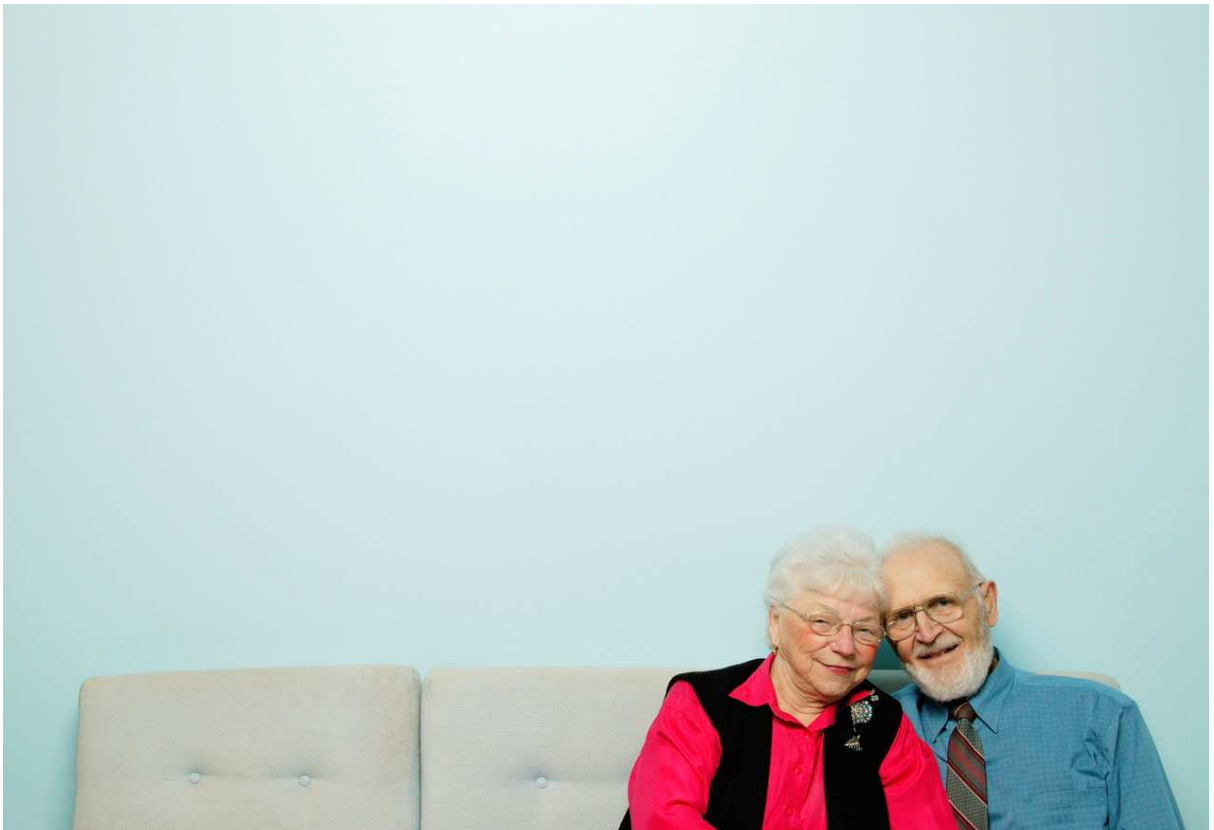


La Thérapie de Résolution de Problèmes pour la Dépression du Grand Âge.



The Over-60 Research Unit

UCSF

2007 adaptation en français en 2013

Adaptée par Amandine Capber

*Titulaire d'un Master 2 recherche, étudiante en Master 2 professionnel Neuropsychologie et
Psychopathologie du vieillissement, Montpellier 3, Dir. Pr. M.C. Gely-Nargeot*

Mail : amandine.capber@gmail.com.

Sous la supervision de Dr. Stéphane Raffard,

Laboratoire Epsilon, EA 4556, Université Montpellier III, Montpellier, France

Mail : stephane.raffard@univ-montp3.fr

Table des matières

Chapitre 1 : Résolution de problème : introduction	page 3
Chapitre 2 : La thérapie de résolution de problèmes	page 5
Chapitre 3 : Aides publiques	page 24
Chapitre 4 : Spécificité du travail avec les personnes âgées	page 25

Chapitre 1

Thérapie de résolution de problèmes pour les personnes âgées dépressives



La thérapie de résolution de problèmes pour les adultes âgés est une version modifiée du manuel *Social Problem Solving Therapy* de Arthur Nezu et Thomas D’Zurilla et de *Problem Solving Therapy Manual for Primary Care Medicine* développé pour IMPACT trial. Il est important pour les lecteurs de ce manuel de se reporter à ces deux excellents ouvrages sur la Thérapie sociale de résolution de problèmes : *Social Problem Solving Therapy: Theory, Research and Practice* (Nezu, Nezu and Perri, 1989) and *Problem-Solving Therapy: A social competence approach to clinical intervention* (D’Zurilla and Nezu, 1999). Au cours des dernières années, nous avons réalisé des modifications de la TRP pour la rendre plus adaptée aux adultes âgés. Ces modifications ont été conduites à l’aide de l’expérience acquise en utilisant la TRP, aussi bien que par le retour que nous ont fait nos anciens patients.

La première modification portait sur les exemples donnés pour illustrer les étapes de la résolution de problème. Ils ont été modifiés de sorte qu’ils se centrent sur les problématiques spécifiques du grand âge. Notre expérience nous a montré qu’un mélange de gériatrie et de problèmes spécifiques de la dépression rend l’intervention plus adaptée pour les personnes âgées. Le second changement portait sur la durée du traitement. Nous avons constaté que les personnes âgées avaient besoin de plus de temps pour intégrer les informations et pour s’approprier chaque étape que les patients plus jeunes. Cette version de la TRP comprend 12 séances. Le dernier changement permet d’inclure des stratégies de travail avec des personnes qui présentent un déficit cognitif léger. Ces modifications sont développées dans le chapitre 4.

La TRP-PA peut être réalisée individuellement ou en groupe. Afin que la TRP-PA soit possible, il faut s’assurer que le patient (1) comprend la démarche et (2) son application. L’éducation et la familiarisation du patient à la thérapie sont souvent importantes avec les personnes âgées. Certains n’ayant jamais été en thérapie auparavant, il est central de détailler lors de la première séance : comment le traitement s’organise, à quelle fréquence se font les rencontres et l’importance de

l'application chez soi. Un bon thérapeute gériatrique analyse toujours les attentes des patients envers la thérapie. Il s'efforce de dissiper les craintes et les malentendus. Il est possible que certaines personnes âgées aient suivi des psychothérapies dans le passé. En revanche, il est probable qu'elles n'aient pas eu l'expérience d'une thérapie structurée comme la TRP-PA. Il est donc important, dans ce cas, que le patient comprenne la différence entre la TRP-PA et une psychothérapie traditionnelle.

La TRP se compose de sept étapes qui ciblent les problèmes psychosociaux. Ces étapes sont (1) sélectionner et définir le problème, (2) établir des buts réalistes et réalisables, (3) mettre en place des solutions alternatives, (4) élaborer la démarche de prise de décision, (5) évaluer et choisir les solutions, (6) exécuter la solution préférentielle et (7) évaluer le résultat. La spécificité de la TRP sur les autres psychothérapies est qu'elle s'adapte à une procédure de « case management »¹. Les thérapeutes peuvent prouver l'efficacité de ces étapes en comparant les résultats obtenus par des patients qui n'ont pas utilisé ce type d'approche structurée. Ainsi, thérapeutes et patients travaillent ensemble, utilisant le même modèle logique pour résoudre aussi bien les problèmes sociaux que psychologiques.

Ce manuel décrit comment apprendre la capacité de résolution de problème aux personnes âgées avec une dépression modérée. Ce manuel est le résultat de 15 années de recherches à l'Université californienne de San Francisco (UCSF) sur la réalisation de la TRP pour les personnes âgées de milieux socio-éducatifs divers avec des problèmes médicaux et un déficit cognitif léger.

Le chapitre 2 du manuel décrit la procédure de résolution de problèmes. Dans le chapitre 3, nous fournissons les informations générales concernant les aides publiques et associations qui peuvent être attribuée aux patients ayant des ressources financières limitées. Au chapitre 4, nous discutons les spécificités du travail avec les personnes âgées, notamment l'impact de l'âge sur la motivation au changement et comment le handicap influence le traitement. On y trouve aussi le formulaire de TRP et la *Liste de problèmes*, décrit dans le chapitre 2.

¹ Case management : est une forme de gestion mise en place en entreprise et très utilisée aux Etats Unis. Elle consiste à établir une solution à partir de l'analyse en collaboration de l'ensemble des informations disponibles en utilisant une approche structurée et contextuelle. Pour plus d'informations : www.bpmbulletin.com.

Chapitre 2

La thérapie de résolution de problèmes



Ce chapitre décrit les étapes spécifiques de la TRP et l'utilisation du formulaire de TRP pour résoudre à la fois des « case management » et des problèmes de patients. Ce chapitre va passer en revue pas à pas comment utiliser la TRP avec les patients aussi bien lors de la première séance que pour la prévention des rechutes.

Le cadre thérapeutique:

Durée: la TRP est un traitement bref, il peut comporter aussi bien 4 séances que 12. La durée du traitement va être déterminée par le temps de rétablissement du patient, les besoins cliniques ou le protocole de recherche. Dans notre étude, nous avons trouvé que la durée minimale pour une thérapie efficace est de 4 séances étalées sur une période de 8 semaines. Toutefois, six séances est le nombre optimal car nous avons tendance à constater les meilleurs résultats comparés aux autres psychothérapies. Néanmoins, nous considérons que 9 séances est la durée idéale pour la plupart des patients en TRP. Chaque séance dure en moyenne 40 minutes alors que dans le domaine de la santé mentale les séances sont habituellement de 45 minutes et en médecine générale de 30 minutes.

Dispositif: La TRP est administrée de multiples façons que ce soit par le support ou l'organisation. Il a été prouvé que la TRP est une thérapie efficace par téléphone, intervention médicale, à domicile et intervention par internet. Nous sommes actuellement en train d'étudier l'efficacité de la TRP s'appuyant sur des applications médicales de téléphones mobiles.

Organisation: la TRP est divisée en trois phases : introduction/éducation, entraînement, et phase de prévention. La première et la seconde séance servent à apprendre à connaître le patient, sa problématique, la façon dont ses symptômes interfèrent dans son quotidien et si il a besoin d'être orienté vers un travail de remédiation. De plus, le patient se familiarise avec la démarche de la TRP. Les séances intermédiaires sont destinées à encourager l'utilisation des capacités acquises avec la TRP. La dernière ou les deux dernières séances permettent d'aider le patient à développer une stratégie de prévention des rechutes, basée sur le même format que la TRP.

Structure : pour être efficace, les traitements courts nécessitent d'être structurés mais sans pour autant y perdre votre style thérapeutique ou agir par automatismes quand vous faites une TRP. Vous pouvez faire appel à votre jugement clinique, sans quitter pour autant la ligne directrice. La séance standard se déroule de la façon suivante :

1. mettre en place l'agenda
2. analyser les progrès (PHQ-9, activités plaisantes)
3. sélectionner un problème et le résoudre
4. revoir le plan d'action et les activités
5. conclure la séance

Étape d'introduction de la TRP : Education, Initiation et Orientation de problème

Éduquer et initier le patient, ou comment créer une alliance thérapeutique dans un court laps de temps.

Comme toutes les thérapies, pour que la TRP soit efficace, le patient doit comprendre le traitement et adhérer à la méthode thérapeutique. C'est possible en éduquant autant sur l'organisation (comment nous allons travailler ensemble) et la logique thérapeutique (pourquoi nous utilisons ce modèle). Vous n'avez pas besoin de trop vous y attarder, juste assez pour expliquer au patient comment marche la TRP et pour répondre aux questions et aux inquiétudes qu'il peut avoir au sujet de la thérapie. Les points basiques à aborder dans le programme d'éducation :

« Check list » Introduction à la TRP :

1. Expliquer la structure du traitement
 - Nombre de séances
 - Durée de la visite
 - Fréquence des rencontres
 - Structure des rencontres
 - Commencer avec l'agenda
 - Revoir le PHQ-9
 - Résolution de problème en 15 minutes
 - Finir chaque séance avec un plan d'action
 - Importance du PHQ-9

- Utiliser en premier lieu le formulaire de résolution de problèmes
- Le travail est collaboratif

2. Expliquer la théorie de la résolution de problème dans la dépression

- Tout le monde a des problèmes.
- Vous pouvez déprimer quand vous avez trop de problèmes ou des problèmes que vous n'arrivez pas à gérer.
- Quand on est déprimé, on s'isole et on n'a pas envie de faire quoique se soit.
- Ça entraîne le sentiment que l'on est désespéré et qu'aucune aide n'aurait d'effet.
- Moins on en fait, et moins on se sent bien. C'est un cercle vicieux mais on peut l'endiguer.
- Avec la TRP, on va cibler un problème à la fois, car plus on en fait, mieux on se sent.

3. Expliquer la démarche de la résolution de problème.

- La TRP se déroule en sept étapes.
- On commence avec une courte liste de problèmes.
- Ensuite, on sélectionne un problème.
- On le définit, ce qui consiste à le détailler.
- On établit un objectif.
- On crée une liste de moyens pour atteindre cet objectif.
- On parle de cette liste d'options et on les évalue en se basant sur ce qui est faisable pour vous.
- On crée une stratégie en plusieurs étapes.
- Vous faites les plans et on en parle à la séance prochaine.
- Vous allez également résoudre d'autres problèmes par vous même entre plusieurs séances.

- Ne vous inquiétez pas si votre plan ne marche pas parfaitement, c'est l'intérêt d'en savoir plus à propos du problème, cela nous permet de comprendre ce qu'il se passe.

4. Procédure d'explication

- Vérifier avec le patient qu'il a bien compris à la fin de chaque séance.
- Demander au patient si il a des questions.
- Utiliser un vocabulaire simple et facilement compréhensible.
- Être empathique.
- Adopter une position collaborative et non directive.

Mise en place de la liste de problèmes :

Pour certains patients, l'idée même que leurs problèmes ont des solutions est impensable. Quand on leur demande de réfléchir à leur problème, d'autres patients peuvent être submergés par leurs émotions et ainsi, ont des difficultés à se centrer sur les détails du problème. Certains autres patients sont tellement désespérés et pessimistes qu'ils ne croient pas que ces problèmes peuvent être résolus. Ils peuvent également croire que même si il existe une solution, elle ne sera jamais suffisante. Mise à part la gestion des émotions ; la négativité et le désespoir sont souvent présents dans la dépression. Beaucoup de personnes présentent ces symptômes à différents degrés. Nous avons montré que la plupart des personnes qui souffrent de dépression peuvent contrôler leurs émotions et leur pessimisme. Ils peuvent les contrôler suffisamment pour leur permettre de commencer directement la thérapie en sept étapes. Ils n'ont pas besoin de plus d'aide pour focaliser leurs pensées et résoudre activement leurs problèmes. En revanche, d'autres patients sont bloqués par leurs pensées et émotions négatives. Il est nécessaire de leur apporter une aide supplémentaire pour les recentrer sur la résolution des problèmes. C'est pour cela que nous avons inclus dans les étapes initiales de la TRP, un point particulier sur la gestion des émotions et des pensées négatives (appelée Orientation de Problème dans le modèle TRP de Nezu). Toutefois, nous en avons fait un point optionnel dans le processus pour le patient qui est capable de commencer la résolution de problèmes ou qui est plus optimiste au sujet de la finalité.

Les objectifs de l'orientation de problème sont de rendre le patient conscient de ses problèmes particuliers dans le quotidien, de minimiser le contenu émotionnel du problème auquel il fait face, et d'augmenter sa motivation dans la résolution de problème. Le principe de l'orientation se divise en cinq domaines : perception du problème, attribution du problème, évaluation du problème, les croyances de

contrôle personnel et le style d'approche/évitement (Nezu, Nezu, Perri, 1989). Dans la perception de problème, le patient doit identifier un problème et le contexte dans lequel il doit y faire face. Ainsi, le problème doit amener des émotions au patient. Il est essentiel que le patient tente de mettre de côté la charge émotionnelle pour qu'il puisse s'occuper du problème d'une façon stratégique et méthodique. En ce qui concerne l'attribution de problème, le patient avec l'aide du thérapeute, tente d'adopter une perspective réaliste de la cause du problème. Il peut avoir une vision très négative et par conséquent attribuer à des facteurs internes une grande part de la cause du problème. A l'inverse, des patients peuvent présenter un style d'attribution qui donne trop d'importance aux facteurs externes ce qui peut également être irréaliste. Dans ce cas, le patient essaie de trouver un équilibre réaliste dans le but d'aborder le problème de façon pragmatique. Le patient dans l'évaluation du problème doit se centrer sur son sens et son poids dans son bien-être personnel. Il est également important d'introduire dès le début la variable du contrôle personnel car les patients doivent apprendre qu'ils ne peuvent pas changer le comportement des autres ou d'autres situations externes. Toutefois, ils ont l'opportunité de modifier leur propre réaction vis à vis de la situation qu'ils ne peuvent contrôler et ainsi gérer efficacement des facteurs de stress supplémentaire. De plus, l'attitude adoptée par le patient pour faire face à un problème peut être décisive. Il est préférable qu'il soit proactif plutôt qu'évitant. Les patients ne doivent pas seulement éviter les problèmes émergents mais systématiquement y faire face. Cette composante peut être particulièrement difficile pour des patients qui présentent des dysfonctionnements exécutifs. Le thérapeute doit, dans ce cas, s'efforcer d'encourager la motivation du patient. Une fois que ces tâches sont accomplies, le patient et le thérapeute sont prêts à passer aux sept étapes de résolution de problèmes.

Stratégies d'orientation de problèmes.

Gestion des émotions : Les stratégies de gestion des émotions sont constituées de n'importe quels outils qui peuvent aider à calmer et à diriger l'attention loin des pensées négatives vers un état de relaxation. Quelques exemples de stratégies de gestion des émotions :

<u>Stratégies de gestion des émotions</u>			
Méditation	Exercices de Relaxation	Respiration profonde	Imagerie

Avant de sélectionner la stratégie appropriée pour un patient, il faut avoir pu peser le pour et le contre. Pour se faire, on s'appuie sur les expériences positives des patients. La stratégie ainsi sélectionnée est destinée à être pratiquée à plusieurs reprises pour que le patient puisse la mettre en œuvre facilement à un moment critique où il se sent déborder par ses émotions. Pour toutes ces stratégies, le patient a besoin d'un endroit calme pour s'entraîner environ 10 minutes par jour. Les patients doivent reporter leurs humeurs avant et après la pratique. On leur donne la consigne de s'approprier ces stratégies avant chaque étape du plan d'action.

Biais négatif: les stratégies de gestion de la focalisation négative aide le patient à évaluer sa situation d'une façon plus objective. On apprend donc au patient à reconnaître quand ils sont en attente excessive des indices négatifs de l'environnement et comment se centrer sur les aspects neutres ou positifs de la situation. Dans la TRP, nous utilisons une version modifiée des Stratégies Cognitivo-Comportementales (CC) pour surpasser cet obstacle. Plutôt que d'utiliser les stratégies CC dans toutes les situations, nous encourageons les patients à utiliser ces stratégies spécialement quand ils rencontrent des problèmes à la réalisation de leur plan d'action. Si le patient décide d'utiliser cette stratégie dans d'autres situations, c'est possible mais pas vraiment nécessaire.

Les stratégies de focalisation négative sont :

Stratégie de focalisation négative

Avocat du diable

Rassembler les preuves

Entraînement à l'utilisation de la focalisation positive

L'avocat du diable: cette technique est un moyen de contrer les pensées négatives du patient. Elle implique juste quelques étapes :

1. Écrire les raisons pour lesquelles vous ne devriez pas réaliser le plan d'action ;
2. Prendre le contre pied des raisons négatives : que diriez vous à quelqu'un qui vous oppose les mêmes arguments pour qu'il réalise le plan d'action ;
3. Organisez les arguments positifs et s'y reporter quand vous voulez abandonner le plan d'action.

Rassembler les preuves: c'est un exercice relativement facile qui permet d'augmenter la motivation à s'engager dans le plan d'action et surpasser les biais négatifs. En utilisant la fiche Rassembler les preuves en annexe, tout ce que vous demandez au patient est :

1. Estimer la probabilité que le pire se réalise ;
2. Demandez au patient de se souvenir de tous les moments où il s'est engagé dans un plan d'action ou une activité du même type. Ensuite demandez lui d'estimer le nombre de fois où il s'est effectivement confronté à une fin négative. Il doit évaluer si c'est moins, égal ou plus de la moitié du temps ;
3. Le travail demandé au patient est de réaliser le plan d'action et ensuite de se documenter pour voir si l'issue négative c'est déjà produite. Parlez avec le patient de la différence entre leur croyance, leur prédiction et vraiment expérimenter la réalisation de l'expérience négative.

Entraînement à l'utilisation de la focalisation positive: avoir une focalisation positive est la tendance du cerveau à chercher et porter particulièrement attention au plaisant et aux indices positifs de l'environnement. Comme la focalisation négative, c'est une fonction cérébrale naturelle. Quand les personnes sont déprimées, la focalisation positive s'inhibe. Les patients doivent ainsi mobiliser plus d'énergie pour lever ce processus cognitif et surpasser leur dépression. Les patients qui choisissent de contrôler leur focalisation négative en engageant une focalisation positive devront s'entraîner. Ils devront utiliser la stratégie précédente jusqu'à ce qu'ils se sentent à l'aise (certains patients rapportent qu'ils ne trouvent jamais ça naturel, mais une majorité trouve ça utile). Les patients peuvent choisir d'utiliser un ou tous les outils suivant pour les aider à réaliser leur plan d'action.

- **Prendre du recul.** C'est s'interroger pour savoir si je dissuaderaient quelqu'un d'autre de réaliser le même plan d'action. Si ce n'est pas le cas, il faut donc arrêter d'être si dur avec soi-même. Il faut penser à des choses moins négatives qui offrent des attentes plus réalistes à propos du succès de son plan d'action.
- **Garder un "registre des pensées négatives".** Quand on a une pensée négative en réalisant le plan d'action, il faut la noter dans un cahier. Puis faire le point quand on est dans de bonnes dispositions. Il faut évaluer si cette pensée négative était vraiment justifiée. Afin d'avoir un second avis, on consulte un ami ou le thérapeute pour regarder le registre avec soi.

- **Changement de perspectives.** Cela consiste à faire le point sur son registre de pensées négatives. Ainsi, pour chaque pensée négative, on écrit quelque chose de positif ou on trouve une explication alternative. Par exemple : « mon patron me hait. Il m'a donné ce travail impossible à faire » peut être remplacé par « mon patron doit avoir vraiment confiance en moi pour me donner autant de responsabilité », « mon patron m'a donné autant de travail car c'est un projet important avec une date limite proche » ou « d'autres on reçu le même travail ».
- **Rencontrer des personnes positives.** Remarquez comment les personnes qui voient le verre à moitié plein gèrent les défis, même les plus insignifiants comme trouver une place de parking. Ensuite, pensez à la façon que vous avez de réagir face à la situation similaire. Même si vous devez faire semblant, essayez d'adopter leur optimisme et leur persistance en accomplissant votre plan.

SOUVENEZ-VOUS : CES STRATEGIES SONT FACULTATIVES. C'EST A VOUS DE VOIR AVEC VOTRE PATIENT SI ELLES SERONT UTILES.

Les Sept Étapes de la TRP

Il est important de revoir les étapes de la TRP qui sont :

- | | |
|---|--|
| 1. Sélectionner et définir le problème | 5. Évaluer et choisir les solutions |
| 2. Établir des buts réalistes et réalisables | 6. Exécuter la solution préférentielle |
| 3. Mettre en place des solutions alternatives | 7. Évaluer le résultat |
| 4. Elaborer la démarche de prise de décision | (Organiser les activités) |

Chaque étape de la TRP est présentée dans la fiche de TRP (annexe A). Cette fiche a été créée pour les personnes âgées, avec des grossissements pour prendre en compte les problèmes visuels et de grands espaces d'écriture pour s'adapter aux déficits graphomoteurs. Nous discutons, ci-dessous, chaque étape de la TRP et comment compléter la fiche.

Etape 1: Sélection et Définition du Problème



Le but de cette étape est de définir succinctement le problème sélectionné. Nous avons trouvé important de relever que dans le « case management », il convient de privilégier le problème le plus urgent. On procède dans ce sens jusqu'à arriver au problème le moins urgent. Les patients semblent souvent tellement absorbés par leurs problèmes urgents qu'ils n'apprennent pas la TRP. En classant les problèmes de cette manière, les patients vont pouvoir apprendre la TRP.

Toutefois, la sélection du problème du patient devrait être réalisée dans l'ordre opposé. En s'attaquant au problème le moins complexe en début de thérapie, on facilite la compréhension du modèle par le patient. Cela permet de donner au sujet l'opportunité de réussir avec l'aide du modèle dans un temps réduit. Dans notre expérience, se centrer sur un problème trop sensible peut entraver l'apprentissage du modèle par le patient.

La plupart des patients vont décrire leurs problèmes en des termes vagues. Il est fréquent d'entendre le patient dire que son problème est la « procrastination », « la pauvreté » ou « être malade ». Quelque soit la véracité de ces propos, les détails manquent. Que signifie la procrastination ? Est ce qu'il se plaint à propos des délais de ses paiements ? Le patient est malade : a-t-il un traitement en cours ? En quoi « la pauvreté » est un problème pour le patient ? Est ce qu'il est en difficulté pour payer ses factures ou il paye ses factures mais ne peut pas faire de cadeaux à ses amis ? Comme on peut le voir dans ces exemples, ces termes généraux ne sont pas d'un grand secours pour déterminer comment résoudre le problème.

Définir un problème implique d' :

- Analyser les spécificités du problème
- Démanteler le problème général en sous parties
- Utiliser des termes concrets et des faits observables pour décrire le problème

Analyser les spécificités du problème. Il est pratiquement impossible de résoudre quelque problème que se soit sans passer par une complète compréhension de celui-ci. Si cette analyse complète n'a pas été faite, le thérapeute et le patient se confrontent à la possibilité de construire des solutions inadéquates, ou pire incohérentes. Cela implique que le patient détaille exhaustivement les facteurs qui rendent cette situation problématique. Il est important d'avoir des informations sur les frustrations, comprendre pourquoi il n'a pas affronté le problème. Il faut connaître les barrières et les obstacles rencontrés par le patient. Il est important que ce processus soit accompli avant d'établir le plan d'action.

Démanteler le problème en sous-parties facilement gérables. Les problèmes sont la plupart du temps, composés de plusieurs petites parties distinctes et liées entre elles. Ne pas arriver à distinguer ces sous-parties, conduit à une définition vague du problème qui elle-même induit un plan d'action peu efficace. La pauvreté est un problème large avec de nombreuses solutions potentielles. Une patiente se plaignait d'être pauvre ce qui entraînait l'incapacité de payer son loyer dans les délais, acheter des médicaments, de nouveaux vêtements et des cadeaux pour ses petits-enfants. Chacune de ces impossibilités constitue un problème à part entière qui nécessite son propre plan d'action. De plus, comme vous pouvez le voir dans cet exemple, certains sont des « case management » et d'autres des problèmes du patient. Le thérapeute peut mettre en place un système pour payer les médicaments, mais seul le patient peut en trouver un pour offrir des cadeaux à ses petits-enfants.

Utiliser des termes concrets et des faits observables pour décrire le problème. Une fois que le problème est subdivisé en sous parties, et que tous les aspects des besoins du problème ont été établis, le patient et le thérapeute peuvent alors définir brièvement le problème ou les besoins qui en découlent. Il est important de décrire le problème ou les besoins en termes de faits observables afin que patient et thérapeute puissent identifier le problème ou le besoin quand ils le rencontrent. Voici des exemples de problèmes définis et indéfinis :

<i>Indéfini</i>	<i>Défini</i>
“Pauvreté”	“Je ne peux pas payer ma facture d'électricité”
“Paralysie”	“Je ne peux pas sortir mon courrier de ma boîte aux lettres”
“Procrastination”	“J'oublie tout les jours d'utiliser mon déambulateur”

Il arrive que certains patients identifient comme problèmes des symptômes neurovégétatifs de leur dépression comme l'énergie, le sommeil, ou la motivation. Bien que ces symptômes soient effectivement « problématiques », ils ne sont pas des problèmes objectifs de la vie courante et ne peuvent pas être résolus avec le système de résolution de problème. Néanmoins, si le patient insiste pour se concentrer sur ceux-ci ou qu'il n'y a pas de problème objectif du quotidien qui émerge, il est possible de choisir un de ces symptômes si tant est que le corrélat fonctionnel est identifié. La définition du problème est ainsi construite en référence au déficit fonctionnel plutôt qu'au symptôme. Par exemple, une baisse d'énergie peut avoir fonction de réduire la capacité du patient à réaliser ses tâches ménagères. Dans ce cas, le problème est défini comme « difficulté à réaliser des tâches ménagères ». De la même façon, un manque de motivation peut entraver les visites faites aux amis. La définition du problème devient donc « difficulté à réaliser les activités de loisir ». Plus les patients deviennent habiles à résoudre ces problèmes fonctionnels, plus la dépression se dissipe et les symptômes de baisse d'énergie et de motivation vont s'améliorer.

Une fois que le problème a été succinctement défini, il suffit de le rédiger sur la première ligne de la fiche de TRP.

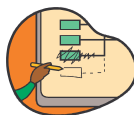
Etape 2: Etablir des Objectifs Réalistes et Réalisables pour la Résolution de Problèmes.



Une fois que le besoin ou le problème est défini, l'étape suivante est de déterminer ce que le patient veut voir changer. Cet objectif doit être défini aussi clairement et succinctement que le problème ou le besoin l'est. L'objectif doit pouvoir être accompli dans un temps et avec une quantité d'efforts raisonnables. De plus, il est important de prendre en compte un équilibre entre les ressources disponibles et la quantité de temps nécessaire pour cet accomplissement. Les patients et le thérapeute auront des objectifs sur le long terme qu'ils essaieront d'atteindre à la fin des 12 semaines. Ces objectifs peuvent habituellement être séquencés pour que les parties soient accomplies de rencontre en rencontre. Prenons l'exemple d'un patient qui a pour objectif de payer ses dettes. Cet objectif est divisé en différents points : établir un budget, payer en premier les factures de première nécessité (avant l'hiver), ensuite les factures de ses cartes bleues et enfin ses factures médicales. Ces sous-parties sont également divisées en plus petites parties, constituant des étapes opérationnelles, comme trouver à quelle aide financière il va pouvoir prétendre. En séquencant son objectif en sous-objectifs atteignables chaque semaine, le patient bénéficie de la sensation de succès plus que si son objectif était d'être délivré de ses dettes.

Etablir des objectifs comportementaux est important lors de l'étape 7 quand on réalise l'évaluation du succès de l'exécution. Quand le but établit stipule un résultat spécifique (ex : obtenir un transport, appeler un membre de la famille) et que celle-ci est effectuée, il est clair que le plan de résolution de problème marche. Une fois que le but a été défini, il doit être noté sur la ligne 2 de la fiche TRP.

Etape 3: Mettre en place plusieurs solutions alternatives: brainstorming



Une fois que l'objectif a été posé, vous êtes maintenant prêt à établir un ensemble de solutions potentielles. Des études ont montré que les patients dépressifs ont beaucoup de mal à établir des solutions, en partie car ils mettent en

doute efficacité de la solution avant même de l'avoir défini de façon adéquate. On enseigne donc aux sujets à penser de façon créative à différentes solutions possibles. Cet enseignement s'appuie sur le postulat que l'existence de plusieurs actions alternatives va augmenter les chances d'identifier une solution particulièrement efficace. En d'autres termes, la première idée n'est pas forcément la meilleure. De plus, les patients devraient être encouragés à générer autant que possibles des solutions par la technique de « brainstorming ».

Un brainstorming efficace implique de :

- Lister au moins 5 solutions
- Les solutions doivent être en rapport avec l'objectif
- Les patients et le thérapeute doivent suspendre tout jugement
- Pour les problèmes du patient, les solutions doivent venir du patient et non du thérapeute.

Lister au moins 5 solutions. La quantité de solutions générée est importante. Plus le nombre de solutions potentielles est grand, plus les chances de les résoudre avec succès sont élevées. Avoir un bon nombre de solutions permet également au patient et au thérapeute de combiner leurs idées quand cela s'avère cohérent.

Les thérapeutes qui utilisent cette approche peuvent trouver cela difficile de générer plus d'une ou deux solutions pour un besoin particulier. Par exemple, si un patient a besoin de prendre un rendez-vous médical mais n'a pas de médecin traitant déclaré. La solution évidente est de l'inciter à déclarer un médecin traitant. Toutefois, pour le bien du patient, il est nécessaire de considérer d'autres options pour qu'il puisse observer qu'il y a fréquemment plus d'une façon de résoudre un problème. Le patient pourra ainsi voir le thérapeute employer une stratégie de prise de décision décrite plus tard.

Les solutions doivent être en rapport avec l'objectif. Il arrive parfois que des patients listent tout ce qui leur passe par l'esprit sans cohérence avec le problème. C'est relativement rare, mais cela arrive. Dans ce cas, le thérapeute doit interroger le patient sur le lien avec le problème **avant même la fin du brainstorming**. Parfois, les solutions semblent sans lien car elles se réfèrent à un aspect du problème qui n'a pas été discuté. Dans ce cas, le problème doit être redéfini et les objectifs spécifiés.

Suspendre le jugement jusqu'à l'étape suivante. Ne jugez pas les idées tant que le brainstorming n'est pas effectué sinon un succès potentiel et une nouvelle solution peuvent être mis de côté prématurément. L'évaluation de faisabilité de chaque

option est développée dans la session suivante (Etape 4 : Elaborer la démarche de Prise de Décision : Pour et Contre).

Les solutions doivent être répertoriées dans la grille de l'item 3 de la fiche de TRP.

Etape 4: Elaborer la Démarche de Prise de Décision : les Pour versus les Contre



Le but de cette étape 4 est d'évaluer stratégiquement les solutions alternatives en exécutant les instructions en matière de prise de décision. Le thérapeute et le patient créent une liste de « pour » et de « contre » pour chaque solution potentielle. Cela implique de se poser les questions suivantes :

- La solution est elle applicable sur le long terme et l'objectif réduit?
- Quel est l'impact de la solution sur le patient, d'autres personnes et/ou la société ?
- La solution est elle réalisable ?

La solution est elle applicable sur le long terme et l'objectif réduit? L'intérêt principal de cette question est de déterminer la capacité des thérapeutes et des patients d'exécuter les solutions dans l'intervalle entre les rencontres. Certaines solutions peuvent parfaitement s'adresser à un besoin sur le long cours, mais si elles sont sélectionnées, elles devront être combinées à une autre solution qui aura un objectif sur le court terme. Ainsi, le patient pourra faire l'expérience de la réussite de semaine en semaine.

Quel est l'impact de la solution sur le client, d'autres personnes et/ou la société ? L'intérêt de cette question est de déterminer si la solution ne créera pas de problème imprévu. Par exemple, s'appuyer sur la famille pour emmener le patient au rendez-vous avec le kinésithérapeute toutes les semaines, peut entraîner une surcharge pour la famille. Il n'est pas suffisant d'atteindre l'objectif, une bonne solution minimise également les impacts négatifs sur les autres.

La solution est-elle réalisable? L'intérêt de cette question est de déterminer si le patient et le thérapeute ont les capacités pour réaliser la solution. Le thérapeute peut être en mesure d'aider le patient en le conduisant à ses rendez-vous, mais ce n'est pas une solution possible.

Comme pour toutes les étapes de résolution de problèmes, l'idéal est que le patient établisse sa propre liste de pour et contre. Toutefois, il y a deux situations dans lesquelles il est acceptable pour le thérapeute de donner des informations. La première, quand le patient est focalisé sur une conséquence négative, que se soit pour lui ou pour les autres, ce qui est extrême. Cela inclut des conséquences significatives sur l'intégrité physique et émotionnelle du patient ou d'une tierce personne. Ces conséquences peuvent comprendre des épisodes de conflit interpersonnels avec l'épouse ou un collègue de travail. La seconde est quand le patient mentionne un avantage ou un désavantage plus tôt dans la séance et paraît l'avoir oublié. Dans ce cas de figure, le patient a déjà démontré qu'il était conscient des tenants et le thérapeute lui rappelle simplement de les inclure dans le processus d'analyse de décision. Les pour et les contre de chaque solution doivent être listés dans la grille adjacente à chaque solution sous l'item 3 de la fiche de TRP.

Etape 5: Evaluer et Choisir la(es) Solution(s)



L'étape suivant en résolution de problème est d'inciter le patient à comparer les solutions en terme de pour de contre. Cela implique :

- Un examen approfondi de toutes les solutions
- Comparer les solutions : déterminer laquelle a le plus de pour et le moins de contre

Examen approfondi de toutes les solutions. Les thérapeutes doivent commencer cette étape avec une revue précautionneuse de la cohérence des pour et des contre pour chaque solution. Cette démarche aide à repérer les solutions les moins adaptées et ouvrir la discussion sur ce qui peut améliorer une solution faible.

Comparer les solutions. Après que l'analyse de chaque solution ait été réalisée, le thérapeute et le patient peuvent les comparer les unes aux autres. La solution qui devrait être sélectionnée est celle qui a le moins de conséquences négatives et le plus grand nombre d'effets positifs.

Au début, certains sujets trouvent que cette étape de la résolution de problème est difficile à réaliser seul. Ils ont tendance à ressasser des solutions sans être capable d'en choisir une, ou trop s'attacher aux instructions de prise de décision établies lors de l'étape précédente. Lorsqu'un patient choisit une solution sans avoir bien fait le point sur les pour et les contre, le thérapeute doit lui faire remarquer en mettant en avant les indices. Ainsi, si une solution potentielle est mise de côté alors qu'elle semble être pour le thérapeute un choix évident en se basant sur l'analyse de décision, le thérapeute doit s'assurer que c'est un choix raisonné et délibéré du patient de ne pas l'inclure. La conscience d'utiliser les preuves dans le choix des solutions doit être vérifiée en engageant le patient dans une brève discussion. Celle-ci permettant de faire le point sur les informations importantes de la prise de décision une fois qu'une solution est sélectionnée.

La solution choisie doit être rédigée à l'item 4 de la fiche de TRP.

Etape 6: Exécuter la(es) solution(s) préférée(s).



Une fois choisie, les étapes requises pour accomplir la solution sont définies et planifiées. C'est le **plan d'action**. Afin de créer un plan d'action clair, le patient et le thérapeute doivent :

- Lister les étapes pour arriver à la solution
- Envisager tous les obstacles possibles

Lister les étapes pour arriver à la solution. Le thérapeute et le patient considèrent toutes les phases qui permettraient d'arriver à la solution. Par exemple, les étapes pour permettre au patient d'avoir un médecin traitant. Le patient doit prendre sélection un médecin, prendre rendez-vous avec lui, se procurer une fiche de

déclaration de médecin traitant, la faire remplir par le médecin et l'envoyer à sa caisse de sécurité sociale. Spécifier quand chaque tâche doit être réalisée est important. Dans le même exemple, le thérapeute doit indiquer que la sélection du médecin doit être faite dès qu'il rentre à son domicile. Pour le patient, déterminer le décours temporel des phases est essentiel dans son adhésion au plan. Les patients ont plus de chance de vraiment exécuter le plan d'action s'ils réalisent la première phase aussitôt que le thérapeute quitte le domicile.

Envisager tous les obstacles possibles. Le patient doit identifier et choisir les tâches avec lesquelles il se sente à l'aise. Le thérapeute doit s'assurer que les tâches sont également suffisantes pour satisfaire les besoins de la solution. Parfois, cela signifie que la solution doit être subdivisée en phases plus simples. Dans cette forme extrême, cela peut vouloir dire retourner à la définition originale du problème et recommencer la démarche. Plus souvent, cela implique de retourner aux instructions et de réévaluer les solutions. Une nouvelle solution peut être choisie si la solution d'origine comprend une action que le patient ne se sent pas capable de faire.

Cette phase est parfois soumise aux contraintes de temps comme c'est le cas pour la dernière phase pendant la visite. Le thérapeute doit être conscient que les phases d'action représentent l'aboutissement de tout le travail réalisé en amont. De plus, il faut faire attention car se presser lors de cette étape entraîne la perte de la valeur accumulée lors des étapes précédentes. Le succès final de la TRP entière repose sur sa parfaite réalisation. Cela vaut bien les quelques minutes supplémentaires pour accomplir correctement l'étape et assurer le succès au patient.

Le plan d'action est complété à l'item 5 de la fiche de TRP.

Etape 7: Evaluer le résultat.



L'étape finale est terminée au début de cette rencontre. Le patient et le thérapeute doivent avoir exécutés ou être en train de réaliser le plan d'action établi lors des rendez-vous précédents. Ils doivent également avoir noté les résultats de ces tâches

à l'item 6 de la fiche de TRP. De plus, pour déterminer si une solution a été adoptée, l'évaluation appropriée du résultat implique de répondre aux questions suivantes :

- Êtes-vous satisfait du résultat?
- Avez-vous appris quoique ce soit de nouveau au sujet du problème ?
- Y a-t-il quelque chose que vous auriez fait différemment?

Êtes-vous satisfait du résultat ? On commence par passer en revue le travail effectué à la maison puis par le questionnement du patient sur sa satisfaction concernant ses efforts, et l'impact de son succès sur son humeur. Particulièrement durant les premières séances de traitement, pendant lesquelles le patient peut affirmer que le succès n'a aucun impact sur son humeur. Dans ce cas, le thérapeute devrait revoir le modèle de la TRP et mettre l'accent sur le fait qu'ils ne doivent pas être plus mal en ayant résolu le problème. Il est important d'encourager la persévérance. Quand des améliorations de l'humeur sont rapportées, le thérapeute doit pointer du doigt le lien entre la résolution effective d'un problème et profiter d'un état d'esprit positif.

Avez-vous appris quoique ce soit de nouveau au sujet du problème ? Cette question est particulièrement pertinente dans la revue des solutions qui n'ont pas été concluantes. En ce qui concerne la discussion des échecs du patient, le thérapeute devrait toujours transmettre qu'ils voient le potentiel du patient de réussir, et par là, faciliter une orientation positive de la résolution de problème. C'est également une opportunité de renforcer l'idée que la résolution de problème est un processus utile dans les situations d'échec. Les échecs permettent d'obtenir des informations que nous n'avons pas avant. De plus, il apparaît que les solutions ne sont efficaces car nous n'avons pas tous les faits quand on résout le problème. Et partant du principe que personne n'a toutes les clés du problème dès le début, les échecs sont une partie du processus, une partie de la vie et sont des opportunités d'améliorer notre capacité à gérer les situations problématiques.

La dernière tâche qui doit être accomplie lors de l'étape 7 est de mettre en lien les efforts du patient avec le modèle de TRP. Il faut renforcer leur compréhension de la logique de l'intervention. Si le patient continue d'être un participant motivé dans le traitement, il va continuer à appliquer la stratégie de résolution de problème quand le traitement sera fini. Ainsi, le patient doit comprendre et approuver la valeur de l'approche. Quand le patient a réussi et/ou qu'il rapporte qu'il est satisfait de ses efforts ou que son moral s'est amélioré grâce à ses efforts, c'est l'occasion rêvée pour promouvoir la logique sous-jacente de la TRP. Avant de passer au choix d'un autre problème pour la séance en cours, le thérapeute doit toujours faire l'effort de

s'assurer que le patient comprend le lien entre l'effort dans la résolution de problème et un bon moral.

Le Rôle de la planification d'activités dans la TRP.



La planification d'activités est une stratégie pour aider les patients à introduire des activités plaisantes et satisfaisantes dans leur quotidien. La procédure se base sur les recherches du psychologue Peter Lewinsohn qui a montrées que les sujets déprimés s'engagent significativement moins dans des événements plaisants que les sujets qui ne sont pas déprimés. La théorie de Lewinsohn sur la dépression pose le principe que le manque d'évènements plaisants cause la dépression chez le sujet. Et comme le sujet est déprimé, il est moins apte à s'engager dans des événements plaisants. C'est donc une spirale dans laquelle le manque d'activité plaisantes engendre la dépression, qui en retour entraîne la baisse d'engagement dans des activités plaisantes et l'aggravation de l'état dépressif.

Il est important de souligner que la TRP n'est pas toujours une méthode aussi facile à appréhender qu'elle le semble. Il est important pour le thérapeute d'être attentif aux signes qui montreraient que le patient est en difficulté dans une étape particulière. Pour cette raison, nous avons développé et fournit du matériel supplémentaire et des exercices pour le thérapeute confronté à ces situations. Ce matériel additionnel ne nécessitent pas d'être utilisé dans la TRP, mais peuvent être utiles quand le patient a des difficultés dans la compréhension du processus.

Chapitre 3

Aides publiques

Les organismes d'aide et de subvention varient d'un pays à l'autre. De plus, les fonds disponibles sont également dépendants du contexte économique et politique. Il est important que le thérapeute soit à jour par rapport aux modifications des aides. Au niveau national, il existe des aides spécifiques pour les personnes âgées comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), ou des aides à domicile pour le ménage et la livraison des repas. Le site Service-Publics.fr permet de connaître les différentes aides et les démarches à suivre. De plus, il existe au niveau local d'autres organisations comme le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).

Voici quelques sources d'informations à consulter :

- Gouvernement.fr
- Social-sante.gouv.fr
- Service-Publics.fr
- Conseil Général
- Centre Communal d'Action Social (CCAS) local
- Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) local

Il est également vivement conseillé au thérapeute d'être membre d'une organisation ou association locale en rapport avec le vieillissement. Il est de votre devoir de connaître les aides disponibles et de se tenir à jour sur les avancées dans le domaine du vieillissement.

Chapitre 4

Spécificité du travail avec les personnes âgées



L'âgisme et ses limites

Dans la société actuelle, l'avancée en âge est perçue comme un moment de désespoir, d'incapacité et de douleurs. Il suffit de remarquer l'industrie cosmétique et de voir la pléthore de produits qui visent à réduire les signes de l'âge : teintures, Botox, crèmes anti-rides. Tous ces produits qui suggèrent que l'avancée naturelle vers la vieillesse doit être évitée. L'âgisme est une croyance négative sur les personnes âgées présente dans tous les groupes d'âge. Comme la plupart d'entre nous grandisse avec des idées préconçues sur les personnes âgées, et que la société véhicule des stéréotypes sur l'avancée en âge, notre attitude envers l'âge et la vieillesse doit être prise en considération en travaillant en psychothérapie et en « case management » avec ce public.

L'attitude d'une personne âgée envers le thérapeute peut prendre de nombreuses formes. En effet, on constate que certaines personnes âgées, car elles ont des années d'expériences de vie en plus, ont une vision de la relation particulière. Cette vision peut provenir de son histoire de vie comme : l'origine familiale, la famille proche ou étendue ou d'autres relations. Un thérapeute doit être conscient de ces nombreuses possibilités et du fait que le patient puisse le voir comme un parent, un époux, un enfant, des petits-enfants ou un expert.

Pour le thérapeute, l'âgisme va vraisemblablement émerger dans le travail avec un patient âgé. Dans cette perspective, le manque d'expérience et de formation avec les personnes âgées rend certains thérapeutes vulnérables face à leur propre peur du vieillissement. Il est fréquent que ces peurs proviennent de leurs propres stéréotypes positifs ou négatifs à propos des personnes âgées, de leurs propres peurs de l'infirmité ou du vieillissement. Par exemple, une jeune thérapeute remarque qu'elle a des difficultés à interrompre ou s'opposer à son patient lors de la TRP. Elle met cette difficulté en relation avec le fait qu'on lui ait toujours appris à être respectueuse de ses grands-parents et des personnes âgées en général. Une fois

qu'elle a identifié la source de son comportement, elle pourra mieux gérer les situations qui lui demandent d'être plus assurée avec ses patients.

Le thérapeute doit prendre des décisions en ce qui concerne le cadre de la relation. Beaucoup de professionnels de la santé mentale ont été formés pour maintenir une distance émotionnelle. Ils n'acceptent pas les cadeaux ou le contact physique avec les patients. En revanche, on constate dans beaucoup de groupes d'aînés, qu'il est fréquent de se voir offrir un petit cadeau ou que les patients embrassent le thérapeute et se sentent insultés si le thérapeute refuse de le faire. Ceci peut être particulièrement vrai pour des aînés de certaines cultures. Par exemple, une thérapeute intervient à domicile, chez un couple de philippins âgés qui insistent pour servir le thé et un goûter à chaque séance. La thérapeute a fait des recherches et a appris que ce comportement est typique de cette culture. Malgré son inconfort initial avec ce rituel, elle établit que la relation collaborative est minimale et a décidé de permettre le thé pour continuer. Ainsi, il convient d'analyser le patient dans la perspective individuelle, de groupe d'appartenance et de culture afin d'en définir le cadre.

Les questions suivantes peuvent d'avérer utiles pour évaluer l'attitude en fonction de l'âge et le cadre de la relation en travaillant avec un patient âgé. La plupart d'entre elles ont été par le modèle de conceptualisation d'information "contextual, cohort-based, maturity, specific-challenge" (CCMSC) développé par Knight pour l'usage avec la personne âgée.

Les questions à se poser à propos du patient:

A quel groupe d'âge appartient ce patient? Comment cela peut jouer sur ses interactions avec moi? Comment cela influence-t-il sa manière de faire face?

Quel est le milieu culturel de cette personne?

Quelle est son histoire familiale, indépendamment de son âge et de son groupe d'appartenance?

Que signifie la vieillesse pour cette personne?

Quel est le réseau social de cette personne? Est-il adapté aux besoins de celle-ci ?

Les questions que peut se poser le thérapeute:

Qu'est-ce que signifie le vieillissement et la vieillesse pour moi?

Quels sont mes stéréotypes à propos des personnes âgées?

Quelle est ma position face à mon propre vieillissement et celui de mes proches?

Quel est mon groupe d'âge et comment celui-ci affecte mon comportement et mon point de vue?

Enfant, que m'a-t-on appris sur les personnes âgées? Quel genre de comportement devais-je adopter avec elles ?

Comment je veux être perçue par les personnes âgées?

Adapter la TRP aux adultes âgés

Malgré les nombreux points communs entre le travail avec les vieux et les jeunes adultes, les professionnels en gériatrie s'accordent pour dire qu'il faut s'adapter pour garantir la pleine efficacité d'un traitement. Ces adaptations incluent de prendre le temps de familiariser les aînés au processus de la TRP. Elles incluent aussi d'ajuster le rythme de la TRP pour prendre en compte les changements liés à l'âge dans le traitement de l'information, et de rendre flexible la TRP pour éviter les barrières médicales et physiques au soin. De plus, les adultes âgés démontrent des capacités uniques pour la thérapie que le thérapeute peut utiliser comme de l'expérience passée et la maturité.

Prendre en compte les changements dans le traitement de l'information. Les études montrent que les personnes âgées gardent un certain degré de flexibilité et peuvent apprendre de nouvelles tâches. Toutefois, les aînés apprennent différemment que les jeunes. Il y a un grand nombre de changements cognitifs associés à l'âge qui devraient être pris en compte quand on réalise une psychothérapie avec des patients âgés. Les changements les plus importants pour la psychothérapie sont le ralentissement cognitif, la diminution de l'intelligence fluide et de la mémoire de travail. Pris ensemble, ces changements impliquent que la psychothérapie ; qui s'appuie sur les capacités de créer des liens, de traiter du matériel nouveau et se rappeler des informations ; doit souvent être délivrée à un rythme ralenti, lors de plusieurs rencontres et avec de multiples supports.

Le ralentissement cognitif. La vitesse de réaction aux stimuli et le traitement des informations ralentissent considérablement quand nous vieillissons. En revanche, le ralentissement du temps de réaction n'interfère pas forcément avec les capacités de traitement des nouvelles informations et/ou de matériel abstrait. Les nouvelles informations devraient être présentées plus doucement et pendant une plus longue période temporelle pour contrer les effets du ralentissement cognitif.

Les psychothérapies adaptées aux populations âgées ont tendance à être structurées de façon à ce que le nouveau matériel soit présenté plusieurs fois et selon plusieurs modalités. Dans la TRP, le processus implique en premier de donner une méthode pour développer une nouvelle aptitude et montrer l'intérêt de celle-ci pour leur problème. Ensuite, le thérapeute illustre cette aptitude avec un exemple général et finalement inclut le patient en utilisant un de ses exemples. En suivant cette démarche, le thérapeute peut vérifier que le patient a compris les applications de cette nouvelle aptitude et peut la mettre en pratique entre deux séances.

Diminution de l'intelligence fluide. Alors que l'ensemble des capacités de raisonnement des personnes âgées est préservé grâce à l'importance de leurs apprentissages antérieurs (intelligence cristallisée), la vitesse à laquelle ils peuvent traiter des informations nouvelles et faire des liens (intelligence fluide) est abaissée. Bien que les détails du fonctionnement mnésique chez les personnes âgées soient complexes, il existe un consensus sur la mémoire de travail (un aspect du fonctionnement mnésique qui est responsable du traitement des informations avant la formation de la mémoire à long terme). Elle deviendrait moins efficace avec l'âge. Encore un fois, exposer les patients de façon répétée à un nouveau stimulus est important pour s'assurer un apprentissage effectif. Une autre technique consiste à utiliser la mémoire cristallisée intacte pour améliorer le traitement des informations de la psychothérapie et ainsi à s'appuyer sur le stock des expériences antérieures. « Life review », une technique qu'on retrouve fréquemment dans les thérapies de réminiscence, est un excellent outil pour créer des liens entre le nouveau matériel et les expériences passées du patient. Cette technique est illustrée dans un cas clinique (voir Cas Clinique).

Ainsi, cet exemple décrit l'utilisation de la « life review » d'une manière relativement peu structurée. Le thérapeute peut mettre en place des « life review » plus ciblées sur des problèmes spécifiques. Par exemple, il peut être utile de parler des moments passés où le patient a eu à affronter les mêmes soucis : quelle a été sa technique pour faire face à ses problèmes plus tôt dans la vie. Dans l'idéal, un tel retour sur le passé permet de rappeler au patient les capacités qu'il possède déjà pour faire face à un événement. Même si le patient n'a pas pu gérer efficacement la

situation dans le passé, la discussion de « life review » peut toujours constituer un outil d'apprentissage en thérapie.

Adaptation contextuelle. Comme cela a été établi précédemment, pour certaines personnes âgées, il existe un certain nombre de barrières pratiques et liées à la santé qui demandent des modifications contextuelles de la thérapie. Les adaptations contextuelles les plus fréquentes sont : a) l'assouplissement du cadre thérapeutique à la fatigue, l'état de santé et à la demande psychosociale ; b) adaptations des éléments de la psychothérapie aux incapacités physiques et les coordonnés avec les autres soins.

Le cadre thérapeutique. Le cadre traditionnel peut être une barrière à l'application de la psychothérapie pour les personnes âgées. Typiquement, les patients sont reçus toutes les semaines pour des séances de 50 minutes dans des locaux spécifiques ce qui peut se révéler compliqué pour des patients plus âgés. Le cadre de la rencontre thérapeutique doit rester flexible que ce soit au niveau de la localisation, de la durée des séances et l'accès. En effet, de nombreuses personnes âgées doivent faire face à des difficultés en tant qu'aidant ou que malade que ce soit dans les rendez-vous avec des médecins, l'aggravation d'une maladie chronique qui peuvent rendre complexe la participation à des rendez-vous psychothérapeutiques réguliers. Afin de prendre en compte ces facteurs, on a développé des approches thérapeutiques qui sont flexibles. Cela inclus de modifier la psychothérapie pour qu'elle prenne place dans un lieu non dévoué à la santé mentale, des séances raccourcies et l'utilisation du téléphone ou du matériel écrit.

Prendre en compte les incapacités physiques. Les handicaps sont fréquents chez les personnes âgées fragiles (cf. déficit visuel, auditif, ou de la mobilité) et peuvent entraver la progression de la thérapie quand aucune adaptation n'est mise en place. Dans l'idéal, le thérapeute repère ces handicaps et s'efforce de faciliter l'accès aux soins médicaux et sociaux pour le patient (traitement médical, acquisition de nouvelles lunettes ou dentier). Le processus thérapeutique peut tirer bénéfice de la collaboration avec d'autres professionnels de santé en particulier avec un patient âgé ayant des problèmes médicaux ou des traitements.

Pour les patients qui ont des difficultés en lecture (imputables à des problèmes de vision ou d'illettrisme), il est possible d'utiliser des séances auto enregistrées pour réécouter à la maison et renforcer la séance d'information (30-32). Pour certains patients, la forme du traitement devrait être modifiée. Elle peut prendre la forme d'impressions plus grandes, avec de plus larges espaces de rédaction, pour s'accommoder aux changements des capacités de motricité fine (arthrose, AVC).

Pour certains patients ayant des pertes auditives, leur problème ne peut pas être corrigé à l'aide d'un appareil auditif ou ils peuvent simplement refuser de porter cet appareil. Dans ce cas, le thérapeute doit connaître le degré de déficit. Il est recommandé, pour améliorer la communication dans ces situations, de s'asseoir à côté du patient et de cibler l'oreille la moins affectée par la perte auditive. Il convient de parler lentement avec un timbre bas (particulièrement pour les thérapeutes féminines). Cela peut également aider les patients avec appareillage. Si ces méthodes se montrent inefficaces, il est possible d'utiliser des écouteurs reliés à un microphone pour amplifier la voix du thérapeute. Une autre option qui a fait ses preuves est de s'appuyer sur un support écrit.

Enfin, un déficit physique chronique ou aigu peut interférer avec la capacité du patient à assister ou être assis durant la séance. Les séances de thérapie peuvent nécessiter un temps réduit à cause de la fatigabilité ou les douleurs. Les thérapeutes peuvent avoir besoin d'évaluer et de s'efforcer de corriger toutes les barrières environnementales pour ses patients, tel que le manque de transport, de chaise roulante accessible, des couvertures manquantes ou une trop faible luminosité.

En résumé, la psychothérapie pour les aînés est souvent synonyme de plus de séances pour arriver à traiter l'information. Cela signifie également que les nouvelles informations, quelque soit leur forme, doivent être passées en revue avec les patients pour s'assurer de leur compréhension et de leur assimilation. En raison de la maladie ou d'autres événements qui créent de la fatigue et qui sont chronophages, le cadre thérapeutique doit être flexible, sans que se soit au détriment du patient. Enfin, les aménagements en raison d'un déficit physique doivent être bien respectés.

Les points forts des personnes âgées

Malgré les défis qui accompagnent le travail avec les aînés, le grand âge peut également être un temps de maturité pendant lequel les personnes âgées conservent des forces. Le thérapeute peut utiliser ces points forts pour maximiser le bénéfice thérapeutique du travail en collaboration. Par exemple, bien que certains fonctionnements cognitifs soient altérés, des études montrent que comparées aux jeunes adultes, les personnes âgées ont « un plus grand éventail » d'expériences à exploiter. Des expériences desquelles ils peuvent extraire plus de stratégies pertinentes et mieux intégrer les informations émotionnelles. Ces résultats suggèrent qu'il peut être avantageux pour le thérapeute d'explorer avec son patient les forces qu'il a développées tout au long de son existence. Le thérapeute peut inciter son patient à utiliser ses forces pour s'approprier ses problèmes actuels. Ainsi, même les « erreurs » ou les regrets peuvent être exploités pour décider de la conduite de

certaines comportements dans le futur. Les personnes âgées en détresse ont tendance à se focaliser ou à minimiser un bénéfice ou leurs réussites passées. Le thérapeute peut avoir besoin d'adopter une position proactive en évaluant ou pour identifier les forces du patient pendant la séance. Par exemple, une dame âgée se décrit comme n'ayant pas accomplie grand-chose dans la vie. Elle rapporte ensuite avoir élevée seule trois enfants après la mort prématurée de son époux. Elle minimise son rôle dans l'éducation de ses enfants. Dans cette discussion, elle aborde également le fait qu'elle a dû travailler dur et qu'elle a fréquemment apporté amour et soutien à ses enfants. Ce type de discussion peut permettre de bâtir un sens des valeurs personnelles chez la personne âgée et par là l'aider à affronter ses difficultés actuelles.

Une autre force potentielle des personnes âgées est la présence d'émotions plus complexes (cf. plusieurs émotions en réponse à un événement ou un problème) à explorer et à intégrer à la thérapie. Cette capacité peut être bénéfique pour la psychothérapie et peut être plus spécifiquement dans les problèmes complexes et multifactoriels communs dans l'avancée en âge.

Cas clinique: « life review » dans la TRP

Mr J est un homme de 80 ans handicapé qui est adressé en thérapie de résolution de problème pour une dépression sévère. Durant la thérapie, Mr J a appris les étapes de la TRP par la méthode « dites-le, montrez le, faites le » décrite précédemment. Or, celui-ci avait toujours des difficultés à comprendre la démarche de la TRP. Il n'appliquait pas le modèle entre les séances. Il était donc plus dans un état de frustration que dans un bénéfice thérapeutique. Ainsi, la thérapeute a dédié une séance à l'expression libre autour du problème. Au fur et à mesure que Mr J parlait de sa dépression, il commençait à évoquer la profession qu'il exerçait avant son handicap. Il parlait du bien-être qu'il ressentait d'être « l'homme de la situation » quand l'entreprise s'orientait vers un nouveau produit. La thérapeute écoutait Mr J parler de sa manière de gérer un problème dans une situation particulièrement complexe. La thérapeute constata des similitudes entre la façon dont Mr J gérait les problèmes professionnels et le modèle de la TRP. Ainsi, elle l'interrogea : « est-ce ainsi que vous gérez les difficultés au travail? Suiviez-vous généralement ces étapes? ». Mr J raconta d'autres exemples et comment il résolvait les problèmes au travail. Pendant qu'il parlait, la thérapeute relevait les termes qu'il employait pour décrire les étapes. La thérapeute utilisa la fiche de résolution de problème pour noter la démarche exposée par Mr J. Après avoir laissé s'exprimer Mr J, la thérapeute lui remis son travail et lui exposa le parallèle fait entre son travail et la TRP. Mr J pensa un moment et hocha la tête et après un long moment, il s'exclama : « Est-ce cela que vous essayez de me faire faire? Pourquoi vous ne me l'aviez pas dit?! » En utilisant les informations de la « life review », la thérapeute a pu apprendre avec succès les clés de la TRP et en conséquence l'aider à surmonter sa dépression.

Annexe A

Liste de problèmes



Liste de « case management »

Nom du patient : _____ Date: __ __ / __ __ / __ __ __ __

Besoins urgents

1. _____

2. _____

3. _____

Besoins prioritaires

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Besoins qui peuvent attendre

1. _____

2. _____

Liste de problème de la TRP

Famille

1. _____

2. _____

3. _____

Domicile

1. _____

2. _____

3. _____

Finances

1. _____

2. _____

3. _____

Social

1. _____

2. _____

3. _____

Santé

1. _____

2. _____

3. _____

Annexe B

Fiche de résolution de problèmes



Formulaire de résolution de problème

Date: _____ Nom: _____

Rendez-vous: _____

Revue des progrès: _____

1. Définition du problème: _____

2. Objectifs: _____

3. Solutions:

4. Pour

Contre

	4. Pour	Contre

5. Choix : _____

6. Etapes :

a)

b)

c)

d)

7. Satisfaction? 😞 😊

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Activités pour la semaine: _____

Formulaire d'arguments

Jouer l'avocat du diable

Ecrivez les raisons qui vous pousseraient à ne pas réaliser votre plan d'action:

Ecrivez pourquoi ces raisons ne sont pas les bonnes dans ce cas:

Ordonnez vos arguments

Listez trois arguments que vous pouvez utiliser pour vous aider à réaliser votre plan d'action :

- (1)
- (2)
- (3)

Regardez ces arguments à chaque moment où vous commencer à envisager de ne pas réaliser votre plan d'action.

Rassembler les preuves

Changer de point de vue

1. Comment puis-je changer de point de vue sur la situation?

Activité	Probabilité d'un résultat négatif	Expérience passée	Expérience actuelle

2. Comment ma famille ou mes amis auraient pensé ou réagit dans une même situation?

3. Pensez à quelqu'un d'optimiste que vous estimez beaucoup. Comment aurait-il perçu la situation?

Pense-bête de gestion des émotions

1. Prenez du recul pendant 10 min tous les jours.
2. Trouvez un lieu calme où vous ne serez pas dérangé.
3. Estimez et notez votre niveau de tension.
4. Fermez les yeux et prenez 5 respirations lentes et profondes.
5. Commencez votre entraînement.
6. Terminez votre entraînement.
7. Évaluez et notez votre niveau de tension.



Ma stratégie d'entraînement est:

Relaxation

Imagination

Méditation

Tension	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant							

Tension	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant							

ENTRAINEMENT A LA RELAXATION

1. Fermez les yeux et pensez à une belle image qui vous détend.
2. Prenez une grande inspiration nasale, comme si vous remplissiez votre estomac d'air.
3. Retenez votre respiration et comptez jusqu'à 5.
4. Expirez doucement jusqu'à ce que tout l'air soit sorti (parfois en expirant, il peut être utile de chuchoter un mot doucement, par exemple, « relax »).
5. Attendez 15 secondes.
6. Recommencez.

Appliquez ces exercices selon les recommandations du clinicien avant de les utiliser dans une situation anxiogène.

Ecrivez vos pensées et ressentis en les évaluant l'efficacité des exercices sur une échelle de 1 à 10 (1 = inefficace ; 10 = très efficace) après chaque séance d'entraînement.

Notez qu'il est possible de constater une augmentation de l'anxiété au début des séances d'entraînement avant que les exercices soient efficaces.