de dépression : Cornell scale for depression in dementia et dementia mood assessment scale (french)* ETICOMMasson, Paris, France.
- Carrier, M.-H. (2009). *Trouble d'anxiété généralisée évaluation d'un traitement cognitif-comportemental combiné à des stratégies de régulation des émotions et d'acceptation et d'engagement expérientiel* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke. Repéré à <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/2799>
- Cath, S. H. (1982). Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy of the older patient. Discussion. *Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 43-53.
- Cheston, R. (1998). Psychotherapeutic work with people with dementia: A review of the literature. *British Journal of Medical Psychology, 71*, 211–231.
- Chew-Graham, C., Baldwin, R., & Burns, A. (2004). Treating depression in later life. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.), 329*, 181-182.
- Cleeremans, A., Destrebecqz, A., & Boyer, M. (1998). Implicit learning: News from the front. *Trends in Cognitive Sciences, 2*, 406-416.

- Collette, F., Van der Linden, M., Juillerat, A.C., & Meulemans, T. (2003). Cognitive-neuropsychological aspects. Dans R. Mulligan, M. Van der Linden, & A.C. Juillerat (Éds), *The clinical management of early Alzheimer's disease* (pp. 35-73). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Conn, D., & Thorpe, L. (2007). Assessment of behavioural and psychological symptoms associated with dementia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, *34*, S67-S71.
- Derouesné, C. (1996). Les manifestations psycho-comportementales de la maladie d'Alzheimer. *Synapse*, *129*, 71-77.
- Diamond, J. (2006). Rapport sur la maladie d'Alzheimer et la recherche actuelle. *Société Alzheimer du Canada*, 1-23.
- Draper, B., Snowden, J., & Meares, S. (2000). Case-controlled study of nursing home residents referred for treatment of vocally disruptive behavior. *International Psychogeriatrics*, *12*, 333-334.
- Esquirol, J. E. D. (1938). Des maladies mentales considérées sous le médicale, hygiénique et médico-legal. 2 volumes and atlas. *Paris: JB Baillière*.
- Eustache, F., Piolino, P., Giffard, B., Viader, F., Sayette, V. D. L., Baron, J. C., & Desgranges, B. (2004). "In the course of time": A PET study of the cerebral substrates of autobiographical amnesia in Alzheimer's disease. *Brain*, *127*, 1549-1560.
- Fauth, E. B., Zarit, S. H., Femia, E. E., Hofera, S.M., & Stephens, M.A.P., (2006). Behavioral and psychological symptoms of dementia and caregivers' stress appraisals: intra individual stability and change over short-term observations. *Aging Mental Health*, *10*, 563-573.
- Finkel, S.I., Costa e Silva, J.A., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N. (1996). Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Psychogeriatrics*, *8*, 497-500.

- Fisher, J. E., Drossel, C., Ferguson, K., Cherup, S., & Sylvester, M. (2008). Treating persons with dementia in context. In D. Gallagher-Thompson, A. M. Steffen, L. W. Thompson, D. Gallagher-Thompson, A. M. Steffen, L. W. Thompson (Eds.) , *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults* (pp. 200-218). New York, NY, US: Springer Science + Business Media
- Fleischman, D.A., Wilson, R., Gabrieli, J.D., Schneider, J., & Bennett, D.A. (2005). Implicit memory and Alzheimer's disease neuropathology. *Brain*, *128*, 2006-2015.
- Forsell, Y., Jorm, A. F., Fratiglioni, L., Grut, M., & Winblad, B. (1993) Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia (english). *American Journal of Psychiatry*. *150*, 1199-1202.
- Freud, S. (1924). *On psychotherapy*. Collected Papers (Vol. 1, pp. 220-248), London: Hogarth Press.
- Gagnon, L., Gosselin, N., Provencher, V., & Bier, N. (2012). Perception and emotional judgments of music in dementia of the Alzheimer type: A short case study. *Music Perception: An Interdisciplinary Journal*, *29*, 509-519.
- Gagnon, L., Peretz, I., & Fulop, T. (2009). Musical structural determinants of emotional judgments in dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychology*, *23*, 90-97.
- Gagnon, N. & Rousseau, F. (2005). Symptômes psychologiques : dépression. Dans P. Landreville, F. Rousseau, J. Vézina & P. Voyer (Éds), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence* (p. 146-189). Paris: Edisem/ Maloine.
- Gallo, J. L., Schmidt, K. S., & Libon, D. J. (2008). Behavioral and psychological symptoms, neurocognitive performance and functional independence in mild dementia. *Dementia*, *7*, 397-413.
- Gallo, J. L., Schmidt, K. S., & Libon, D. J. (2009). An itemized approach to assessing behavioral and psychological symptoms in dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, *24*, 163-168.
- Gauvreau, P., & Bouchard, S. (2008). Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating Generalized Anxiety Disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, *2*, 26-40.
- Giffard, B. (2008). Émotions, humeur et motivation. Dans B. Lechevalier, F. Eustache, & F. Viader (Éds), *Traité de neuropsychologie clinique, neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles: De Boeck, pp. 381-438.

- Glisky, E. L., & Schacter, D. L. (1987). Acquisition of domain-specific knowledge in organic amnesia: Training for computer-related work. *Neuropsychologia*, *25*, 893–906.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M., & Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 320-331.
- Gouvernement du Québec (2005). Une pleine participation des aînés au Québec. pp. 23-37. <http://www.conseil-des-aines.qc.ca/images/PDF/rapport20juin.pdf> (document consulté le 14 avril 2013)
- Guallar-Castillón, P., Del Mar Magariños-Losada, M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A. I., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., ... Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Revista Española de Cardiología*, *59*, 770–778.
- Guthrie, E. (1999). Psychodynamic Interpersonal Therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *5*, 135-145.
- Guzmán-Vélez, E., Feinstein, J. S., & Tranel, D. (2014). Feelings without memory in Alzheimer disease. *Cognitive And Behavioral Neurology*, *27*(3), 117-129.
- Harrison, E. H., Gwi-Ryung, S., Jiyoung, K., Ann, L. (2007). Preserved implicit memory in dementia: A potential model for care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *22*, 286-293.
- Hasher, L., & Zacks, R. T. (1979). Automatic and effortful processes in memory. *Journal of Experimental Psychology: General*, *108*, 356-388.
- Hausman, C. (1992). Dynamic psychotherapy with elderly demented patients. Dans G. Jones & B. Miesen (Éds), *Care-giving in Dementia*. London: Routledge.
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Ownby, R. L., & Duara, R. (1999). Association between premorbid history of depression and current depression in Alzheimer's Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *12*, 72–75.
- Hayes, S. C. (1992). Single case experimental design and empirical clinical practice. Dans E. Kazdin, Alan (Éd), *Methodological issues & strategies in clinical research* (pp. 491-521). Washington, DC: American Psychological Association.

- Helmer, C., Peres, K., & Montagnier, D. (2004). Epidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. *Psychologie & Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2, 7-12.
- Hobson, R. F. (1985) *Forms of feeling: The heart of psychotherapy*. London: Tavistock Publications.
- Hogan, D.B., Bailey, P, Carswell, A., Clarke, B., Cohen, C., Forbes, D., Man-Son-Hing, M., Lanctôt, K., Morgan, D., Thorpe, L. (2007). Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer's & Dementia*, 3, 355–384.
- Holroyd S, Clayton AH (2000). Measuring depression on the elderly: Which scale is best? *Medscape Mental Health*, 5, 1-8.
- Hopper, T. L. (2003). "They're just going to get worse anyway": Perspectives on rehabilitation for nursing home residents with dementia. *Journal of Communication Disorders*, 36, 345-359.
- Ince, P. (2001). Pathological correlates of late-onset dementia in a multicenter community-based population in England and Wales. *Lancet*, 357, 169–175.
- International Psychogeriatric Association. (2002). *Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) educational pack*. Skokie, IL.
- Jacoby, L. L. (1991). A process dissociation framework: Separating automatic from intentional uses of memory. *Journal of Memory and Language*, 30, 39-55.
- Jorm, A. F., & Jolley, D. (1998). The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*, 51, 728–733.
- Juillerat, A. C., Van der Linden, M., Adam, S., & Seron, X. (2000). La prise en charge des patients Alzheimer au stade débutant. Dans X., Seron (Éd), *Traité de neuropsychologie clinique : tome II* (pp. 269-289). Marseille, France: Solal.
- Kadera, S. W., Lambert, M. J., & Andrews, A. A. (1996). How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal Of Psychotherapy Practice & Research*, 5, 132-151.
- Kalenzaga, S., Piolino, P., & Clarys, D. (2015). The emotional memory effect in Alzheimer's disease: Emotional words enhance recollective experience similarly in patients and control participants. *Cognition and Emotion*, 29(2), 342-350.

- Katona, C., Freeling, P., Hinchcliffe, K., Blanchard, M., & Wright, A. (1995). Recognition and management of depression in late life in general practice: consensus statement. *Primary Care Psychiatry 1*, 107- 113.
- Katzman, R., Terry, R., DeTeresa, R., Brown, T., Davies, P., Fuld, P., Renbing, X., & Peck, A. (1988). Clinical, pathological, and neurochemical changes in dementia: A subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. *Annals of Neurology*, 23, 138–144.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339.
- Kazui, H., Mori, E., Hashimoto, M., Hirono, N., Imamura, T., Tanimukai, S., ... Cahill, L. (2000). Impact of emotion on memory. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 343-347.
- Kessels, R. P. C., & Hensken, L. M. (2009). Effects of errorless skill learning in people with mild-to-moderate or severe dementia: a randomized controlled pilot study. *NeuroRehabilitation*, 25, 307-312.
- Kiosses, D. N., Ravdin, L. D., Gross, J. J., Raue, P., Kotbi, N., & Alexopoulos, G. S. (2015). Problem adaptation therapy for older adults with Major Depression and cognitive impairment: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 22.
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia. *Aging & Mental Health*, 1, 13–22.
- Kørner, A., Abelskov, L., Gulmann, K., Brodersen, N., Wedervang-Jensen, A., Torben, M., Kjeldgaard, K. (2006). The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 360–364.
- Kotler-Cope, S., & Camp, C. J. (1995). Anosognosia in Alzheimer disease (English). *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 9, 52–56.
- Kratochwill, T. R., Levin, J. R., Horner, R. H., & Swoboda, C. M. (2014). Visual analysis of single-case intervention research: Conceptual and methodological issues. Dans T. R. Kratochwill & J. R. Levin (Éds), *Single-case intervention research: Methodological and statistical advances* (pp. 91–125). Washington, DC,: American Psychological Association.
- Kukull, W. A., & Ganguli, M. (2000). Epidemiology of dementia: concepts and overview. *Neurologic Clinics*, 18, 923–950.

- Landes, A. M., Sperry, S. D., Strauss, M. E., & Geldmacher, D. S. (2001). Apathy in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society, 49*, 1700-1707.
- Landreville, Rousseau, F., Vézina, J., & Voyer, P. (Éds) (2005), *Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence : Une approche interdisciplinaire*. Edisem/Maloine.
- Lee, H. B., & Lyketsos, C. G. (2003). Depression in Alzheimer's disease: Heterogeneity and related issues. *Biological Psychiatry, 54*, 353-362.
- Lustig, C., Buckner, R.L. (2004). Preserved neural correlates of priming in old age and dementia. *Neuron, 42*, 865-875.
- Lyketsos, C. G., et Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's disease : Overview and treatment. *Biological Psychiatry, 52*, 243-252.
- Lyketsos, C. G., Steele, C., Galik, E., Rosenblatt, A. , Steinberg, M., Warren, A., & Sheppard, J. (1999). Physical aggression in dementia patients and its relationship to depression. *American Journal of Psychiatry, 156*, 66-71.
- Lyketsos, C. G., Steinberg, M., Tschanz, J. T., Norton, M. C., Steffens, D. C., & Breitner, J. C. S. (2000). Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry, 157*, 708-714.
- Lyketsos, C. G., Tune, L. E., Pearlson, G., & Steele, C. (1996). Major Depression in Alzheimer's disease: An interaction between gender and family history. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 37*, 380-384.
- Machado, S., Cunha, M., Minc, D., Portella, C. E., Velasques, B., Basile, L. F., ... Ribeiro, P. (2009). Alzheimer's disease and implicit memory. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 67*(2-A), 334-342
- Magai, C., Cohen, C., Gomberg, D., Malatesta, C., & Culver, C. (1996). Emotional Expression During Mid- to Late-Stage Dementia. *International Psychogeriatrics, 8*, 383-395.
- Margallo-Lana, M., Swann, A., O'Brien, J., Fairbairn, A., Reichelt, K., Potkins, D., Mynt, P., & Ballard, C. (2001). Prevalence and pharmacological management of behavioural and psychological symptoms amongst dementia sufferers living in care environments. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*, 39-44.

- Marriott, A., Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, *176*, 557–562.
- Marston, D. C. (1995). Modified self management therapy for treatment of depression and anxiety in a nursing home resident. *Clinical Gerontologist*, *16*, 63–65.
- Martinelli, P., Sperduti, M., & Piolino, P. (2013). Neural substrates of the self-memory system: New insights from a meta-analysis. *Human Brain Mapping*, *34*, 1515–1529.
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G., & Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, *129*, 126-142.
- Merriam, A. E., Aronson, M. K., Gaston, P., Wey, S., & Katz, I. (1988). The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, *36*, 7-12.
- Meulemans, T. (2000). Neuropsychologie de l'apprentissage implicite et de la mémoire procédurale. *Revue de Neuropsychologie*, *10*, 129-157.
- Migliorelli, R., Tesón, A., Sabe, L., Petracchi, M., Leiguarda, R., & Starkstein, S. E. (1995). Prevalence and correlates of Dysthymia and Major Depression among patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, *152*, 37–44.
- Moayeri, S. E., Cahill, L., YI JIN, & Potkin, S. G. (2000). Relative sparing of emotionally influenced memory in Alzheimer's disease (English). *Neuroreport (Oxf.)*, *11*, 653–655.
- Mori, E., Ikeda, M., Hirono, N., Kitagaki, H., Imamura, T., & Shimomura, T. (1999). Amygdalar volume and emotional memory in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 216-222.
- Morris, J. C. (1993). The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules. *Neurology*, *43*, 2412–2414.
- Moussard, A., Bigand, E., Clément, S., & Samson, S. (2008). Préservation des apprentissages implicites en musique dans le vieillissement normal et la maladie d'alzheimer. *Revue de neuropsychologie*, *18*, 127-152.

- Murphy, K. J., Troyer, A. K., Levine, B., & Moscovitch, M. (2008). Episodic, but not semantic, autobiographical memory is reduced in amnesic mild cognitive impairment. *Neuropsychologia*, *46*, 3116–3123
- Murray, L. L. (2002). Cognitive distinction between depression and early Alzheimer's disease in the elderly. *Aphasiology*, *16*, 573-585.
- Narme, P., Mouras, H., Roussel, M., Devendeville, A., & Godefroy, O. (2013). Assessment of socioemotional processes facilitates the distinction between frontotemporal lobar degeneration and Alzheimer's disease. *Journal of Clinical And Experimental Neuropsychology*, *35*, 728-744.
- Nashiro, K., & Mather, M. (2011). Effects of emotional arousal on memory binding in normal aging and Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychology*, *124*(3), 301-312.
- Nieuwenhuis-Mark, R. E., Schalk, K., & de Graaf, N. (2009). Free recall and learning of emotional word lists in very elderly people with and without dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, *24*(2), 155- 162.
- O'Connor, D.W., Rosewarne, R., & Bruce, A. (2001). Depression in primary care. 1: Elderly patient's disclosure of depressive symptoms to their doctors. *International Psychogeriatrics*, *13*, 359-365.
- Ohnen, S.H. (2002). Troubles psychocomportementaux du sujet âgé : Aspects cliniques. *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, *10*, 6-13.
- Olin, J. T., Schneider, L. S., Katz, I. R., Meyers, B. S., Alexopoulos, G. S., Breitner, J. C., ... Lebowitz, B. D. (2002a). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 125-128. doi: 10.1176/appi.ajgp.10.2.125
- Olin, J. T., Katz, I. R., Meyers, B. S., Schneider, L. S., & Lebowitz, B. D. (2002b). Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease: Rationale and background. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 129-141. doi: 10.1176/appi.ajgp.10.2.129
- Organisation Mondiale de la Santé (2012). *Dementia: A public health priority (english)*. OMS, Genève.
- Paley, G., Shapiro, D. A., Myers, J., Patrick, S., & Reid, E. (2003). Practice development Personal reflections of mental health nurses training to use Hobson's Conversational Model (psychodynamic-interpersonal) of psychotherapy. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *10*, 735–742.

- Park, S.M., Gabrieli, J.D.E., Reminger, S.L., Monti, L.A., Fleischman, D.A., Wilson, R.S., Tinklemberg, J.R., Yesavage, J.A. (1998). Preserved priming across study test picture transformations in patients with Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, *12*, 340-352.
- Paukert, A. L., Calleo, J., Kraus-Schuman, C., Snow, L., Wilson, N., Petersen, N. J., ... Stanley, M. A. (2010). Peaceful mind: an open trial of cognitive-behavioral therapy for anxiety in persons with dementia. *International Psychogeriatrics*, *22*, 1012-1021.
- Pearlson, G. D., Ross, C. A., Lohr, W. D., Rovner, B. W., Chase, G. A., & Folstein, M. F. (1990). Association between family history of affective disorder and the depressive syndrome of Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, *147*, 452-456.
- Perkins, E. A. (2007). Self- and proxy reports across three populations: Older adults, persons with Alzheimer's disease, and persons with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *4*, 1-10.
- Piolino, P., Desgranges, B., Belliard, S., Matuszewski, V., Lalevee, C., De La Sayette, V., & Eustache, F. (2003). Autobiographical memory and autonoetic consciousness: Triple dissociation in neurodegenerative diseases. *Brain*, *126*, 2203-2119.
- Poldrack, R.A., Gabrieli, J.D. (2001). Characterizing the neural mechanisms of skill learning and repetition priming: evidence from mirror-reading. *Brain*, *124*, 67-82.
- Powell-Proctor, L., Miller, E. (1982). Reality orientation: A critical appraisal. *British Journal of Clinical Psychology*, *26*, 83-91.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2009) *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice* (3e éd.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Raymond, M.-A. (2014). *Études de cas mesurant l'efficacité d'interventions psychologiques offertes à des aidantes de personnes atteintes d'une démence de type alzheimer* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke. Repéré à http://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/5300/Raymond_Marc_Andre_DPS_2014.pdf?sequence=5
- Reifler, B. V., Teri, L., Raskind, M., Veith, R., Barnes, R., White, E., & McLean, P. (1989). Double-blind trial of imipramine in alzheimer's disease patients with and without depression. *The American Journal of Psychiatry*, *146*, 45-49.

- Reynolds, C.F., Frank, E., Perel, M.D., et coll. (1999). Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association*, *281*, 39-45.
- Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, *3*, 172-180.
- Rubio, A., Vestner, A., Stewart, J. M., Forbes, N. T., Conwell, Y., & Cox, C. (2001). Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: A case-control study. *Biological Psychiatry*, *49*, 137-145.
- Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003) Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25*, 625-633.
- Schacter, D. L. (1987). Memory, amnesia, and frontal lobe dysfunction. *Psychobiology*, *15*(1), 21-36.
- Scholey, K. A., & Woods, B. T. (2003). A series of brief cognitive therapy interventions with people experiencing both dementia and depression: a description of techniques and common themes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*, 175-185.
- Schultz, R. R., de Castro, C. C., & Bertolucci, P. F. (2009). Memory with emotional content, brain amygdala and Alzheimer's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, *120*(2), 101-110
- Schwebel, G., Dramé, M., Jolly, J., Boyer, F., Morrone, I., Di Pollina, L., Aquino, J.-P., Pfitzenmeyer, P., Rouaud, O., George, M.-Y., Ankri, J., Blanchard, F., Novella, J.-L. (2010). Validation psychométrique du questionnaire Dementia Quality of Life (DQoL) en langue française. *La Revue de Gériatrie*, *35*, 93-100.
- Shapiro, D. A., & Firth, J. (1987). Prescriptive v. exploratory psychotherapy: Outcomes of the sheffield psychotherapy project (english). *British Journal of Psychiatry*, *151*, 790-799.
- Shapiro, D. A. & Startup, M. (1993) Measuring therapist adherence in exploratory therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *22*, 193-203.

- Simm, L. A., Jamieson, R. D., Ong, B., Garner, M. J., & Kinsella, G. J. (2015). Making sense of self in Alzheimer's disease: reflective function and memory. *Ageing & Mental Health*, 1-8
- Simon, J., & Bastin, C. (2014). Mémoire épisodique dans la maladie d'Alzheimer : Déclin de la remémoration consciente et de la familiarité ? *Medecine Sciences : M/S*, 30. Consulté à l'adresse <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/169496>
- Small, B. J., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Winblad, B., Bäckman, L. (2000). The course of cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: 3- and 6-year follow-up of a population-based sample. *Archives of Neurology*, 57, 839-844.
- Société Alzheimer du Canada. (2010b). Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada. Toronto, ON: Auteur.
- Solomon, K. & Szwabo, P. (1992). *Psychotherapy for patients with dementia*. Dans E. Morley., R. M. Coe., R. Strong., & G. T. Grossberg (Éds). *Memory Function and Aging-Related Disorders* (pp. 295-319). New York: Springer Publishing.
- Squire, L.R. (1994). Declarative and nondeclarative memory: multiple brain systems supporting learning and memory. Dans D.L., Schacter, & E., Tulving, (Éds), *Memory Systems*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Starkstein, S. E., Dragovic, M., Jorge, R., Brockman, S., & Robinson, R. G. (2011). Diagnostic criteria for depression in Alzheimer disease: A study of symptom patterns using latent class analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 551-558.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., & Robinson, R. G. (2005). The construct of Minor and Major Depression in Alzheimer's disease (English). *American Journal of Psychiatry*, 162, 2086-2093.
- Statistique Canada. (2012). Annuaire du Canada 2012, Les aînés (Chap. 12, pp.22- 37).
- Steffens, D. C., Plassman, B. L., Helms, M. J., Welsh-Bohmer, K., Saunders, A. M., & Breitner, J. C. S. (1997). A twin study of late-onset depression and apolipoprotein E e4 as risk factors for Alzheimer's disease. *Biological Psychiatry*, 41, 851-856.

- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve ? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015-2028.
- Stern Y., Tang, M. X., Denaro, J., Mayeux, R. (1995). Increased risk of mortality in Alzheimer's disease patients with more advanced educational and occupational attainment. *Annals of Neurology*. 37, 590-595.
- Strauss, M. E., & Ogrocki, P. K. (1996). Confirmation of an association between family history of affective disorder and the depressive syndrome in Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1340-1342.
- Strober, L. B., & Arnett, P. A. (2009). Assessment of depression in three medically ill, elderly populations: Alzheimer's disease, parkinson's disease, and stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 205-230.
- Sunderland, T., Alterman, I. S., Yount, D., Hill, J. L., Tariot, P. N., Newhouse, P. A., ... Cohen, R. M. (1988). A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients *The American Journal of Psychiatry*, 145, 955-959.
- Teng, E., Ringman, J. M., Ross, L. K., Mulnard, R. A., Dick, M. B., Bartzokis, G., ... Cummings, J. L. (2008). Diagnosing depression in Alzheimer disease with the national institute of mental health provisional criteria. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 469-477. doi: 10.1097/JGP.0b013e318165dbae.
- Teri, L., & Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 31, 413.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 52, P159-P166.
- Teri, L., & Uomoto, J. (1991). Reducing excess disability in dementia patients: Training caregivers to manage patient depression. *Clinical Gerontologist*, 31, 49-63.
- Thorpe, L. & Groulx, B. (2001). Depressive syndromes in dementia. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 28, S83-S95.
- Thornton, S., Brotchie, J. (1987). Reminiscence: A critical review of the empirical literature. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 93-111.

- Vannest KJ, Parker RI, Gonen O. (2011) *Single case research: Web based calculators for SCR analysis*. College Station: Texas A&M University.
- Verhey, F.R.J., Jolles, J., Ponds, R.W.H.M., de Lugt, M., Vreeling, F. (1995). Psychiatric disorders in patient attending an outpatient memory clinic. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *10*, 899-902.
- Verhey, F. R. J., & Visser, P. J. (2000). Phenomenology of depression in dementia. *International Psychogeriatrics*, *12*, 129-134. doi: 10.1017/S1041610200006906
- Walker, D. A. (2004). Cognitive behavioural therapy for depression in a person with alzheimer's dementia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *32*, 495-500.
- Watkins R, Cheston R, Jones K, & Gilliard J. (2006). “Coming out” with Alzheimer’s disease: changes in awareness during a psychotherapy group for people with dementia. *Aging & Mental Health*, *10*, 166–176.
- Wimo, A., Jönsson, L., Gustavsson, A., McDaid, D., Ersek, K., Georges, J., . . . Valtonen, H. (2011). The economic impact of dementia in europe in 2008—Cost estimates from the eurocode project. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*, 825-832.
- Winborn, M. (2012). The shadow of familiarity: A contributor to the intersubjective field. *Journal of Analytical Psychology*, *57*, 187–206.
- Zuidema, S., Koopmans, R., & Verhey, R. (2007). Prevalence and predictors of neuropsychiatric symptoms in cognitively impaired nursing home patients. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. *20*, 41-49.

Appendice A

Critères diagnostiques de la dépression dans la maladie d'Alzheimer (Olin et al., 2002)

A) Le patient doit avoir au moins 3 des symptômes suivants dans une période de 2 semaines et représentent un changement de la condition pré-morbide. De plus, au moins un des symptômes est l'humeur dépressive (1) ou la diminution de l'affect positif ou du plaisir (2)

- 1. Humeur dépressive cliniquement significative**
 - 2. Diminution de l'affect positif ou du plaisir dans les activités habituelles**
 - 3. Perturbation de l'appétit**
 - 4. Perturbations du sommeil**
 - 5. Changements psychomoteurs (par exemple, agitation ou ralentissement)**
 - 6. Fatigue ou perte d'énergie**
 - 7. Sentiments d'inutilité, de désespoir ou de culpabilité excessive**
 - 8. Idéation suicidaire, plan ou tentative**
 - 9. Pensées récurrentes de mort ou de suicide**
 - 10. L'isolement social ou de retrait**
 - 11. Irritabilité**
-

B) Tous les critères sont présents pour une Démence de type Alzheimer (DSM-IV).

C) Les symptômes causent une détresse significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D) Les symptômes ne sont pas exclusivement présents lors d'un délirium.

E) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

F) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par une autre condition

Note : ne pas inclure les symptômes qui sont, selon votre jugement, clairement dus à une condition médicale autre que la maladie d'Alzheimer ou qui sont la conséquence directe de symptômes physiques de la démence (ex. perte de poids liée à des difficultés d'ingestion de la nourriture).

À spécifier: Apparition simultanée: Si les symptômes sont antérieurs ou simultanés avec les symptômes du TNMA. Apparition suite au TNMA : Si les symptômes apparaissent suite aux symptômes du TNMA

Appendice B
Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur

Critères diagnostiques du DSM-IV, Épisode dépressif majeur

A) 5 ou plus des symptômes suivants présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentant un changement avec le fonctionnement antérieur. Au moins un critère étant l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt.

1. Humeur dépressive
2. Perte d'intérêt
3. Perte de poids ou gain de poids (p.ex. 5% en un mois) ou augmentation ou diminution de l'appétit
4. Insomnie ou hypersomnie
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
6. Fatigue ou perte d'énergie
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
8. Diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou à prendre une décision
9. Pensées de mort, idées suicidaires, tentative de suicide

B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte

C) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou une affection médicale générale

Appendice C
Lignes de base multiples

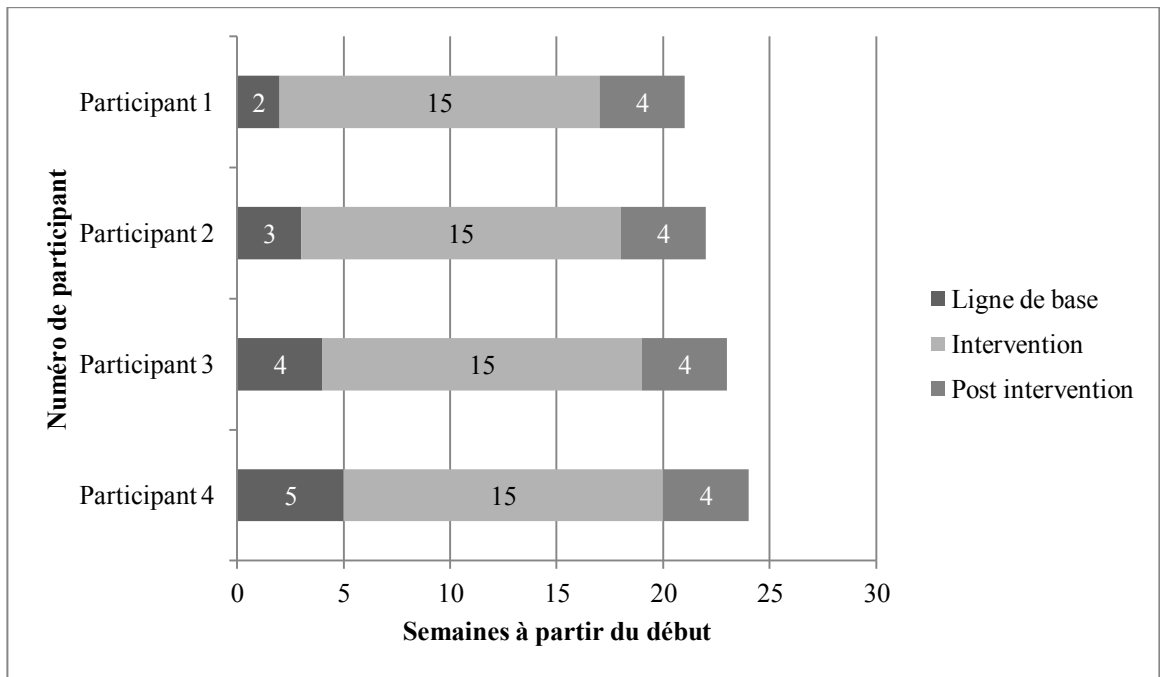


Figure 5. Lignes de base multiples selon les participants

Appendice D

Brochure qui sera remise aux participants potentiels par les référents

Est-ce qu'un
support
psychologique
pourrait m'aider?



**Vous souffrez d'un
trouble neurocognitif dû
à la maladie
d'Alzheimer?**

**Vous ressentez certaines
émotions et symptômes
présentés ci-dessous?**

→Tristesse

→Difficultés de sommeil

→Sentiment de
culpabilité

→Irritabilité

→Perte de plaisir

→Anxiété

→Idées noires

→Solitudes

→Pleurs fréquents

Un support psychologie pourrait vous être offert

→ Vivre avec cette maladie est difficile, mais il est possible d'améliorer votre qualité de vie et soulager une partie de votre souffrance.

→ Vous pourriez participer à une recherche clinique visant à évaluer l'efficacité d'une psychothérapie sur la détresse psychologique associée à la maladie d'Alzheimer.

→ **Aucun frais de participation**

→ **Rencontre à domicile en collaboration avec votre proche aidant**

Quel engagement cela demandera de votre part?

→ Assister à 15 rencontres de support psychologique

→ Répondre à des questions portant sur votre humeur et votre bien-être et sur vos habiletés cognitives

Cette recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Vous êtes intéressé(e)s à participer?

Contactez-nous!

Stéphanie Bourassa
Doctorante en psychologie

Téléphone : 418-440-3153
stephanie.bourassa@usherbrooke.ca

Projet sous la supervision du

Dre. Lise Gagnon de l'Université de Sherbrooke
Tél : 1-800-267-8337, poste 65485



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Appendice E

Formulaire d'engagement au respect des consignes liées à l'étude pour les intervenants
qui participent au recrutement

**FORMULAIRE D'ENGAGEMENT AU RESPECT DES CONSIGNES LIÉES A
L'ÉTUDE POUR LES INTERVENANTS QUI PARTICIPENT AU RECRUTEMENT**

Consignes liées à la participation à cette étude

1. Mon rôle consiste à identifier des participants potentiels, leur remettre le dépliant d'invitation à participer à l'étude et à leur demander l'autorisation de communiquer leurs coordonnées à la chercheuse principale. Ensuite, je devrai remplir la fiche de référence et la faire parvenir à la chercheuse principale.
2. Je respecterai au mieux de mon jugement les critères établis pour choisir les personnes à qui je remettrai la lettre d'invitation à participer à cette étude.
3. Je ne transmettrai pas d'autres informations sur cette recherche que celles qui m'ont été demandées de transmettre
4. Je n'utiliserai pas mon influence indûment pour inciter ces personnes à participer à l'étude.

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris le présent formulaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions, qui ont été répondues à ma satisfaction. Par la présente, je m'engage à respecter les consignes ci-haut mentionnées.

Signature : _____

Signature de la responsable de l'étude : _____

Signé à _____, le _____ 20_____.

Appendice F
Fiche de référence

Fiche de référence pour le projet de recherche

Informations sur le référent :

Nom : _____ -

Institution : _____

Date de la référence : _____

Informations sur le patient :

Le patient a-t-il un diagnostic d'un trouble neurocognitif de type Alzheimer?

Oui Non Ne sait pas

Qui a posé le diagnostic? _____

Quelle est la date du diagnostic? _____

Est-ce que le patient a reçu d'autres diagnostics? Oui Non Ne sait pas

Si oui, lesquels? _____

Nom du patient : _____

Nom du proche aidant : _____

Adresse: _____

Numéro de téléphone : _____

Appendice G

Canevas de l'entrevue de présélection avec le patient et le proche aidant

Entrevue de présélection

1. Votre médecin ou votre neuropsychologue a-t-il posé un diagnostic de trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer? Oui Non Ne sait pas
2. Si oui, est-ce que cela fait plus de 6 mois? Oui Non
3. Avez-vous des maladies physiques diagnostiquées par votre médecin traitant? Oui Non
4. Si oui, lesquelles? _____
5. *Resentez-vous de la détresse émotionnelle? Oui Non
6. Êtes-vous francophone? Oui Non
7. *Avez-vous une vision et une audition fonctionnelles? Oui Non
8. *Avez-vous des antécédents neurologiques ou psychiatriques? Oui Non
Si oui lesquels? _____
9. Quelle médication prenez-vous actuellement? Depuis combien de temps?
10. Suivez-vous une thérapie actuellement? Oui Non
11. Avez-vous suivi une thérapie dans la dernière année?
12. Êtes-vous conscient de changements cognitifs récents?
13. Désirez-vous parler de ces changements et de leurs conséquences avec un professionnel de la santé?
14. Êtes-vous intéressé et disponible en continu pendant environ 6 mois pour participer à un projet de recherche sur l'effet d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle sur le bien-être ?
Oui Non

*Les questions devancées par une étoile pourraient être difficile pour les participants. Des mots simples et adaptés seront utilisés. Par exemple, pour la question 5 un complément pourra être de demander : «Avez-vous parfois des émotions qui sont difficiles à vivre ou qui vous rendent inconfortables pendant longtemps?». La question 7 pourrait se traduire «Voyez-vous assez bien, entendez-vous assez bien pour faire les activités que vous aimez?». Pour question 8, ce pourrait être «Avez-vous déjà eu besoin dans votre vie, dans une période difficile, de rencontrer un psychologue, un psychiatre ou un neuropsychologue?»

Appendice H

Formulaire de consentement à participer à l'étude



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

Titre du projet

Effet d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle sur l'humeur d'une clientèle atteinte d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer (TNMA).

Personnes responsables du projet

Stéphanie Bourassa, étudiante au doctorat en psychologie de l'Université, est responsable de ce projet sous la direction principale de Lise Gagnon, neuropsychologue et professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Vous pouvez la joindre au numéro de téléphone 1-800-267-8337, poste 65485, pour toute information supplémentaire ou tout problème relié au projet de recherche.

Financement du projet de recherche

La recherche ne bénéficie d'aucune subvention externe et la chercheuse ne déclare aucun conflit d'intérêts.

Objectifs du projet

L'objectif de ce projet est d'étudier les effets d'un programme de psychothérapie sur l'humeur de personnes souffrant d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer.

Raison et nature de la participation

Il vous est proposé de participer à cette recherche en tant que personne présentant un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer et possiblement des symptômes dépressifs. Avant que la recherche ne débute, vous serez soumis à une évaluation cognitive par une neuropsychologue afin de confirmer que vous présentez un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer. Une évaluation de votre état psychologique vous sera également proposée de manière à vérifier si vous présentez des signes de détresse psychologique. Cette évaluation exigera environ 2 heures de votre temps.

Si vous ne répondez pas au diagnostic de TNMA ou si vous ne présentez pas de détresse psychologique, vous ne pourrez pas participer à la recherche, mais des références de services dans la communauté pourront vous être fournies. Selon vos besoins, vous pourriez être dirigé vers un CLSC, vers un psychologue en privé ou un groupe communautaire de soutien.

Si vous répondez à tous les critères d'inclusion de la recherche, vous serez invité à y participer. Votre participation sera requise pour un programme de 15 rencontres de psychothérapie d'environ 50 minutes par semaine. Si vous comptez vous absenter pendant le programme, il vaut mieux ne pas l'entreprendre. Au cours des 15 semaines du programme, il vous est demandé de ne pas débiter une autre thérapie.

De plus, pendant 2 à 5 semaines avant le programme, vous aurez une fiche d'auto-enregistrement à remplir et un rendez-vous avec un assistant de recherche. Ceci vous prendra environ dix minutes chaque fois. Enfin, vous rencontrerez l'assistant une dernière fois après une période d'un mois suivant le traitement. Durant ce mois, il vous sera demandé de continuer la fiche d'auto-enregistrement à raison d'une fois par semaine. L'assistant vous contactera durant cette période pour vous le rappeler.

Avantages pouvant découler de la participation

Votre participation à ce projet de recherche vous permettra de bénéficier d'une psychothérapie individuelle à court terme gratuite avec une doctorante en psychologie, visant à aborder certains sentiments difficiles et ainsi améliorer votre humeur. À cela s'ajoute le fait que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances entourant le soutien des personnes étant touchées par la maladie d'Alzheimer. Les informations des évaluations que vous passerez pour cette étude pourront être transmises à votre médecin qui pourrait les utiliser afin de mieux vous aider dans votre suivi médical.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation

Votre participation à la recherche ne devrait pas comporter d'inconvénients significatifs, bien qu'elle exigera de votre temps pendant 6 mois.

Il se pourrait que certaines évaluations ou interventions vous amènent à vivre des émotions difficiles. Dans ce cas, la chercheuse réservera l'espace nécessaire pour accueillir ce vécu et en discuter avec vous. Si cela est nécessaire, vous pourrez demander de prendre une pause ou de poursuivre à un autre moment. Si vous ressentez le besoin de vous retirer du projet en raison d'une trop grande détresse, nous pourrons vous fournir une référence adaptée à votre situation ou

le nom d'un professionnel qui pourra vous donner du soutien, si vous le souhaitez. En fonction de vos besoins, ces ressources pourraient être votre Centre de santé et de services sociaux local ou votre médecin traitant.

Il se peut aussi que vous ressentiez une pression à participer à l'étude étant donné que c'est un intervenant qui vous a transmis le dépliant explicatif de l'étude. Soyez assuré que votre intervenant ne sera en aucun cas avisé de votre décision de participer ou non à la présente étude et que toutes les données vous concernant demeureront confidentielles, à moins que vous ne donniez votre consentement écrit indiquant que vous souhaitez que des informations lui soient communiquées. Prenez note par ailleurs que votre intervenant n'est d'aucune façon affilié à cette étude et ce dernier a seulement aidé au recrutement.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Advenant que vous vous retiriez de l'étude, demandez-vous que les documents écrits vous concernant soient détruits?

Oui Non

Il vous sera toujours possible de revenir sur votre décision. Le cas échéant, la chercheuse vous demandera explicitement si vous désirez la modifier.

Compensations financières

Il est possible que votre participation à ce projet vous occasionne des dépenses, notamment des frais de déplacement pour vous rendre aux évaluations et aux traitements. Ces frais sont à votre charge. En contrepartie, les évaluations et traitements vous sont dispensés gratuitement.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Durant votre participation à ce projet de recherche, la chercheuse responsable ainsi que son personnel recueilleront et conserveront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils peuvent comprendre les informations suivantes: nom, sexe, date de naissance, origine ethnique, les questionnaires que vous aurez à compléter lors de ce projet et les enregistrements audio des séances.

Tous les renseignements recueillis au cours du projet de recherche demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un code alphanumérique. La clé reliant le code à votre dossier de recherche sera conservée par la chercheuse responsable du projet de recherche.

La chercheuse principale de l'étude utilisera les données à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet de recherche décrits dans ce formulaire d'information et de consentement.

Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou

communication scientifique ne renfermera quoi que ce soit qui puisse permettre de vous identifier.

Enregistrement audio

Les séances de psychothérapies seront enregistrées à l'aide d'un magnétophone numérique. Les enregistrements seront ensuite présentés au superviseur, membre de l'Ordre des psychologues du Québec, qui sera le seul avec la chercheuse principale à avoir accès à ce matériel. Ils seront donc utilisés comme guide dans la psychothérapie et afin que le superviseur commente le travail du psychothérapeute. Ceci est une condition essentielle pour votre participation à l'étude.

Nous autorisez-vous à utiliser vos enregistrements à des fins de supervision clinique?

Oui Non

Les données recueillies et les enregistrements des séances seront conservés, sous clé, pour une période n'excédant pas 5 ans après la fin de la collecte de données. Après cette période, les données et enregistrements seront détruits. Aucun renseignement permettant d'identifier les personnes qui ont participé à l'étude n'apparaîtra dans aucune documentation.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourrait être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, ou par des organismes gouvernementaux mandatés par la loi. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Permission de consultation auprès de votre proche aidant

La chercheuse principale éprouvera peut-être le besoin de parler avec votre proche aidant pour assurer le meilleur suivi possible dans votre processus. Effectivement, il sera peut-être nécessaire de demander son avis sur des changements récents dans votre comportement ou sur votre capacité à consentir à la continuation de la psychothérapie. Ces interventions auront comme objectif votre bien-être tout au long du processus et c'est pourquoi nous jugeons que c'est un critère essentiel pour participer à l'étude.

Est-ce que vous autorisez la psychothérapeute à contacter : _____

A ce numéro de téléphone ; _____ et ce, tout au long de la psychothérapie ?

Oui Non

De plus, les données recueillies pourraient être transmises à votre médecin, (*nom en lettres moulées*) _____, afin de l'aider dans son suivi médical auprès de vous. Acceptez-vous que ces informations soient transmises à votre médecin?

Oui Non

Autorisation pour une période de : _____ à partir du _____

Résultats de la recherche et publication

Un résumé écrit des résultats, sous forme vulgarisée, sera remis aux participants qui en ont fait la demande.

Surveillance des aspects éthiques et identification du président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Vous pouvez parler de tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet avec la responsable du projet Mme Stéphanie Bourassa au 418-663-5000 poste 6759, ou expliquer vos préoccupations à **M. Olivier Laverdière.**, président du Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines, en communiquant par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant : 1 800 627-8337 **poste 62644**, ou par courriel à : cer_lsh@USherbrooke.ca.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et/ou compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire. Je comprends la nature

et le motif de ma participation au projet. J'ai eu l'occasion de poser des questions qui ont été répondues à ma satisfaction.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant: _____

Fait à _____, le _____ 201_

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude comprenant l'obtention du consentement

Je, _____, chercheuse principale de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

De plus, je certifie avoir expliqué au participant intéressé les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité

Signature de la chercheuse principale de l'étude et de la responsable de l'obtention du consentement : _____

Fait à _____, le _____ 2013.

Appendice I

Formulaire de respect de la confidentialité pour assistant de recherche



FORMULAIRE DE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ POUR ASSISTANTE OU ASSISTANT DE RECHERCHE

Type de recherche

Effet d'une psychothérapie psychodynamique interpersonnelle sur l'humeur d'une clientèle atteinte d'un trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer.

Responsable du projet

Stéphanie Bourassa, étudiante au doctorat professionnel en psychologie clinique, est responsable de ce projet. Vous pouvez la rejoindre au 418-440-3153 ou à l'adresse courriel Stephanie.bourassa@USherbrooke.ca. Elle est dirigée par Lise Gagnon (Lise.Gagnon@USherbrooke.ca), professeure au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.

Modalités liées à la confidentialité

Pour participer au présent projet de recherche en tant qu'assistante ou assistant de recherche, vous devez :

1. Vous engager à respecter la confidentialité des données; ainsi, vous vous assurez de travailler sur les données dans un endroit privé et en aucun cas vous ne divulguez des informations contenues dans les documents auxquels vous aurez accès pour réaliser votre tâche;
2. Vous engager à ne garder en aucun cas, en tout ou en partie, des données issues de la présente recherche.

Je, _____ (*nom en lettres moulées*), déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Par la présente, je m'engage à respecter les modalités énoncées.

Signature de l'assistant(e) de recherche : _____

Signature de la responsable de l'étude :

Signé à _____, le _____ 20__.

Appendice J

Tableau présentant les outils neuropsychologiques utilisés

Tableau 16

Outils neuropsychologiques utilisés

Variables mesurées	Outil neuropsychologiques sélectionnés
Diverses fonctions cognitives	MMS (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Hébert et al., 1992)
Attention, initiation, construction, conceptualisation, mémoire	Échelle de Mattis (Mattis, 1976)

Appendice K

Échelle de dépression en cours de démence de Cornell

Échelle de Cornell

(Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.)

Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un MMS < 15.

L'examineur doit essayer de la poser en interrogatoire direct avec le patient pendant une dizaine de minutes, mais également en hétéro-évaluation avec sa famille pendant une vingtaine de minutes.

Prénom :	Nom :	Date de naissance:.....
Date du test :.....		Nom et status de l'accompagnant

Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents pendant la semaine précédant l'entretien.

Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :

a = impossible à évaluer 0 = absent 1 = modéré ou intermittent 2 = sévère.

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis | a | 0 | 1 | 2 |
| 2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement | a | 0 | 1 | 2 |
| 3. Absence de réaction aux événements agréables | a | 0 | 1 | 2 |
| 4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante | a | 0 | 1 | 2 |

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT:

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux | a | 0 | 1 | 2 |
| 6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions | a | 0 | 1 | 2 |
| 7. Nombreuses plaintes somatiques
(coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs) | a | 0 | 1 | 2 |
| 8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois) | a | 0 | 1 | 2 |

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude | a | 0 | 1 | 2 |
| 10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois) | a | 0 | 1 | 2 |
| 11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois) | a | 0 | 1 | 2 |

D. FONCTIONS CYCLIQUES

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin | a | 0 | 1 | 2 |
| 13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude | a | 0 | 1 | 2 |
| 14. Réveils nocturnes fréquents | a | 0 | 1 | 2 |
| 15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude | a | 0 | 1 | 2 |

E. TROUBLES IDÉATOIRES:

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir | a | 0 | 1 | 2 |
| 17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec | a | 0 | 1 | 2 |
| 18. Pessimisme, anticipation du pire | a | 0 | 1 | 2 |
| 19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte | a | 0 | 1 | 2 |

TOTAL : sur 38 Nombre de a :

Le score seuil pour penser à un syndrome dépressif est de 10.

Appendice L
Échelle de l'évaluation de l'humeur au cours des démences

ANNEXE 1. — *Échelle d'évaluation de l'humeur au cours des démences* [d'après Sunderland *et al.*, 1988 (49)].

Instructions : Echelle basée sur un entretien clinique et une information objective obtenue auprès de la famille ou de professionnels. Choisir la description de l'échelle qui paraît être la plus fidèle à l'état du malade. La comparaison doit s'effectuer par rapport au comportement attendu chez un individu de la même classe d'âge et du même sexe. Chaque item doit être coté dans un continuum allant de 0 (dans les limites de la normale) à 6 (très sévère), les descriptions représentent des indications générales de sévérité. La présence d'un caractère spécifique n'est pas nécessaire pour classer un individu dans une certaine catégorie, son absence ne justifie pas de sous-coter. Quand un sujet s'inscrit entre deux cotations, les notes intermédiaires 1, 3, 5 seront utilisées.

1. Activité motrice volontaire

0. Reste actif dans les activités journalières (sans tenir compte des aptitudes ou des compétences).
2. Participe aux activités planifiées, mais peut avoir besoin d'être guidé pour organiser son temps libre.
4. A besoin d'aide pour organiser le temps non structuré, mais participe toujours aux activités organisées.
6. N'entame spontanément que peu, voire aucune activité. Ne participe pas volontiers aux activités, même fortement stimulé.

2. Sommeil (Coter A et B)*A. Insomnie*

0. Absence d'insomnie, d'impatience.
2. Impatience la nuit, ou insomnie occasionnelle (de plus d'une heure). Peut se plaindre de mal dormir.
4. Réveil matinal précoce, intermittentes ou fréquentes difficultés d'endormissement (> 1 heure). Peut se lever pour de courtes périodes, pour d'autres raisons que pour satisfaire un besoin naturel.
6. Troubles du sommeil presque toutes les nuits, avec insomnie, réveils fréquents et/ou agitation, qui modifient profondément le cycle veille/sommeil.

B. Somnolence diurne

0. Pas de somnolence apparente.
2. Peut apparaître somnolent pendant la journée avec des assoupissements occasionnels.
4. Assoupissement fréquent pendant la journée.
6. Essaye de dormir souvent pendant la journée.

3. Appétit (Coter A ou B)*A. Diminution de l'appétit*

0. Pas de diminution de l'appétit.
2. Montre moins d'intérêt pour les repas.
4. Perte d'appétit ou perte de plus de 500 g/semaine.
6. A besoin d'encouragements ou d'assistance pour manger ou perte > 1kg/semaine.

B. Augmentation de l'appétit

0. Pas d'augmentation de l'appétit.
2. Montre un intérêt accru pour les repas et l'organisation des repas.
4. Grignotages fréquents en dehors des repas ou prise de poids de plus de 500 g/semaine.

6. Absorption de nourriture excessive tout au long de la journée ou prise de poids > 1 kg/semaine.

4. Plaintes psychosomatiques

0. Absence de plaintes, ou cohérentes avec état physique.
2. Très préoccupé par sa santé (que les problèmes médicaux soit réels ou imaginaires).
4. Plaintes physiques fréquentes ou demandes répétées de soins médicaux sans rapport avec l'état physique réel.
6. Plaintes physiques préoccupantes, centrées sur les plaintes spécifiques, à l'exclusion de tout autre problème.

5. Energie

0. Niveau d'énergie normal.
2. Baisse modérée d'énergie.
4. Souvent fatigué. Activités habituelles souvent perturbées par la fatigue.
6. Tente souvent de rester seul assis ou allongé durant la journée. Semble épuisé, malgré le faible taux d'activité.

6. Irritabilité

0. Pas plus d'irritabilité que d'habitude.
2. Sensibilité excessive, basse tolérance aux frustrations usuelles, sarcastique.
4. Impatient, demandes répétées, réactions de colère fréquentes.
6. Irritabilité globale ne pouvant être supprimée par diversion ou explication.

7. Agitation physique

0. Pas d'impatience ou d'agitation physique.
2. Agitation anxieuse (mouvement d'émiettement, tape du pied) ou tension corporelle.
4. Difficultés à rester assis immobile. Bouge de place en place sans raison valable.
6. Se tord les mains ou marche de long en large fréquemment. Incapable de rester assis pour une activité organisée.

8. Anxiété

0. Pas d'anxiété apparente.
2. Appréhension ou inquiétude mais accessible à la réassurance.
4. Soucieux de faits mineurs ou trop préoccupé par des problèmes particuliers. Tension visible au niveau du visage ou du comportement. Demande à être souvent réassuré.
6. Contrarié et tendu en permanence. Nécessite une attention et une réassurance permanentes pour garder le contrôle de l'anxiété.

9. Apparence déprimée

0. Ne paraît pas déprimé. Nie être déprimé à l'interrogatoire.
2. Paraît parfois triste ou abattu. Admet que le moral est bas de temps en temps.
4. Paraît fréquemment déprimé, malgré la capacité à exprimer ou expliquer ses pensées.
6. Montre une apparence déprimée, même à un observateur occasionnel. Peut être associée à des pleurs spontanés fréquents.

ANNEXE 1. — *Échelle d'évaluation de l'humeur au cours des démences* [d'après Sunderland *et al.*, 1988 (49)] (suite).**10. Conscience de l'état émotionnel**

0. Parfaitement conscient de son état émotionnel. Les émotions exprimées sont cohérentes avec les situations en cours.
2. Nie parfois les sentiments appropriés à la situation.
4. Nie souvent les réactions émotionnelles. Peut laisser apparaître des sentiments appropriés au cours de conversations centrées sur des sujets personnels.
6. Nie en permanence son état émotionnel, même lors des confrontations directes.

11. Réponse émotionnelle

0. Réponse émotionnelle (sourire et pleurs) adaptée. Etablit un contact visuel régulier. Parle et plaisante spontanément en groupe.
2. Evite occasionnellement le contact visuel, mais réponse adaptée en cas de contact visuel initié par autrui. Peut parfois sembler distant, indifférent, en situation sociale.
4. Souvent assis parmi les autres, le regard vide. Répond par des mimiques pauvres.
6. Ne recherche pas les contacts sociaux. Exprime peu d'émotions même au contact des êtres chers. Paraît incapable de réagir positivement ou négativement à des situations émotionnelles (calme).

12. Capacité de plaisir

0. Jouit normalement des activités et des contacts avec l'entourage.
2. Intérêt réduit, semble ressentir moins de plaisir.
4. Manifestations moins fréquentes de plaisir, montre moins de plaisir en présence de l'entourage.
6. Exprime rarement joie ou plaisir, même lors d'activités jugées habituellement comme attrayantes.

13. Estime de soi

0. Pas de perte apparente de l'estime de soi ou de sentiment d'infériorité.
2. Baisse légère et occasionnelle de l'estime de soi. Peut se sentir capable d'identifier ses forces et ses réussites.
4. Auto-dépréciation spontanée, sentiment de dévalorisation sans relation objective à la réalité.
6. Sentiment persistant de dévalorisation ne pouvant se dissiper malgré la réassurance.

14. Culpabilité

0. Absence.
2. Auto-accusation. A l'interrogatoire, se décrit comme un fardeau pour sa famille ou ses amis.
4. Se décrit spontanément comme une charge pour l'entourage (famille, soignants). Idées spontanées de culpabilité, d'erreurs, sensibles à la réassurance.
6. Préoccupations continues à thème de culpabilité, de honte.

15. Désespoir, dépendance

0. Absence de désespoir, de dépendance.
2. S'interroge sur ses capacités à affronter la vie, l'avenir. Demandes d'aides pour des tâches simples ou des décisions qu'il peut habituellement assumer.
4. Pessimiste, mais peut être rassuré quant à l'avenir. Recherche fréquemment une assistance même sans besoin.
6. Se sent désespéré vis-à-vis du futur. Exprime des sentiments de perte, d'absence ou de peu de contrôle sur sa vie.

16. Idéations suicidaires

0. Absence. Nie toute idée de suicide.
2. Considère sa vie comme indigne d'être vécue ou constate que l'entourage vivrait mieux sans lui/elle. Absence de projet exprimé de passage à l'acte suicidaire.
4. Désir de mort, désir de mourir dans son sommeil, ou prie Dieu de le/la prendre maintenant.
6. Tout geste, tentative de geste, ou projet exprimé de passage à l'acte.

17. Parole

0. Flux, modulation, et rythme d'élocution normaux. Le discours est clair, fluent.
2. Silences. Pauses répétées durant la conversation. Voix basse, douce, monotone.
4. Elocution spontanée réduite. Les réponses aux questions directes sont moins fluides ou marmonnées. N'entame pas spontanément la conversation, est difficile à entendre.
6. Parle rarement spontanément, les propos sont difficiles à entendre.

Appendice M
Échelle de la qualité de vie en cours de démence (DQoL)

DQoL

Questions Tests

Introduction:

«Je vais vous demander comment vous allez ces derniers temps, en vous posant une série de questions. Je vous demanderai d'utiliser des échelles pour répondre aux questions. Voici la première échelle.

Échelle 1

La première série de réponses concerne le plaisir qu'on peut prendre à différentes choses, à savoir, prendre un peu de plaisir, prendre un certain plaisir, prendre un grand plaisir, prendre un très grand plaisir».

Pas de réponse	Aucun plaisir	Un peu de plaisir	Un certain plaisir	Un grand plaisir	Un très grand plaisir
0	1	2	3	4	5

Test 1 :

Si quelqu'un (par exemple, un parent ou un ami) n'a pas eu de plaisir à regarder la télévision, quelle réponse faudrait-il choisir?

JUSTE FAUX

Test 2 :

Si cette personne a un très grand plaisir à regarder la télévision, quelle réponse faudrait-il choisir?

JUSTE FAUX

Test 3 :

Si c'est vous qui avez pris beaucoup de plaisir à regarder la télévision, quelle réponse choisiriez-vous?

JUSTE FAUX

Pas de réponse	Aucun plaisir	Un peu de plaisir	Un certain plaisir	Un grand plaisir	Un très grand plaisir
0	1	2	3	4	5

Ces temps-ci...

	Réponse
1. Avez-vous pris du plaisir à écouter de la musique?	
2. Avez-vous pris du plaisir à écouter les sons de la nature (chant des oiseaux, le vent dans les feuilles, le bruit de la pluie)?	
3. Avez-vous pris du plaisir à regarder les animaux, les oiseaux?	
4. Avez-vous pris du plaisir à regarder les animaux, les oiseaux?	
5. Avez-vous pris du plaisir à regarder les nuages, le ciel?	

Commentaires sur les non-réponses :

Échelle 2

«Cette nouvelle échelle de réponses concerne des sentiments que vous avez pu avoir, ces temps-ci.

Le choix de réponse vous permet de dire si vous avez éprouvé ces sentiments : jamais, rarement, quelquefois, souvent, très souvent.

Vous voyez comment répondre?»

Pas de réponse	Aucun plaisir	Un peu de plaisir	Un certain plaisir	Un grand plaisir	Un très grand plaisir
0	1	2	3	4	5

Ces temps-ci...

Est-ce que vous vous êtes senti(e) utile?	
Est-ce que vous vous êtes senti(e) mal à l'aise à cause de quelque chose ou de quelqu'un?	
Avez-vous eu le sentiment que vous étiez aimé(e) ?	
Est-ce que vous vous êtes senti(e) sûr(e) de vous?	
Est-ce que vous avez été content(e) de vous?	
Avez-vous eu le sentiment d'être apprécié(e) par les autres?	
Avez-vous eu le sentiment d'avoir réussi quelque chose?	
Vous est-il arrivé de rire?	
Vous est-il arrivé d'avoir peur?	
Vous êtes-vous senti(e) heureux(se)?	
Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	
Vous êtes-vous senti(e) contrarié(e), énervé(e)	
Avez-vous été de bonne humeur?	
Avez-vous éprouvé de la colère?	
Vous êtes-vous senti(e) soucieux(se)?	
Est-ce que vous avez vu la vie du bon côté?	
Vous êtes-vous senti(e) déprimé(e)?	
Vous êtes-vous senti(e) confiant dans l'avenir?	
Vous êtes-vous senti(e) anxieux(se)?	
Vous êtes-vous senti(e) triste?	
Vous êtes-vous senti(e) irritable (sur les nerfs)?	
Vous êtes-vous senti(e) angoissé(e)?	
Est-ce qu'il vous arrive de plaisanter ou de rire avec les autres?	
Vous sentez-vous capable de prendre vos propres décisions?	

Échelle 3

«Cette dernière question vous permet de dire ce que vous pensez de votre vie en ce moment, dans son ensemble».

Les choix de réponse sont les suivants : mauvaise, passable, bonne, très bonne, excellente.

Pas de réponse	Mauvaise	Passable	Bonne	Très bonne	Excellente
0	1	2	3	4	5

1. Dans l'ensemble, comment trouvez-vous la vie que nous menez en ce moment?

2. Arrêt de l'entretien après échec Oui Non

3. Si oui, à quelle question? _____

4. Temps de passation du DQoL _____ **minutes**

Commentaires de l'enquêteur :

Appendice N

Fiche d'enregistrement hebdomadaire de perte d'intérêt et de la détresse

Fiche d'enregistrement hebdomadaire de perte d'intérêt et de la détresse

Remplissez ce formulaire à l'aide de l'échelle d'intensité de 0 (absent) à 10 (extrême).

1) « À quel point vous sentez-vous senti(e) triste ou déprimé(e) en ce moment ? »

Vous devez encercler le plus fidèlement possible l'intensité de la détresse que vous ressentez en ce moment.

Échelle :

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Absent Bas Modéré Élevé Extrême

2) À quel point sentez-vous que votre intérêt envers les activités qui vous plaisent est affectée en ce moment ?

Vous devez encercler le plus fidèlement possible l'intensité de la perte de plaisir que vous ressentez en ce moment.

Échelle :

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10
Absent Bas Modéré Élevé Extrême

Appendice O
Preuve de soumission Article 1



[Mon profil](#)

[Mes informations](#)

[Mes abonnements](#)

[Mes commandes](#)

[Mes téléversements](#)

[Ma soumission d'article](#)

[Votre opinion ...](#)

[Pour nous joindre](#)

[Accueil de la Revue](#)

[Mon profil](#) | [Ma soumission d'article](#)

Soumission d'article **Par Stéphanie Bourassa** **Le 7 avril 2016**



Merci de nous avoir soumis un article.

Votre article a bien été transmis.

Vous recevrez sous peu une confirmation par courriel.

Appendice P
Preuve de soumission Article 2

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to Santé Mentale au Québec

Manuscript ID smq-2016-0024

Title EFFET D'UNE PSYCHOTHERAPIE PSYCHODYNAMIQUE INTERPERSONNELLE SUR LES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS D'UNE CLIENTÈLE ATTEINTE D'UN TROUBLE NEUROCOGNITIF DÙ À LA MALADIE D'ALZHEIMER

Authors Bourassa, Stéphanie
Gagnon, Lise

Date Submitted 28-Mar-2016

Author Dashboard >