

AFTCC

M. G, 80 ans

**Trouble dépressif caractérisé chez l'aidant d'un proche atteint d'une
maladie d'Alzheimer**

Module 3, année 2019-2020

Sommaire

1. Résumé du mémoire	3
2. Cadre de travail	3
3. Motif de consultation	4
4. Anamnèse	4
Présentation du patient	4
Histoire du trouble.....	5
Histoire prodromique et facteurs de risques	6
Histoire de vie.....	6
5. Diagnostic	7
Démarche diagnostique utilisée.....	7
Hypothèses diagnostiques	7
Diagnostic différentiel	9
Particularité du trouble dépressif caractérisé présenté par M.G	10
6. Cadre théorique	10
7. Lignes de bases	13
Questionnaires	13
Évaluation comportementale	15
Bilan des évaluations.....	15
8. Analyse fonctionnelle	16
Synchronie.....	16
Diachronie	17
Explication de l'analyse fonctionnelle au patient.....	17
9. Analyse de la demande et contrat thérapeutique	18
10. Projections thérapeutiques	20
Déroulement de la thérapie.....	20
Projections thérapeutiques.....	23
Précisions purement techniques et logistiques	24
11. Présentation de séances	24
Explication de la méthode de l'activation comportementale.....	24
Application de la méthode de la restructuration cognitive	26
12. Analyse de l'échec et de la réussite	28
Évolution des indices au cours de la thérapie.....	28
Identification des difficultés et réflexion sur l'alliance thérapeutique	28
Bibliographie	29
Annexes	31

1. Résumé du mémoire

Dans ce mémoire, nous allons développer le cas de M. G, patient de 80 ans présentant un trouble dépressif caractérisé survenu dans le cadre de l'accompagnement au long cours de son épouse, qui souffre d'une maladie neuro-dégénérative.

Une démarche diagnostique rigoureuse a été menée. Une revue des données actuelles et des préconisations en thérapie comportementale et cognitive concernant le trouble dépressif caractérisé de la personne âgée, et la prise en charge des aidants naturels a été rapportée.

Une analyse fonctionnelle a ensuite été développée pour tenter de comprendre le cercle vicieux qui s'était établi chez M.G, ce qui nous a permis par la suite d'établir ensemble nos objectifs thérapeutiques. Nous exposerons ensuite le déroulé de nos séances et rapporterons plus précisément le contenu de deux de ces séances.

Nous aborderons également les réussites et les difficultés rencontrées lors du suivi de ce patient.

2. Cadre de travail

Je suis psychologue spécialisée en neuropsychologie. J'exerce depuis 2014 en gériatrie. Depuis le mois de novembre 2019, je travaille au sein d'une consultation mémoire en équipe avec des médecins gériatres et une infirmière. Mon rôle principal est d'aider au diagnostic des pathologies neuro-dégénératives, par la réalisation d'évaluations poussées des fonctions cognitives. Je suis également amenée à suivre certains patients pour des séances de groupe par le biais d'ateliers permettant de maintenir les fonctions cognitives préservées, de rompre l'isolement et de favoriser l'estime de soi.

Au fil de mon expérience sur des postes similaires, je me suis rendue compte de l'intérêt de proposer également au cœur de ce dispositif un accompagnement psychologique individuel, afin d'aider les patients et leurs proches à faire face aux bouleversements consécutifs à l'atteinte cognitive.

Dès mon recrutement dans ce nouveau service, j'ai ainsi évoqué aux médecins la possibilité de suivre les patients ou leurs proches à l'aide des thérapies comportementales et cognitives.

Ceci a été très bien accueilli et encouragé par le chef de service, qui se trouvait souvent démuni face aux difficultés à mettre en place des suivis dans les CMP de secteur ou auprès de psychothérapeutes libéraux.

Je ne bénéficie pas de supervisions en dehors de celles proposées par l'AFTCC. Toutefois, avec une collègue travaillant dans un service similaire et suivant également la formation à l'AFTCC, nous

échangeons régulièrement. Nous évoquons nos prises en charge et les difficultés que nous pouvons rencontrer.

3. Motif de consultation

Je rencontre initialement M. G au mois de décembre lorsqu'il accompagne son épouse à la consultation mémoire pour la réalisation d'un bilan neuropsychologique. Madame G présente depuis maintenant plusieurs années des difficultés de mémoire qui se sont dernièrement aggravées. Le bilan neuropsychologique que je réalise met en évidence une atteinte cognitive globale avec des difficultés à la fois mnésiques, exécutives, attentionnelles et instrumentales en faveur d'une maladie neuro-dégénérative de type maladie d'Alzheimer à un stade avancé. Madame G est peu consciente de ses troubles.

Les examens complémentaires prescrits par le gériatre viendront, par la suite, confirmer cette hypothèse.

Lors de la consultation d'annonce diagnostique, au vu de l'impact émotionnel, le gériatre a proposé à M. et Mme G de me revoir pour ce que nous appelons une « consultation post-annonce ».

M. G a alors pris rendez-vous pour me voir seul.

Lors de cette consultation, il est bouleversé par la situation de sa femme. Il pense qu'il demeurerait jusqu'à présent dans le déni et espérait une amélioration de son état. Il se rend compte qu'il s'entête et s'épuise à vouloir tout faire seul, mais il n'accepte pas l'idée d'avoir besoin d'une aide extérieure. Il aimerait être aidé sur le plan du moral car il se sent très déprimé par la situation. Il souhaite se sentir mieux.

Je lui explique que je peux le suivre au sein de la consultation et que je travaille à l'aide des thérapies comportementales et cognitives. Je lui décris en quoi cela consiste, en abordant notamment la notion de travail collaboratif. Je propose que l'on se voie dans un premier temps pour caractériser avec précision le trouble qu'il ressent, la façon dont il s'est installé et les facteurs qui l'entretiennent. Dans un second temps, nous conviendrons ensemble des objectifs de la thérapie. M. G trouve que c'est une bonne idée. Il habite à proximité et peut se rendre à pied à nos séances.

4. Anamnèse

Présentation du patient

M. G est âgé de 80 ans. Il est de bon contact, mais apparaît bouleversé lors de la première consultation. Il est en bonne santé, n'a pas de troubles sensoriels et se déplace facilement.

Sa tenue et son comportement sont parfaitement adaptés. Son visage est expressif. Son discours est clair et organisé.

Histoire du trouble

M. G explique que la « déprime » s'est installée progressivement au mois de septembre 2019 au retour de leur maison de vacances. À la rentrée, son épouse a mis du temps à se réhabituer à leur résidence principale, elle lui demandait souvent quand ils allaient repartir chez eux. Elle ne pouvait plus se rendre à ses cours de peinture sur porcelaine, car elle avait d'importantes difficultés pour réaliser les gestes fins. Par ailleurs, elle s'effaçait de plus en plus lors des dîners entre amis. Elle ne répondait pas aux questions de façon adéquate. M. G dormait mal, se réveillait au milieu de la nuit, se sentait très fatigué, très triste et inquiet. Il repensait beaucoup à leur vie d'avant.

M. G n'a rien dit à sa fille, car il ne voulait pas l'affoler et avait honte. Il pensait qu'il n'était pas nécessaire de se plaindre, que sa fille se faisait suffisamment de souci pour sa mère et qu'elle était déjà trop occupée. Sa fille s'est cependant rendu compte qu'il était de plus en plus fatigué. C'est elle qui lui a conseillé de se rendre chez leur médecin traitant. Elle a également décidé d'être présente un après-midi dans la semaine pour sortir avec sa mère et laisser son père se reposer, ou vaquer à ses propres occupations.

Le médecin traitant n'a trouvé aucun élément somatique pouvant expliquer cette fatigue, le bilan de santé était normal. Il ne lui a pas prescrit de traitement antidépresseur, mais lui a vivement conseillé de prendre rendez-vous à la consultation mémoire, afin qu'un diagnostic précis soit établi concernant les troubles cognitifs de son épouse et qu'il puisse évoquer les difficultés auxquelles il doit faire face au quotidien. Le but étant que des solutions lui soient proposées.

M. G a beaucoup hésité avant d'accepter de se rendre à la consultation mémoire, car il avait peur que sa femme soit mise face à ses difficultés et qu'elle le vive très mal. Suite à la consultation d'annonce avec le médecin, il n'a pas accepté la mise en place d'aides.

Actuellement, il pense que son moral est très bas. Il décrit une importante perte d'envie et d'intérêt. Il ressent peu de plaisir à pratiquer des activités qu'il apprécie habituellement. Auparavant, il était très actif au sein de plusieurs associations de la ville. Il randonnait régulièrement. Il dit ne plus rien faire même s'il a du temps pour lui. En effet, sa fille et la sœur de son épouse viennent régulièrement leur rendre visite. Les mercredis après-midis, lorsque sa fille sort avec son épouse, il se sent triste et n'a envie de rien. Lorsqu'il est avec son épouse, il fait « bonne figure ». Il dit avoir par moments du mal à garder son calme comme il le voudrait et en ressentir une très forte

culpabilité. Il se dévalorise beaucoup sur son incapacité à avoir le « bon comportement ». Il ne présente pas d'idées suicidaires, il se sent très soutenu par sa fille.

Histoire prodromique et facteurs de risques

Deuil (décès du frère aîné à l'été 2018) : M. G a dû faire face au cancer et au décès de son frère aîné, qu'il a accompagné et dont il était très proche. Il dit que cela a été une épreuve, mais que son frère subissait une maladie qui le faisait souffrir et que sa mort a été un soulagement tant pour lui que pour ses proches. Désormais, il va mieux, même s'il repense souvent à lui et éprouve parfois de la tristesse.

M. G n'a pas présenté d'épisodes dépressifs caractérisés au cours de sa vie. Par ailleurs, on ne retrouve pas d'éléments en faveur d'un épisode maniaque, hypomaniaque ou d'un trouble cyclothymique (voir démarche diagnostique).

Histoire de vie

Relations familiales et sentimentales

M. G est issu d'une famille de deux enfants. Sa mère est décrite comme généreuse et attentionnée. Son père est décrit comme strict, assez froid et distant. Cependant, M. G dit être fier des valeurs fortes qu'il lui a transmises et qui lui ont permis de réussir dans la vie.

M. G évoque une excellente relation avec son épouse. Ils ont de nombreux points communs, notamment concernant la musique et les voyages. Ils ont d'ailleurs beaucoup voyagé ensemble. M. et Mme G s'entendent toujours très bien mais, désormais, il leur est plus difficile de dialoguer. M. G est très attentif à son bien-être et s'inquiète beaucoup pour elle. Il s'occupe de l'ensemble des tâches ménagères. Il laisse faire des choses à son épouse puis repasse discrètement derrière elle, car il ne veut pas qu'elle remarque ses difficultés.

Par ailleurs, il rapporte de bonnes relations avec sa fille qui est très présente pour eux. Il aime également beaucoup sa petite-fille.

M. G a un ami très proche qu'il connaît depuis l'enfance, qui habite à proximité et qu'il a régulièrement au téléphone.

Environnement

M.G et son épouse habitent un pavillon avec un grand jardin dans la banlieue Lyonnaise. Leur fille habite à proximité. La sœur de son épouse vient les voir régulièrement.

Scolarité-Études-Travail

M.G a eu une scolarité sans encombre. Il a brillamment réussi ses études d'ingénieur en aéronautique et a occupé un poste élevé au sein d'une grande entreprise du domaine. Il appréciait beaucoup son travail qu'il trouvait très intéressant et très stimulant. Auparavant, il aimait continuer de se documenter sur le sujet et se rendre à des conférences. Il a conservé de très bonnes relations avec d'anciens collègues, mais n'accepte plus leurs invitations à dîner.

5. Diagnostic

Démarche diagnostique utilisée

La démarche utilisée pour l'évaluation diagnostique s'est répartie sur deux séances de 45 min :

1^{ère} séance : entretien clinique libre

Cette première séance a permis d'explorer et de recueillir avec précision la symptomatologie anxio-dépressive rapportée par le patient, de s'attarder sur l'histoire du trouble, son histoire de vie et ses antécédents. Cela permettait également d'expliquer au patient l'approche thérapeutique cognitivo-comportementale et de mettre en place l'alliance thérapeutique, grâce à l'utilisation de la technique des 4R (Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer) décrite par Cungi (2006).

2^{ème} séance : entretien structuré à l'aide de la Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I, Lecurbier et al., 1998) qui a confirmé l'existence d'un épisode dépressif majeur actuel.

Hypothèses diagnostiques

Au vu des éléments recueillis, l'hypothèse diagnostique retenue concernant le trouble actuel du patient selon le DSM V (American Psychiatric Association, 2015) est :

Trouble dépressif caractérisé

A- Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit 1, soit 2.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée et presque tous les jours.

PRESENT

M. G décrit bien une humeur dépressive qui s'est installée depuis le mois de septembre 2019 et qui est présente la plupart du temps au cours de la journée, et presque tous les jours. Il pleure souvent, mais fait toujours en sorte que son épouse ne le voit pas.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour tout ou presque toutes les activités quasiment toute la journée et presque tous les jours. PRESENT

M. G porte moins d'intérêt à beaucoup de choses, pour lesquelles il se passionne habituellement, comme le cinéma, la musique, l'aéronautique et le jardinage. Il ne prend pas de plaisir à regarder un bon film, à écouter une bonne émission de radio. Les sorties avec son épouse sont très restreintes et les dîners avec les amis de l'association ne lui sont plus agréables, donc il les évite.

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. PRESENT

M. G aurait perdu 3 kg. Il dit qu'il a très peu d'appétit et que rien ne le tente.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. ABSENT

M.G ne rapporte plus les réveils nocturnes qu'il décrivait au mois de septembre, mais évoque une certaine latence à l'endormissement. On ne retrouve pas non plus d'hypersomnie. Il décrit des nuits « correctes » d'environ 7h. Cependant, il ne se sent pas reposé la journée. Il dit avoir l'impression qu'il se « traîne ».

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours. PRESENT

Il se sent très ralenti lorsqu'il a une tâche de la vie quotidienne à réaliser, parfois « éparpillé ». M G est sportif et pratiquait jusqu'à l'été 2019 la randonnée en montagne. Il ressent désormais une lenteur dans l'exécution de ses mouvements lorsqu'il se déplace à l'extérieur.

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. PRESENT

M. G rapporte une fatigue diurne présente tous les jours, malgré un sommeil décrit comme correct.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours. PRESENT

M. G culpabilise presque tous les jours sur le fait de ne pas être suffisamment présent et de ne pas avoir « le bon comportement » envers son épouse.

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours. PRESENT

M. G se plaint de difficultés de concentration récurrentes. Il n'arrive plus à lire des articles et livres qui l'intéressent, ou à rester concentré sur une émission de radio ou de télévision.

9. Pensées de mort récurrentes. ABSENT

M. G dit ne pas avoir d'idées suicidaires. Il se sent soutenu par sa fille. Il n'a jamais fait de tentatives de suicide au cours de sa vie.

B- Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

PRESENT

M. G rapporte une souffrance morale importante. Il rapporte un retrait social.

C- L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

PRESENT

M. G a une consommation très occasionnelle d'alcool lors des fêtes. La passation du MINI nous a permis d'écarter la consommation d'autres substances. M. G ne prend pas de médicaments pouvant induire ce type de symptômes.

D- La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant.

PRESENT

La passation du MINI nous a permis d'écarter ces diagnostics.

E- Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

PRESENT

La passation du MINI nous a permis d'écarter un diagnostic d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Spécification du trouble dépressif selon le DSM V : avec détresse anxieuse moyenne associée (3 symptômes retrouvés : sentiment de tension, difficultés de concentration dues à des soucis, peur que quelque chose d'horrible ne survienne).

Concernant l'axe 2 du DSM V, nous n'avons pas retrouvé, lors de l'entretien libre, d'éléments cliniques en faveur d'un trouble de la personnalité chez M. G.

Diagnostic différentiel

L'entretien structuré à l'aide du MINI a permis d'éliminer les autres troubles de l'axe 1 :

➤ Episode (hypo)-maniaque et trouble cyclothymique

M. G dit n'avoir jamais présenté au cours de sa vie de période délimitée durant laquelle son humeur était élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante avec augmentation de l'activité ou du niveau d'énergie.

➤ Troubles anxieux

Les critères n'étaient pas réunis pour un trouble panique, une agoraphobie, une phobie sociale, un trouble obsessionnel compulsif, un état de stress post-traumatique ou un trouble de l'anxiété généralisée actuel ou passé.

➤ **Troubles liés à une substance**

On ne retrouve aucun élément en faveur d'une dépendance alcoolique ou d'un abus d'alcool. La consommation d'alcool a toujours été très peu importante. M. G boit uniquement lors de grandes occasions. Il n'y a pas non plus de troubles liés à la consommation d'une substance non alcoolique (opiacés, cocaïne, cannabis, benzodiazépines, stimulants, hallucinogènes, solvants volatiles). De plus, M. G dit n'avoir jamais consommé de tabac.

➤ **Troubles liés aux jeux d'argent, de hasard ou aux jeux vidéo**

Aucun élément n'a été retrouvé en ce sens actuellement, et dans l'histoire de vie du patient.

➤ **Troubles psychotiques**

M. G ne présente pas et n'a jamais présenté d'idées délirantes, d'hallucinations ou de symptômes négatifs.

➤ **Troubles des conduites alimentaires**

Aucun élément n'a été retrouvé en ce sens actuellement, et dans l'histoire de vie du patient.

Particularité du trouble dépressif caractérisé présenté par M.G

Il nous apparaît important de souligner que le trouble dépressif caractérisé présenté par M.G a une particularité liée au fait qu'il s'inscrit directement comme conséquence de sa position d'aidant naturel. Ainsi, selon nous, le diagnostic retenu est **un trouble dépressif caractérisé réactionnel à l'accompagnement au long cours de la maladie neuro-dégénérative de son épouse.**

Nous aborderons donc le cadre théorique ci-après, en prenant en compte cette spécificité et en étudiant précisément les outils thérapeutiques qui peuvent être proposés dans ce cadre.

6. Cadre théorique

En nous référant aux données récentes de la littérature, nous allons aborder dans un premier temps les données épidémiologiques concernant la dépression du sujet âgé, les difficultés d'accès aux soins et les spécificités cliniques du trouble au sein de cette population. Dans un deuxième temps, nous évoquerons l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans le traitement de la

dépression de la personne âgée, ainsi que la nécessité d'aménagements spécifiques. Puis, nous nous pencherons sur les répercussions psychiques du rôle d'aidant naturel et l'apport des thérapies cognitivo-comportementales dans leur prise en charge.

Données épidémiologiques de la dépression du sujet âgé, difficultés d'accès aux soins et spécificités cliniques

La prévalence sur la vie entière de l'épisode dépressif majeur auprès d'une population de personnes âgées d'au moins 65 ans non institutionnalisée est de 26.5% (Ritchie et al., 2004).

Or, Limosin et al. (2015) constatent des difficultés majeures d'accès à des soins spécialisés en raison du manque de repérage précoce, de la sous-estimation des affects dépressifs par l'entourage et le patient lui-même et, également, du fait des spécificités cliniques du trouble chez cette population. En effet, Thomas et Hazif-Thomas (2008) expliquent que la dépression du sujet âgé est caractérisée par une moindre verbalisation des affects dépressifs, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités usuelles, un ralentissement psychomoteur, des plaintes somatiques non expliquées, des idées délirantes de persécution et un risque élevé de suicide. Ils évoquent également la fréquence des formes « masquées » avec absence de tristesse exprimée, voire un déni des sentiments de dépression.

Efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans la dépression du sujet âgé et nécessité d'adaptation

Laidlaw et al. (2008) ont évalué les effets d'une TCC versus un traitement habituel chez 44 patients âgés de 60 ans et plus. Ils ont montré que la TCC présente un intérêt supplémentaire au traitement habituel pour ce qui concerne les conduites à risque, notamment suicidaires, car elle favorise davantage l'espoir et l'optimisme chez les participants. Cependant, ils précisent que pour viser une efficacité optimale des adaptations sont nécessaires. Ainsi, Evans (2007) explique qu'une attention particulière est à porter aux aspects cognitifs, du fait notamment du déclin significatif de la mémoire de travail chez la personne âgée, qui entraîne des stratégies d'encodage et de récupération altérées. Il souligne l'importance d'adapter les techniques (répétition, résumé, présentation sous différentes formes, utilisation de différents matériels et supports, utilisation d'un carnet).

Conséquences liées au rôle d'aidant

Coppalle et al. (2018) expliquent que les aidants familiaux de personnes atteintes de maladies de type Alzheimer font face à de nombreuses transformations qui peuvent intervenir chez les personnes dont elles prennent soin, ce qui provoque des conséquences délétères. Ainsi, selon eux,

une importante majorité des aidants relate des expériences négatives allant de la baisse de la qualité de vie au burn-out, avec les pathologies qui y sont associées, telles la dépression, l'anxiété, ou le syndrome d'épuisement. Ils ajoutent que la notion de fardeau est celle qui illustre le plus souvent les dimensions négatives de l'accompagnement par les aidants familiaux.

Schuster et Pellerin (2018) notent que la désignation de l'aidant, lorsqu'elle est construite sur des vécus de culpabilité ou de devoir, comporte un risque accentué d'effondrement. Ils soulignent que ce risque est d'autant plus vif que la recherche d'une reconnaissance auprès du sujet aidé est souvent vaine, du fait des troubles neurocognitifs.

Apport des thérapies cognitivo-comportementales dans la prise en charge des aidants naturels

Coppalle et al. (2018) rapportent que les thérapies comportementales ont été beaucoup utilisées pour le soutien aux aidants et qu'elles visent à identifier chez l'aidant sa réponse comportementale face à des situations qui génèrent du stress, et à enseigner des comportements alternatifs pour minimiser l'impact de la situation.

Hartman (2009) s'est interrogée sur les propositions qui peuvent être faites pour accompagner sur le plan émotionnel et cognitif les aidants naturels. Elle explique qu'une première étape consisterait à rendre socialement acceptable le besoin de soutien. Selon elle, cela passe par le fait de rappeler à l'aidant naturel, à l'aide de la psychoéducation, la différence entre le statut (conjoint) et le rôle (aidant), et de l'amener à reconnaître ce rôle particulier. Elle ajoute également qu'il s'agit de l'informer de façon neutre et objective sur ce rôle, en abordant notamment la notion de « fardeau ». Par la suite, elle dit qu'il faut laisser une porte ouverte pour un travail plus approfondi en évoquant la gestion émotionnelle et la restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles.

Concernant les pensées dysfonctionnelles, Tandetnik et al. (2014) rapportent qu'elles agissent sur le stress de l'aidant à trois niveaux : l'interprétation du comportement du malade (mauvaise interprétation du fait d'un manque de connaissances au sujet de la maladie), la perception du besoin de soutien social (incapacité à demander de l'aide et opposition à l'intervention d'autres personnes) et la négligence personnelle (sur implication dans la fonction d'aidant, renoncement à tout loisir).

Selon Losada (dans Tandetnik et al. 2014), il existerait alors deux stratégies de coping. La première serait une « voie pathologique » avec maintien des attitudes de négligence personnelle et de sacrifice, où l'on retrouverait des schémas du type : « je dois être le seul à m'occuper de mon proche », à l'origine de pensées automatiques comme « je n'ai pas besoin d'aide ». Ces pensées auront une répercussion négative à un niveau émotionnel : apparition de colère, de tristesse et de culpabilité, mais aussi à un niveau comportemental : absence de recherche d'aide, isolement social et épuisement (Tandetnik et al. 2014).

La seconde serait une « voie saine » dans laquelle le schéma plus adaptatif et réaliste, « je dois aider mais je ne suis pas parfait », déclenche des pensées automatiques comme « c'est trop, j'ai besoin d'aide », où l'on constate sur le plan émotionnel une plus grande sensation de tranquillité et sur le plan comportemental une démarche plus active de recherche d'aides extérieures (Tandetnik et al. 2014).

Par ailleurs, Coppalle et al. (2018) remarquent que de plus en plus d'auteurs suggèrent que, valoriser les aspects positifs du rôle d'aidant, pourrait être au moins aussi important et efficace que de tenter d'en diminuer les aspects négatifs.

7. Lignes de bases

Le but était d'évaluer le niveau de base du trouble de M. G en début de thérapie, afin de pouvoir vérifier avec objectivité l'efficacité de la thérapie et l'évolution de la symptomatologie par des mesures répétées. Ces mesures étaient réalisées en cours et en fin de thérapie.

Questionnaires

- Afin de mesurer l'intensité de la symptomatologie dépressive

L'auto-questionnaire BDI (Beck Depression Inventory) en 21 items des symptômes de dépression (Beck et al., 1961), a été administré au patient pour mesurer l'intensité de la dépression et mettait en évidence un score de 30, soit une intensité modérée de la symptomatologie.

Tableau I : normes de l'auto questionnaire BDI-21 items

Score < à 10	Non significatif
Score compris entre 10 et 20	Intensité légère de la dépression
Score compris entre 20 et 30	Intensité modérée de la dépression
Score > à 30	Intensité sévère de la dépression

- Afin de mesurer l'intensité de la symptomatologie anxieuse associée

L'inventaire d'anxiété état-trait STAI YA et YB de Spielberger (1983) a été administré afin d'évaluer avec précision la symptomatologie anxieuse associée. Ce questionnaire comprend deux parties distinctes. La première partie évalue ce que le sujet ressent « à l'instant, juste en ce moment », la seconde partie évalue ce que le sujet ressent « généralement ». Chaque partie est composée de 20 items gradués en 4 degrés d'intensité pour la partie état et de 4 degrés de fréquence

pour la partie trait. La note varie de 20 à 80 pour chacune des parties. **M. G a obtenu un score de 44 montrant une intensité faible pour l’anxiété état, et un score de 50 montrant une intensité modérée pour l’anxiété trait.**

Tableau II : normes de l’inventaire d’anxiété STAI YA et YB

Très élevé	> à 65
Elevé	de 56 à 65
Moyen	de 46 à 55
Faible	de 36 à 45
Très faible	≤ 35

- Afin de mesurer le degré d’épuisement que ressent M. G dans l’accompagnement de son épouse

L’échelle de fardeau ou inventaire de Zarit (2001) qui permet de mettre en évidence le degré d’épuisement des aidants familiaux. Il est destiné à évaluer l’impact sur les proches de l’accompagnement d’une personne atteinte d’une pathologie neuro-dégénérative. Il s’agit d’un auto-questionnaire comprenant 22 items gradués de 0 (jamais) à 4 (presque tout le temps). Le score total peut varier de 0 à 88. M. G a obtenu un score de 57, reflétant une charge modérée dans la prise en charge de son épouse.

Tableau III : normes de l’inventaire de Zarit

Charge faible ou nulle	≤ 20
Charge légère	de 21 à 40
Charge modérée	de 41 à 60
Charge sévère	> 60

- Afin de mesurer la présence de pensées dysfonctionnelles chez M.G en tant qu’aidant

La traduction française du Questionnaire des Pensées Dysfonctionnelles-Proches de personnes atteintes de la Maladie d’Alzheimer QPD-PMA de Tandetnik et al. (2014) (cf annexe 1) a été proposé à M.G

Les 16 items sont à coter de 0 (pas du tout d’accord) à 4 (tout à fait d’accord). Le score total de pensées dysfonctionnelles se calcule en additionnant les points obtenus à chaque item. Il peut donc

varier de 0 à 64. Plus le score est élevé, plus les pensées dysfonctionnelles sont présentes. Les auteurs n'ont pas déterminé de score seuil pathologique.

M. G a obtenu un score de 43.

Évaluation comportementale

Auto-observation des activités de loisirs réalisées sur une semaine

Nous avons demandé à M. G de rapporter le nombre d'activités de loisirs qu'il avait réalisé seul et pour lui-même sur une semaine.

Ainsi, cela nous permettait de connaître son niveau actuel de renoncement aux loisirs personnels qu'il semblait décrire.

M. G n'a pu rapporter aucune activité de loisir. Il n'a décrit que des activités en lien avec les tâches de la vie quotidienne et le soin apporté à son épouse.

Bilan des évaluations

Le tableau IV ci-dessous présente les résultats des questionnaires et des relevés comportementaux au début de la prise en charge, à la séance 15 et à la séance 21.

Les relevés comportementaux sont en lien avec nos objectifs de thérapie décrits plus bas dans le cadre de notre contrat thérapeutique. Ils étaient rapportés à chaque séance.

Tableau IV : bilan des évaluations, ligne de base de M. G

	Ligne de base -Séance 4 – début janvier	Séance 15 A 4 mois – mi mai	Séance 21 A 6 mois – mi juillet
BDI II	30	18	10
STAY YA	44	30	25
STAY YB	50	33	28
QPD -PMA	43	30	25
Nombre d'activités de loisirs réalisées sur une semaine	0	4	7

8. Analyse fonctionnelle

M. G a expliqué que sa fille avait décidé de sortir un après-midi par semaine avec sa mère pour des activités de loisirs, ce qui lui permettait de se dégager du temps, mais que ces après-midis là il n'avait rien envie de faire et se sentait triste. Ainsi, cela nous apparaissait comme une situation déclenchante cible, à l'origine de la souffrance du patient. Nous avons donc décidé de l'étudier grâce à une analyse fonctionnelle continue, ou cercle vicieux de Cungi (1996). Ce modèle d'analyse fonctionnelle nous semblait le plus adapté pour le trouble de M. G, car cela permettait de faire apparaître de façon explicite le cercle auto-aggravant dans lequel il se trouvait actuellement bloqué.

Synchronie

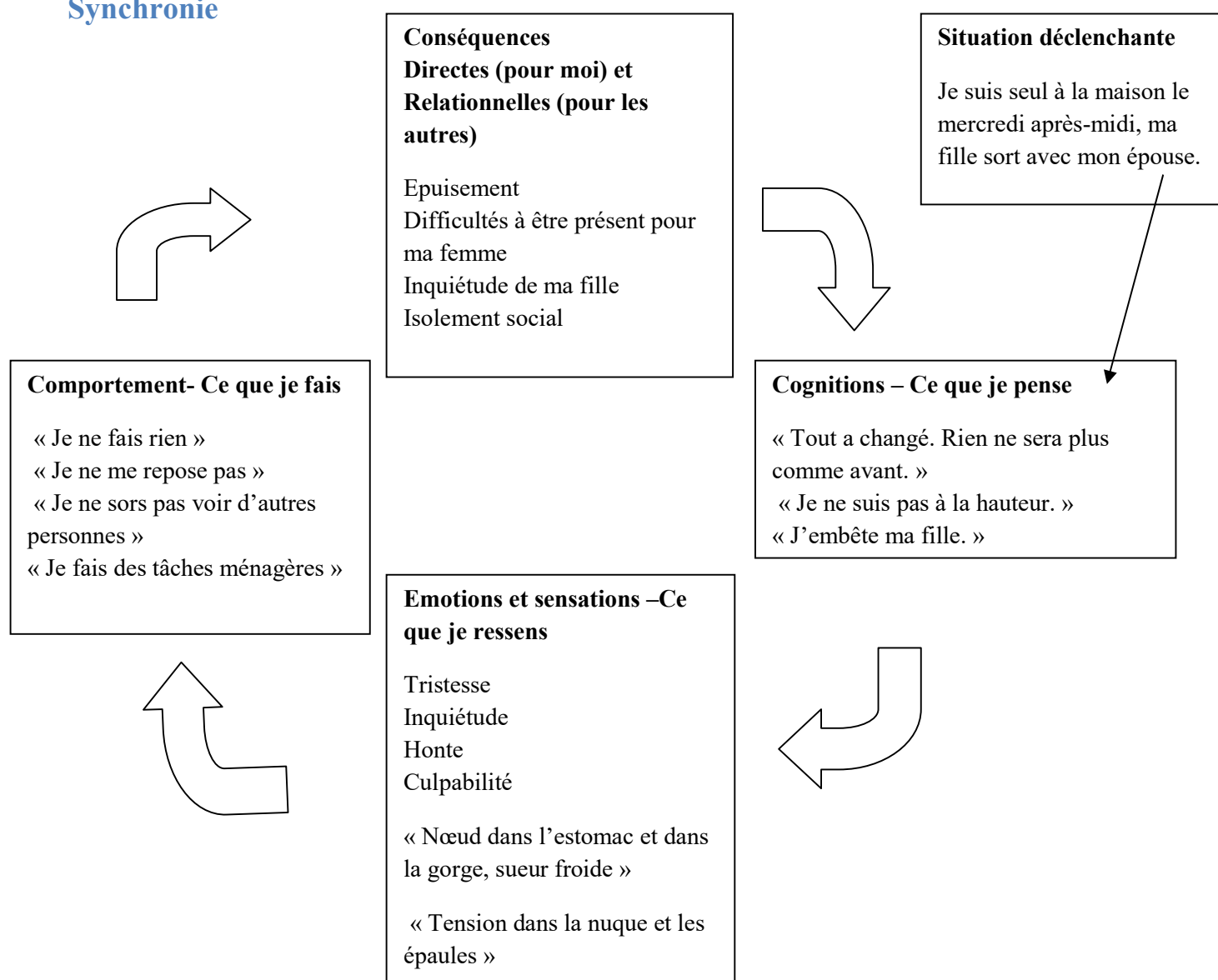


Figure 1 : Analyse fonctionnelle synchronique de la situation cible « seul à la maison le mercredi après-midi »

Diachronie

➤ Facteurs prédisposant

Comme évoqué précédemment lors de notre démarche diagnostique, nous ne relevons pas d'éléments chez M. G en faveur d'antécédents de troubles dépressifs caractérisés au cours de sa vie. Nous ne retrouvons pas, non plus, d'antécédents familiaux anxio-dépressifs chez les parents de M.G.

Par ailleurs, nous n'avons pas d'éléments en faveur d'un trouble de la personnalité, qui auraient pu favoriser la survenue de l'épisode actuel. Toutefois, nous notons au cours de l'anamnèse que certaines valeurs transmises par son père ont pu forger chez M. G certains traits de personnalité (ex : difficulté à déléguer, forte tendance à l'autocritique) et certains schémas inadaptés tel que « on ne doit pas se plaindre », « il faut tout faire pour sa famille ».

De plus, M.G dit avoir toujours été anxieux pour son épouse, sa fille et sa petite-fille.

➤ Facteurs précipitant les troubles

M.G semble décrire le retour des vacances d'été 2019 et l'évolution alors soudaine des difficultés cognitives de son épouse comme facteur déclenchant, ayant entraîné l'installation d'une tristesse de l'humeur, de ruminations et d'inquiétudes.

Par ailleurs, le deuil de son frère aîné d'une longue maladie et qu'il a également accompagné, nous semble constituer un évènement ayant pu fragiliser M. G dans sa capacité à faire face à l'évolution de la maladie de son épouse.

➤ Facteurs perpétuant

M. G a eu du mal à demander de l'aide. Il a mis longtemps à se rendre à la consultation mémoire. Il n'a pas cherché de soutien auprès de ses proches. Il s'est progressivement isolé, a renoncé peu à peu à ses loisirs. Il a sombré petit à petit, ne souhaitant pas alarmer sa fille et ses amis sur son état de fatigue et d'épuisement.

Aujourd'hui il a encore du mal à accepter d'être aidé par sa fille et refuse la mise en place d'aides professionnelles.

Explication de l'analyse fonctionnelle au patient

Cette analyse fonctionnelle a été réalisée avec M. G.

Nous avons appelé cela « l'exercice du cercle vicieux ». Cela nous a permis de vérifier nos convergences de points de vue.

Nous lui avons expliqué comment, dans la situation précise du mercredi après-midi, ses réponses comportementales actuelles telles que « ne rien faire » entraînaient l'absence de renforcement positif et contribuait au maintien de son humeur dépressive. J'ai pour cela précisé, en reprenant chacune des « cases » de notre analyse, que nos pensées, nos émotions, nos comportements et les réactions de notre corps sont intimement reliés et s'influencent les uns les autres.

M. G était d'accord que cela représentait de façon claire et schématique ses difficultés, et que cela l'aidait à comprendre qu'il était actuellement bloqué et qu'il tournait « en rond ».

Nous lui avons alors expliqué que le but de la thérapie est justement de couper ce cercle vicieux, et nous lui avons demandé s'il avait une idée sur la façon d'y parvenir.

M. G a formulé l'idée que « la porte d'entrée » serait peut-être de reprendre les activités qu'il appréciait faire auparavant.

Nous lui avons proposé de réfléchir ensemble au moyen d'y parvenir, et nous avons ainsi commencé à construire notre contrat thérapeutique.

9. Analyse de la demande et contrat thérapeutique

La demande initiale de M. G était peu précise (« se sentir mieux »).

Par la suite, grâce à l'analyse fonctionnelle, M. G a compris que réintroduire des activités procurant du plaisir l'aiderait à sortir du cercle vicieux qui s'était installé, et pourrait permettre une amélioration de son humeur.

Ainsi, notre objectif thérapeutique principal tel qu'exposé au patient était le suivant : « **reprendre progressivement des activités plaisantes pour soi-même afin d'améliorer l'humeur** ».

À partir de cet objectif thérapeutique comportemental, nous avons formulé notre contrat thérapeutique.

J'ai donc expliqué à M. G que, pour parvenir à cette reprise progressive d'activités, nous allions devoir travailler parallèlement selon trois axes principaux, qui découlent des éléments qu'il m'a apporté et de son cercle vicieux :

1. Renforcer son sentiment d'efficacité dans son rôle d'aidant grâce à la transmission d'éléments de psychoéducation sur la maladie d'Alzheimer, afin de diminuer le sentiment, décrit à de nombreuses reprises, de ne pas être à la hauteur.
2. Apprendre à gérer les émotions négatives qui peuvent par moment l'envahir et les sensations corporelles associées, qu'il décrit grâce à des techniques de gestion émotionnelle.

3. Travailler sur les pensées dysfonctionnelles et, notamment, celles que l'on peut avoir en tant qu'aidant. La notion de pensées dysfonctionnelles ayant été présentée lors de notre séance d'évaluation et de la passation du questionnaire QPD-PMA (cf ligne de base).

Nous avons défini un nombre cible initial de 20 séances, dont la date butoir correspondait au départ dans la maison de vacances en montagne pour une durée de deux mois et demi.

Je lui ai dit que nous allions travailler à l'aide d'un carnet de thérapie et qu'il me semblait important qu'il y ait peu de temps entre chaque séance, afin de faciliter l'apprentissage et de ne pas solliciter la récupération d'information à long terme, qui est fragilisée dans le cadre du vieillissement cognitif. Nous avons ainsi convenu d'un intervalle d'une semaine (quinze jours au maximum) entre chaque séance.

J'ai expliqué à M.G qu'il serait invité à rapporter à chaque séance le nombre d'activités plaisantes réalisées sur une semaine et qu'il aurait également parfois de petits exercices pratiques à réaliser entre nos séances, tels que des techniques de relaxation ou des relevés de situations problèmes, de pensées et d'émotions.

Nous avons convenu de réévaluer les progrès effectués à la moitié de la thérapie, ainsi qu'à la fin de nos 20 séances.

M.G était d'accord avec le contrat thérapeutique qui lui semblait adapté et à sa portée. Il est résumé ci-dessous au sein du tableau V.

Tableau V : résumé du contrat thérapeutique tel que décrit à M.G

Objectif comportemental	Reprise progressive des activités de loisirs
Sous objectifs comportementaux	Cf hiérarchisation selon le niveau de maîtrise des activités de loisir réalisée lors de la séance 7
Techniques thérapeutiques	Psychoéducation Techniques de gestion émotionnelle Technique de restructuration des pensées dysfonctionnelles
Exercices qui peuvent être demandés	Recensement des activités plaisantes réalisées chaque semaine Relevé de situations problèmes, d'émotions et de pensées Réalisation à la maison de courts exercices de

	relaxation ou de respiration
Durée estimée de la thérapie	20 séances (jusqu'au départ dans la maison de vacances à la montagne)
Fréquence et durée des séances	Une fois par semaine pendant 45 min les vendredis matins
Estimation des dates de réévaluation	Réévaluation à la moitié et en fin de thérapie

Ainsi, la définition d'un objectif comportemental, la présentation de techniques, de prescription de tâches, de dates définissant de prochaines évaluations, sont autant d'éléments qui engagent M. G dans ce travail. Cela permet d'ajuster ses attentes à des objectifs mesurables sur le plan comportemental.

10. Projections thérapeutiques

Déroulement de la thérapie

21 Séances ont actuellement été réalisées sur 7 mois 1/2 (de début décembre à mi-juillet)

1^{ère} Phase, Séances 1 à 4 (4 séances) : recueil des informations, diagnostic, évaluation, mise en place de l'alliance thérapeutique, préparation de l'engagement dans la thérapie

- Consultation post-annonce, accompagnement du vécu difficile de l'annonce diagnostique de maladie d'Alzheimer de son épouse.
- Recueil d'informations
- Démarche diagnostique (entretien clinique puis passation du MINI)
- Retour sur le diagnostic et ligne de base (passation des questionnaires et évaluation comportementale)

2^{ème} phase, Séances 5 et 6 (2 séances) : analyse fonctionnelle, contrat thérapeutique, renforcement de l'alliance thérapeutique, engagement dans la thérapie

Analyse fonctionnelle « l'exercice du cercle vicieux » et mise en place du contrat thérapeutique.

3^{ème} phase, Séances 7 à 14 (8 séances) : mise en place de l'activation comportementale progressive, travail de psychoéducation sur la Maladie d'Alzheimer, transmission des techniques de gestion émotionnelle

Durant cette phase, à chaque début de séance, un temps est consacré au recensement du nombre d'activités de loisirs réalisées sur une semaine. Nous évoquons également le niveau de plaisir éprouvé lors de leur réalisation. Nous travaillons à l'aide du relevé apporté par le patient (cf Annexe 2).

Séance 7: Ré-explication de l'intérêt de l'activation comportementale pour améliorer l'humeur et couper le cercle vicieux, hiérarchisation des activités procurant du plaisir selon le niveau de maîtrise, création du relevé (cf présentation détaillée de la séance).

Séance 8 à 11 : psychoéducation sur la maladie d'Alzheimer, évocation des situations problèmes, mises en situations, et aménagements du domicile.

Tâche inter-séance demandée : un relevé de situations problèmes éprouvées au quotidien avec son épouse. Dans quelle situation ? Comment vous êtes-vous senti ? Émotion ? Sensation corporelle ? Comment avez-vous agi pour résoudre cette situation?

- Les troubles de la mémoire dans la Maladie d'Alzheimer, les troubles exécutifs et attentionnels, les troubles instrumentaux (phasiques, praxiques et gnosiques) en s'appuyant sur des schémas puis, en intégrant des exemples concrets du quotidien apportés par M.G.
- Réflexion sur des aménagements du domicile en travaillant conjointement avec l'ergothérapeute de l'hôpital.
- Retour sur des situations problématiques vécues au quotidien rapportées par M.G, travail notamment sur l'adaptation de son style de communication avec des mises en situation concrètes.
- Prêt et conseil de lecture du livre *100 idées pour accompagner une personne malade d'Alzheimer*, permettant de revoir beaucoup d'éléments vus ensemble, et de visionner la chaîne Youtube® de Céline Ledoux Cortin.

Séance 12 à 14 : séance de relaxation, transmission de différentes techniques de gestion émotionnelle.

Tâches inter-séances demandées à M.G : exercice du contrôle respiratoire à réaliser trois fois par jour, la tâche de pleine conscience adaptée à réaliser au jardin.

- Reprise d'un relevé des situations problèmes pour explorer plus finement, face à ces situations, la sphère émotionnelle et les sensations physiques précises associées.
- La relaxation progressive de Jacobson pour appréhender la différence entre un état contracté et relâché.

- Le contrôle respiratoire et l'exercice de pleine conscience adapté (se centrer sur ici et maintenant avec 5 choses que l'on voit, 4 choses que l'on peut entendre, 3 choses que l'on peut sentir, 2 sensations sur la peau, 1 goût en bouche) à l'aide de fiches support.

4^{ème} phase, Séances 15 à 19 (5 séances) : réévaluation, suivi de l'évolution de l'activation comportementale, de l'utilisation des techniques ressources de gestion émotionnelle et début du travail de restructuration cognitive

Durant cette phase, à chaque début de séance, toujours à l'aide du même relevé, nous faisons un point sur la fréquence de réalisation des activités de loisirs et le plaisir éprouvé à les réaliser. Nous reprenons la hiérarchisation pour essayer d'intégrer de nouvelles activités.

Séance 15 : bilan sur l'évolution de l'activation comportementale et réévaluation à l'aide des échelles et questionnaires.

Nous observons des progrès concernant l'activation comportementale. Tous les mercredis après-midi M.G instaure désormais un rituel ; il sort prendre un café en terrasse avec son ami.

Certaines activités de la hiérarchie ne sont pas réalisées, comme le fait de retourner au cinéma avec sa petite fille ou d'organiser une petite randonnée à proximité avec son ami.

Les activités sociales (déjeuner ou dîner avec plusieurs amis) ne sont pas envisagées. M. G évoque, en ce sens, des éléments en faveur de la crainte du jugement d'autrui dans son rôle d'aidant.

Séance 16 : séquençage des activités, comme se rendre au cinéma avec sa petite fille, qui posent toujours problème.

Tâche inter-séances demandée à M. G : réalisation des premières séquences de ces activités.

Séance 17 : retour sur les activités sociales qui n'ont pas encore été réalisées au sein de la hiérarchie. Explications de la notion de pensées automatiques découlant de schémas inadaptés, et de la possibilité de formuler des pensées alternatives.

Séance 18 : travail en séance à partir des colonnes de Beck sur la formulation de pensées alternatives (cf présentation détaillée). Nous explorons particulièrement des situations en rapport avec sa fille ou en rapport avec des scénarios sociaux (ex : dîner entre amis).

Tâche inter-séances demandée : identifier lors des situations, les émotions et les pensées automatiques qui surviennent.

Séance 19 : balance décisionnelle concernant l'entrée en accueil de jour de Mme G un jour par semaine à compter de septembre.

Tâche inter-séances demandée : prise de contact et d'informations à l'accueil de jour.

5^{ème} phase, Séances 20 et 21, (2 séances) : évaluation comportementale finale, bilan de la thérapie

Séances 20 et 21 :

- Réévaluation à l'aide des échelles et dernier relevé comportemental.
- Reprise du contrat thérapeutique pour discuter avec le patient de ce qui a été acquis.
- Exercice du cercle vicieux pour vérifier que désormais le cercle est coupé.
- Retour sur le carnet de thérapie et les différents axes travaillés ensemble.

M.G a pris rendez-vous pour une visite de pré-admission pour son épouse en accueil de jour la première semaine de septembre, et ne rapporte pas de culpabilité importante à cet égard. Lorsqu'elle a lu la brochure, Madame G a d'ailleurs pensé qu'il y était proposé des activités intéressantes.

M.G a repris une fréquence d'activités de loisirs bien supérieure (cf analyse de l'échec et de la réussite). Il est allé voir un film avec sa petite-fille, a parlé à son ami d'une petite randonnée qu'ils pourraient faire ensemble et en a sélectionné une qui lui semblait à sa portée.

Il ressent du plaisir à réaliser ces activités et pense que son humeur s'est améliorée.

Seules les activités impliquant la fréquentation d'autres amis moins proches ne sont pas réalisées.

Projections thérapeutiques

La première semaine de septembre, après ses vacances en famille, nous avons prévu de vérifier les acquis et de redéfinir nos objectifs. Lors de ses vacances en montagne, M. G a prévu de reprendre des loisirs plus actifs ; nous referons alors un retour sur le plaisir ressenti.

La visite de pré-admission de son épouse à l'accueil de jour aura également eu lieu et nous pourrons en discuter.

Pour la suite, j'envisage d'approfondir la restructuration cognitive. En effet, cela permettra à M. G de continuer à travailler sur ses pensées dysfonctionnelles, afin qu'il puisse trouver plus aisément de la ressource auprès de sa famille et de ses amis.

Lors de notre dernière consultation, M. G me rapportait son inquiétude de débiter des démarches auprès des EHPAD de proximité. Cela a été conseillé dernièrement par le médecin. Je compte l'accompagner en ce sens à l'aide d'outils tels que la balance décisionnelle et le séquençage de tâche.

Précisions purement techniques et logistiques

Du fait du confinement, les séances ont été espacées et deux séances se sont déroulées en visio à l'aide de Skype. La fille de M. G l'a aidé pour l'installation, mais il s'est montré très à l'aise avec les nouvelles technologies. Il a également trouvé intéressant à cette période de regarder les vidéos Youtube de Céline Ledoux Cortin à destination des aidants.

11. Présentation de séances

Explication de la méthode de l'activation comportementale

Séance 7

Thérapeute : Est-ce que vous vous rappelez, je vous avais expliqué que ce qui vous bloque actuellement dans votre dépression, donc dans votre cercle vicieux, c'est l'apathie. *Je reprends le schéma de l'analyse fonctionnelle et pointe le comportement.* L'apathie c'est être moins actif. *Je souligne la réponse comportementale de M.G « je ne fais rien » sur l'analyse fonctionnelle.*

Et c'est le symptôme le plus important de la dépression.

Patient : Oui je me rappelle.

T : Le fait que vous soyez moins actif est lié au fait que vous ayez moins d'intérêt, d'envie pour des choses que vous aimiez faire auparavant.

P : Oui, comme pour le jardinage

T : Voilà, par exemple. Ne plus avoir d'intérêt pour le jardinage vous pousse à ne plus faire de jardinage. Et en faisant moins de jardinage, vous avez moins de moments où vous éprouvez de la satisfaction et du plaisir. Et cela entretient votre dépression, votre tristesse et votre manque d'intérêt pour le jardinage. Vous comprenez ?

P : Oui, vous me l'aviez expliqué, je me souviens. Alors comment on fait ?

T : Pour commencer M. G, il faut que nous réfléchissions ensemble aux activités valorisantes, que vous aimiez faire auparavant. Celles qui ont du sens pour vous et que vous faisiez pour vous-même, vos loisirs personnels. *Je prends une feuille.*

P : Eh bien il y en avait beaucoup, avant...

T : Vous voulez bien qu'on prenne le temps de les noter ?

P : Oui. Bon ben déjà il y a le jardinage

T : *Je note.* D'accord quoi d'autre ?

P : La promenade, la randonnée... le cinéma aussi avec ma petite fille, les cafés, les restos avec les amis, les maquettes...

T : En effet, beaucoup de choses ! Ce qui est très bien !

Je note ce que M. G évoque. Nous arrivions alors à une petite liste.

Maintenant nous allons essayer de déterminer pour chacune de ces activités à quel point vous vous sentez capable de les reprendre. D'accord ?

P : Ah ça c'est plus dur.

T : On va y aller petit à petit. Par exemple, si on prend le jardinage. Sur une échelle de 0 à 10. 0 étant « je ne me sens pas du tout capable » et 10 « je me sens tout à fait capable ». Vous êtes où ?

P : Bon, ça je dirais... 7.5... parce que j'ai des semis à faire... les mains dans la terre dans la petite serre... oui, ça ça va, je pense que vraiment je peux reprendre.

T : D'accord. Super. Et si on prend la promenade ?

P : Ben ça dépend quelle promenade. J'aime bien la voie verte à côté, puis la chienne aime bien aussi.

T : Et si vous y alliez avec la chienne vous le sentiriez comment de 0 à 10 ?

P : Mmm... c'est pas loin, puis avec la chienne ça me motiverait, je pense 8/ 10

Nous avons ainsi repéré deux activités avec un degré de maîtrise supérieur à 7/10. Jardinage dans la serre 7.5/10. Promenade avec la chienne sur la voie verte 8/10.

D'autres activités étaient notées avec des degrés de maîtrise < 7.

T : Pour la semaine prochaine, est-ce que vous pensez pouvoir essayer de reprendre la promenade avec votre chienne et de commencer un peu de jardinage dans la serre ?

P : Oui, je pense que je peux. J'ai du temps libre le mercredi après-midi et aussi le samedi, puisque ma femme sera avec ma fille, donc je vais essayer.

T : Très bien, ces deux activités semblent être ce dont vous vous sentez le plus capable actuellement.

P : Oui, puis la promenade, ça va me dérouiller un peu.

T : D'autant plus que c'est important de reprendre une activité un peu physique, car cela agit comme un antidépresseur, mais surtout, ne brûlez pas les étapes. Il faut y aller à votre rythme, pas à pas, car il s'agit de changer des habitudes qui se sont installées depuis un moment.

P : D'accord.

T : Il faut se féliciter de chaque petit progrès ! La semaine prochaine nous reviendrons sur ce que vous avez réussi à faire.

M. G devait reporter pour la semaine suivante le nombre de fois qu'il avait réussi à réaliser ces deux activités. Le temps consacré et le plaisir ressenti (cf annexe 2). Je proposais à M. G d'établir la liste des activités de loisirs au propre pour la prochaine fois. Elle est reportée dans le tableau VI ci-dessous.

Tableau VI : hiérarchie initiale des activités de loisirs de M.G selon le niveau de maîtrise

Activités de Loisirs	Je me sens capable de 0 à 10
Promenade avec la chienne à la voie verte	8/10
Jardinage	7.5/10
Aller prendre un café en terrasse avec mon ami	6.5/10
Maquette en musique à l'atelier	6/10
Lecture d'un roman	5.5/10
Se rendre au cinéma avec ma petite fille	5/10
Petite randonnée avec mon ami	4/10
Dîner avec les amis	3/10

Application de la méthode de la restructuration cognitive

Séance 18

Restructuration cognitive à partir d'une situation rapportée par le patient

Thérapeute : Si nous partons de la situation que vous me rapportiez tout à l'heure, on est lundi soir vous parlez avec votre fille au téléphone, elle vous dit qu'elle est fatiguée. Comment vous sentez-vous ?

Patient : Je me sens triste d'entendre ça.

T : Vous ressentez de la tristesse.

P : Oui, je me sens triste et coupable aussi.

T : Si on évaluait votre tristesse de 0 à 10, vous diriez qu'elle est à combien ?

P : 7/10

T : D'accord. Et votre culpabilité ?

P : 8/10

T : Donc, lorsque votre fille vous dit qu'elle est fatiguée, vous ressentez de la culpabilité à un niveau élevé et de la tristesse à un niveau un petit peu moins élevé.

P : C'est ça.

T : Quelles pensées vous traversent alors l'esprit ?

P : Je me dis qu'elle a déjà beaucoup à faire, qu'elle ne mérite pas ça. Je me dis que c'est trop difficile pour elle de s'occuper de mon épouse.

T : Je vais écrire sur une feuille ce que nous sommes en train de dire pour que ce soit plus clair :

Situation	Emotions	Pensées automatiques
Lundi soir ma fille me dit qu'elle est fatiguée	Tristesse 7/10 Culpabilité 8/10	Elle ne mérite pas cela. C'est trop difficile pour elle de s'occuper de mon épouse.

Si je comprends bien, vous pensez que si votre fille était fatiguée le lundi soir, c'est parce qu'elle fait des activités avec votre épouse à certains moments de la semaine ?

P : Oui, c'est ça.

T : Sur une échelle allant de 0 à 100%, vous y croyez à combien ? Si 0 est « du tout sûr » et 100 « tout à fait sûr ».

P : Je ne sais pas... 80%

T : D'accord. Pourquoi pas 100% ?

P : Je ne sais pas. Elle est peut-être fatiguée par autre chose.

T : Pour quelle autre raison pourrait-elle être fatiguée ?

P : Eh bien... elle pourrait être fatiguée par sa journée de travail, car son travail n'est pas facile ; elle s'en plaint beaucoup.

T : Elle s'en est plainte pendant votre coup de téléphone ?

P : Oui, elle m'en a beaucoup parlé.

T : Donc il y a des faits qui vont dans ce sens.

P : Oui, c'est vrai.

T : On pourrait du coup, à partir de cela, formuler une pensée alternative, différente de votre première pensée, qui serait plus appropriée.

P : C'est pas évident ça ! C'est-à-dire... une pensée qui dirait qu'elle est fatiguée en raison de son travail ?

T : C'est ça, une pensée qui serait, par exemple « C'est vrai que mon épouse peut être difficile, mais ce n'est pas cela qui fait que ma fille était épuisée lundi soir ».

Je rajoute la case pensée alternative et écrit ce que je viens de dire.

P : Je vois.

T : Avec cette pensée alternative, comment vous sentiriez-vous, à combien évalueriez-vous votre culpabilité de 0 à 10 ?

P : Un peu plus bas, à 5/10. *Je rajoute une nouvelle case afin de noter cette nouvelle évaluation émotionnelle.*

T : Vous voyez M. G, l'idée est de travailler ainsi sur les pensées qui surviennent. Apprendre à les repérer, à en prendre conscience, puis apprendre peu à peu à formuler des pensées plus appropriées, car cela a un impact fort sur vos émotions. C'est ce que nous allons travailler ensemble.

12. Analyse de l'échec et de la réussite

Évolution des indices au cours de la thérapie

	Ligne de base - Séance 4 – début janvier	Séance 15 A 4 mois – mi mai	Séance 21 A 6 mois – mi juillet
BDI II	30	18	10
STAY YA	44	30	25
STAY YB	50	33	28
QPD -PMA	43	30	25
Nombre d'activités de loisirs réalisées sur une semaine	0	4	7

Comme nous l'avons évoqué précédemment, M. G a évolué favorablement sur la fréquence de réalisation d'activités de loisirs. Désormais, il met en place des rituels, il prend des moments pour lui, pour se ressourcer et ne culpabilise pas de le faire. Ces moments le valorisent et contribuent, qualitativement et au vu des résultats obtenus aux échelles, à une amélioration significative de son humeur.

L'étape diagnostique et la passation des questionnaires de la ligne de base ont été des étapes très importantes pour son évolution. Elles ont permis à M. G de mettre un mot sur sa souffrance morale et d'identifier son rôle d'aidant dans l'accompagnement de son épouse. Il a ainsi pu entendre que les difficultés qu'il rencontrait étaient reconnues et expérimentées par de nombreux aidants familiaux, et qu'il était primordial qu'il prenne soin de lui pour pouvoir continuer à prendre soin de son épouse.

La psychoéducation sur la maladie de son épouse lui a permis d'appréhender avec plus de recul et de sérénité certaines situations problématiques au domicile. Il a aussi pu se saisir des outils de gestion émotionnelle et les utilise fréquemment. De plus, sa fille s'est investie dans la thérapie, prenant presque une place de co-thérapeute en encourageant fortement son père dans la réalisation des activités de loisirs.

Identification des difficultés et réflexion sur l'alliance thérapeutique

Ce qui a été difficile au cours de cette prise en charge, c'est que l'évolution de la maladie de Madame G est un facteur sur lequel je ne peux agir.

De plus, l'âge de M.G entraîne un certain manque de flexibilité, une certaine rigidité cognitive. Je me trouve ainsi en difficulté pour tout ce qui a trait à la restructuration cognitive. Cette démarche

est difficile à appréhender pour lui, mais je pense continuer d'essayer de l'aider à formuler des pensées alternatives en le guidant un peu plus qu'il ne serait nécessaire pour une personne plus jeune. Aujourd'hui, il reste culpabilisé de l'aide que peut lui apporter sa fille et n'ose pas s'exposer au regard d'amis moins proches. Il a peur d'être jugé négativement, notamment sur une possible réaction émotionnelle à l'évocation des difficultés qu'il traverse.

Il perdure ainsi un certain isolement social chez quelqu'un qui était auparavant très sociable. À la rentrée, nous évaluerons avec M. G la nécessité de rompre ce retrait social lors de notre consultation prévue début septembre. Nous envisageons aussi qu'il rencontre d'autres personnes présentant les mêmes problématiques que lui, grâce à la plateforme de répit des aidants (impossible jusqu'à présent, du fait du confinement).

Concernant l'alliance thérapeutique, je l'ai trouvé de bonne qualité assez rapidement. M. G était très intéressé par les éléments de psychoéducation sur la maladie d'Alzheimer. Il faisait beaucoup de retours positifs sur nos séances. Il était très rigoureux dans la prise de notes, dans le soin apporté à son classeur de thérapie. Il aimait l'idée de pouvoir revoir en détail ce que nous avons abordé.

J'ai compris qu'avoir toujours un support écrit très complet était crucial dans la prise en charge en TCC d'une personne âgée.

D'une façon générale j'ai du faire appel à ma créativité et faire travailler ma propre flexibilité mentale au cours de cette prise en charge.

Bibliographie

American Psychiatric Association., (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.

Coppalle, R., Platel, H., Groussard, M., (2018). L'accompagnement des aidants de personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées : renouveler les approches théoriques de l'accompagnement en France. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 16(4), 399-408.

Cungi, C. (2016). *L'alliance thérapeutique*. Paris: Retz

Evans, C. (2007). Cognitive-behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(02), 111-118.

Hartmann, A. (2009). Les aidants naturels : quelles propositions d'accompagnement psychologique émotionnel, cognitif et comportemental ? *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 19, 159-162.

Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., ... Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(8), 843–850.

Lecrubier, Y., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L. I., Lépine, J. P., ... Sheehan, K. H. (1998). Mini International Neuropsychiatric Interview French Version 5.0. 0. Paris, France: INSERM.

Limosin, F., Manetti, A., René, M., & Schuster, J. P. (2015). Dépression du sujet âgé : Données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 15(89), 256–261.

Ritchie, K., Artero, S., Beluche, I., Ancelin, M. L., Mann, A., Dupuy, A. M., ... Boulenger, J. P. (2004). Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *British Journal of Psychiatry*, 184(2), 147–152.

Tandetnik, C., Hergueta, T., Negovanska, V., Dubois, B., & Bungener, C. (2014). Traduction française du « Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire-DTCQ ». Étude préliminaire auprès d'aidants de personnes atteintes de maladies neurodégénératives. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 24, 5-13.

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Dépression chez la personne âgée. *Rev Prat*, 58(4), 389–393.

Shuster, J. P., & Pellerin, J. (2019). La relation aidants-aidé : la soutenir, toujours la soutenir. *NPG Neurologie - Psychiatrie – Geriatrie*, 19, 11-15.

Spielberger, C. D. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI (form Y)(« self evaluation questionnaire »).

Annexes

Annexe 1

Questionnaire des Pensées Dysfonctionnelles-Proches de personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer QPD-PMA(version française)

Indiquez, s'il vous plaît, jusqu'à quel point vous êtes d'accord ou vous vous identifiez avec les énoncés suivants. Vous répondrez grâce à l'échelle suivante:

0 = Pas du tout d'accord

1 = Pas d'accord

2 = Ni d'accord ni pas d'accord

3 = D'accord

4 = Tout à fait d'accord

		note
1.	Seule la personne la plus proche du malade sait vraiment s'occuper de lui.	
2.	C'est égoïste de la part d'un aidant de consacrer du temps pour lui-même alors qu'il a un proche malade qui a besoin de lui.	
3.	Devenir un bon aidant signifierait de ne pas commettre d'erreurs en s'occupant de son proche malade.	
4.	Un bon aidant est celui qui aide son proche dans toutes les tâches y compris dans celles qu'il pourrait faire lui-même, si cela peut lui faciliter la vie.	
5.	Ce serait impardonnable qu'un aidant pense quelque chose comme : « Ce serait mieux pour tout le monde si mon proche mourait »	
6.	Si un aidant a des sentiments de honte ou de rejet envers son proche, c'est qu'en quelque sorte, il échoue en tant qu'aidant.	
7.	Les bons aidants doivent rester de bonne humeur toute la journée pour affronter correctement les soins quotidiens.	
8.	Un bon aidant ne doit jamais s'énerver ou perdre le contrôle avec la personne dont il s'occupe.	
9.	Il est logique que les aidants fassent passer au second plan leurs propres besoins, en laissant de côté leur satisfaction au profit des besoins de leur proche.	
10.	Un aidant ne doit demander de l'aide à d'autres personnes uniquement lorsqu'il ne sait pas comment résoudre un problème.	

11.	Même s'il se sent très mal, un aidant ne doit jamais se plaindre auprès d'autres personnes, car cela serait un manque de respect envers la personne malade.	
12.	Les aidants doivent éviter de parler de leurs problèmes avec les autres car ils ont leur propre vie et n'ont pas à être ennuyés avec plus de problèmes.	
13.	Un aidant ne doit demander de l'aide aux autres ou rechercher des alternatives uniquement lorsque la situation n'est plus gérable ou lorsqu'il ne peut plus y faire face.	
14.	Demander de l'aide à des personnes qui ne font pas partie de la famille est la dernière chose que doit faire l'aidant, car les soins doivent être pris en charge par la famille.	
15.	Quand une personne s'occupe d'un malade, elle doit laisser de côté ce qui l'intéresse et se consacrer complètement à lui.	
16.	En tant qu'aidant, je considère que je dois faire tout ce que me demande la personne malade, même s'il me semble qu'elle est trop exigeante.	
	Total	

QPD-PMA : Losada, 2005 ; Losada, Montorio, Izal y Márquez-González, 2006.
Traduction française: C. Tandetnik, V. Negovanska, T. Hergueta, 2014.

ACTIVITES DE LOISIRS SEMAINE du / /

	Type d'activité	Horaires et temps consacré	Plaisir ressenti de 0 à 10
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			
Dimanche			