



Facteurs cognitifs et comportementaux dans la dépression de la personne âgée : pistes d'intervention

Journée de Gériatrie 21 mars 2017

E. Verreckt

Neuropsychologue CHU UCL Namur



Sommaire

1. Les techniques de remédiation cognitive dans la dépression
2. La question de l'apathie
3. Pistes au niveau cognitif
4. La question des compétences
5. La question des enjeux

1. Les techniques de remédiation cognitive dans la dépression

- Effet connu des affects dépressifs sur les processus de récupération après fracture de hanche (Heruti et al., 1999) et sur les capacités de revalidation (p. ex. Lenze et al., 2004)
- Littérature florissante sur les effets de l'activité physique, musicothérapie, même training cognitif

1. Les techniques de remédiation cognitive dans la dépression

- Plusieurs études ont montré le dysfonctionnement exécutif dans la dépression de la personne âgée (Manning et al, 2015; Sned et al., 2010; Philippot et Agrigoroaei, 2016) → on peut s'attendre à ce qu'un **training exécutif** améliore les affects dépressifs...
 - ✓ Or une méta-analyse de Motter et al. (2016) montre que les effets d'un training exécutif diminuent avec l'âge (! Ex de drill)
 - ✓ Philippot et Agrigoroaei suggèrent d'entraîner les personnes âgées à se « désengager » des pensées évaluatives/abstraites
- D'autres montrent un effet du training attentionnel, en mémoire de travail, ... mais chez le jeune adulte



2. La question de l'apathie

➤ Apathie versus dépression ?

➤ Prévalence apathie :

- 61.4% des personnes atteintes d'un **traumatisme crânien**
- 34.7% des personnes ayant été victimes d'un **accident vasculaire cérébral**.
- 60.3% des patients atteints d'une **démence de type Alzheimer**
- 33.8% des patients atteints d'une **démence vasculaire**
- 51% des patients atteints de la **maladie de Parkinson**.

2. La question de l'apathie

➤ Approche multi-dimensionnelle (Azouvi et al. 2013):

✓ **Dimension cognitive**

- Perturbation du fonctionnement **exécutif**
- Difficulté en **mémoire de travail**
- Perturbation des processus **attentionnels**
- Perturbation des processus en **mémoire prospective**

✓ **Dimension motivationnelle**

- Manque d'anticipation du plaisir
- Mobilisation de l'effort et désengagement

✓ **Dimension affective**

- ✓ **Dépression** → accentue les troubles cognitifs chez des patients cérébrolésés → émergence de comportements apathiques
- ✓ **Anhédonie** → ressenti moins intense des émotions positives → moindre recherche de récompense → moindre initiation de comportements.

✓ **Dimension liée à l'identité personnelle**

- ✓ **Estime de soi** : faible estime de soi → évitement de situations « challenge » pour l'estime de soi → diminution de l'engagement dans les activités complexes
- ✓ **Croyance en l'efficacité personnelle** : faible croyance en l'efficacité personnelle → création d'objectifs peu élevés et abandon rapide face aux difficultés
- ✓ **Anticipation des événements futurs** : capacité servant à diverses fonctions (prise de décision, planification d'actions, résolution de problèmes, régulation émotionnelle, atteinte d'un but). Diminution des capacités d'anticipation → incapacité à considérer les conséquences potentielles → besoins actuels favorisés au détriment des buts à long terme → manifestations apathiques



3. Pistes au niveau cognitif

➤ Perturbation du fonctionnement **exécutif**

- Désengagement des pensées répétitives
- Perturbation des processus de flexibilité mentale spontanée → difficultés à trouver des voies alternatives à la résolution d'un problème complexe ou à faire face à une situation nouvelle → diminution de l'initiation de comportements dirigés vers un but.
- Perturbation des processus d'inhibition et flexibilité réactive → persévération dans un comportement/type de tâche
 - Que faire? générer les idées à l'avance, à la place du patient (idéalement au préalable avec lui) : listes d'idées de repas, de loisirs, de vêtements, de thèmes de conversations,... planifier les étapes avec le patient

➤ Difficultés en **mémoire de travail**

- Informations pertinentes à la réalisation de la tâche non mises à jour → non prises en compte dans les plans d'action →
 - Que faire? Aider au processus de prise de décision par la prise de note, la **division claire des étapes** et aspects de la situation.

3. Pistes au niveau cognitif

- ✓ Perturbation des processus **attentionnels**
 - Perturbation des processus d'attention soutenue p ex → désengagement attentionnel → accomplissement compromis de la tâche en cours → perte du fil → perte d'intérêt
 - Que faire? Réengagement de l'attention en redirigeant celle-ci vers la tâche en cours.
 - Attention aux effets de la fatigue sur l'attention (ressources vidées) → si ressources absentes → ne peuvent soutenir les tâches cognitives



3. Pistes au niveau cognitif

- ✓ Perturbation des processus en **mémoire prospective** (dépend en partie de la mémoire épisodique!)
 - Difficultés à réaliser une action spécifique à un moment donné (time-based task)
 - Difficultés à réaliser une action spécifique quand un évènement extérieur se produit (event-based task)
 - **Diminution des comportements auto-initiés**
 - Que faire? Aides externes permettant la planification via agenda/semainier, mises en situation concrètes permettant d'automatiser certains comportements (p ex : qqun entre, je prépare le café)

3. Pistes au niveau cognitif

- ✓ Manque d'anticipation du plaisir
 - Dysfonctionnements du système de récompense et incapacité à se projeter dans des situations futures positives → diminution des initiatives
 - Que faire? réalisation d'une liste de situations positives avec l'aide du thérapeute et exercices de mise en situation. Reprendre des activités et évaluer celles-ci en fonction du degré de plaisir ressenti → anticiper cognitivement plutôt qu'affectivement

3. Pistes au niveau cognitif

✓ Mobilisation de l'effort et désengagement

- Théorie de l'intensité motivationnelle : intensité de l'effort est f(intensité de la motivation). ↘ de motivation = ↘ d'effort!
- Hypothèse d'une relation entre la mobilisation de l'effort et l'apathie chez les personnes ayant été victimes d'une lésion cérébrale via les perturbations cognitives subséquentes :
Déficits cognitifs → mobilisation +++ d'effort pour réaliser des tâches simples → désengagement précoce dans la tâche quand celle-ci devient complexe (**car effort fourni trop intense par rapport à la motivation**).
- Que faire? Revoir les objectifs : objectifs réalistes (potentiellement réalisables et renforçants pour le patient). Quelles sont les priorités du patient?

4. La question des compétences

- Très variables et variées chez la personne âgée
 - ✓ Mémoire ancienne
 - ✓ Compétences sociales
 - ✓ Activités surappprises et automatismes
- Plus valorisant de se baser sur les compétences versus « fonctions à améliorer »



5. La question des enjeux

- L'avenir
 - ✓ « Que devient le long terme quand on a 85 ans? »
 - ✓ Des enjeux à « court terme »?
- Le bien-être
 - ✓ Selon l'OMS?
 - ✓ Selon moi en tant que professionnel?
 - ✓ Selon le patient??
- L'autonomie
 - ✓ Rejoint la question d'avenir
 - ✓ Rejoint la question des souhaits (proches/patient)
- Le réseau social
- Et bien d'autres?

Merci de votre attention

