

La gestion de la dépression chez les aînés et leurs aidants naturels : résultats d'un programme de recherche au Québec

The Management of Depression in Older Adults and Their Family Caregivers: Findings from a Research Program in Quebec

Jane McCusker, Mark Yaffe, Tamara Sussman, Martin Cole, Maida Sewitch, Erin Strumpf, Ellen Freeman, Sylvie Lambert and Manon de Raad

Volume 42, Number 1, Spring 2017

Santé mentale des populations

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1040254ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1040254ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

McCusker, J., Yaffe, M., Sussman, T., Cole, M., Sewitch, M., Strumpf, E., Freeman, E., Lambert, S. & de Raad, M. (2017). La gestion de la dépression chez les aînés et leurs aidants naturels : résultats d'un programme de recherche au Québec. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 273–288. <https://doi.org/10.7202/1040254ar>

Article abstract

Objectives A research group based at St. Mary's Research Centre, St. Mary's Hospital, Montreal, has conducted a research program over the past two decades that aims to inform improvements in the management of depression in primary care and general medical settings, among older adults. This paper reviews the findings from this research program, discusses the findings in the context of other research, and highlights the implications for practice and health policy.

Methods Narrative review and synthesis of 25 published articles, that included: 4 systematic reviews, 10 observational studies, 9 intervention trials, and 2 consensus conference reports.

Results The results pertain to 4 research areas: detection of depression in primary care and general medical settings; collaborative care of depression; depression self-care interventions; and the role of family and friends in supporting depression self-care interventions.

Conclusions We propose six recommendations for improving the management of depression in the target population. 1) Depression detection and treatment can be improved through collaborative care models that involve primary care physicians, mental health specialists and non-physician mental health workers who are trained to assist with the detection of depression, with the delivery of brief, low-intensity psychological interventions and with self-care support. More research and evaluation are necessary to determine the factors that enhance the effectiveness, cost-efficiency, and consumer-centeredness of these interventions. 2) Supported depression self-care (and other low-intensity interventions such as short problem-solving therapy) offered by telephone or via internet, either as part of collaborative or usual care are feasible treatment options but more research is necessary to determine their effectiveness in different clinical populations. Some populations (e.g., those aged 75 and over, with visual and/or mild cognitive impairment) are likely to need greater or face-to-face support. 3) As most family physicians are unlikely to have the necessary time or interest to support depression self-care interventions, other sustainable programmatic contexts are needed for delivery of these interventions. Options include: nurses or other mental health workers in multidisciplinary family medicine groups; regional mental health programs; and voluntary organizations dedicated to assisting in the management of chronic illnesses. Research is needed on the feasibility and effectiveness of using peer support workers or volunteers to provide coaching of depression self-care interventions. 4) Involvement of family or friends in depression self-care may improve outcomes (e.g., dyadic interventions) but further research is necessary. 5) Further research should explore the potential of depression self-care interventions to prevent major depression and in depression relapse prevention in this population.

La gestion de la dépression chez les aînés et leurs aidants naturels : résultats d'un programme de recherche au Québec

Jane McCusker^{a, b}

Mark Yaffe^{c, d}

Tamara Sussman^e

Martin Cole^{a, f, g}

Maida Sewitch^{b, h, i}

Erin Strumpf^j

Ellen Freeman^k

Sylvie Lambert^{a, l}

Manon de Raad^a

-
- a. Centre de recherche de St. Mary, Montréal, Canada.
 - b. Département d'épidémiologie, biostatistique et santé au travail, Université McGill, Montréal, Canada.
 - c. Département de médecine familiale, Centre hospitalier de St. Mary, Montréal, Canada.
 - d. Département de médecine de famille, Université McGill, Montréal, Canada.
 - e. École de travail social, Université McGill, Montréal, Canada.
 - f. Département de psychiatrie, Centre hospitalier de St. Mary, Montréal, Canada.
 - g. Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Canada.
 - h. Institut de recherche du Centre universitaire de santé McGill, Montréal, Canada.
 - i. Centre universitaire de santé McGill, Divisions de gastroentérologie et d'épidémiologie clinique, Montréal, Canada.
 - j. Département d'économie, Université McGill, Montréal, Canada.
 - k. Centre de recherche, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal, Montréal, Canada.
 - l. École des sciences infirmières Ingram, Université McGill, Montréal, Canada.

RÉSUMÉ La dépression est un problème répandu, sérieux, et souvent chronique chez les aînés, qui sont souvent atteints de maladies physiques chroniques, et affecte de façon négative leurs traitements et leurs soins. Malheureusement, le taux de détection et de suivi adéquat de la dépression est faible dans cette population. Au cours des deux dernières décennies, notre équipe a mené une série d'études pour mieux comprendre et améliorer la gestion de la dépression chez les aînés. Nous présentons une revue narrative et synthèse de 25 articles qui incluent : 4 revues systématiques, 10 études observationnelles, 9 essais d'interventions, et 2 conférences de consensus. Nous proposons en conclusion nos recommandations pour 1) la détection de la dépression dans les soins de santé primaires ; 2) les soins collaboratifs de la dépression ; 3) des interventions d'autogestion de la dépression ; 4) le rôle des aidants naturels dans les interventions d'autogestion de la dépression.

MOTS CLÉS dépression, soins primaires, soins collaboratifs, interventions d'auto-gestion de soins, rôle aidants naturels

The Management of Depression in Older Adults and Their Family Caregivers: Findings from a Research Program in Quebec.

ABSTRACT Objectives A research group based at St. Mary's Research Centre, St. Mary's Hospital, Montreal, has conducted a research program over the past two decades that aims to inform improvements in the management of depression in primary care and general medical settings, among older adults. This paper reviews the findings from this research program, discusses the findings in the context of other research, and highlights the implications for practice and health policy.

Methods Narrative review and synthesis of 25 published articles, that included: 4 systematic reviews, 10 observational studies, 9 intervention trials, and 2 consensus conference reports.

Results The results pertain to 4 research areas: detection of depression in primary care and general medical settings; collaborative care of depression; depression self-care interventions; and the role of family and friends in supporting depression self-care interventions.

Conclusions We propose six recommendations for improving the management of depression in the target population. 1) Depression detection and treatment can be improved through collaborative care models that involve primary care physicians, mental health specialists and non-physician mental health workers who are trained to assist with the detection of depression, with the delivery of brief, low-intensity psychological interventions and with self-care support. More research and evaluation are necessary to determine the factors that enhance the effectiveness, cost-efficiency, and consumer-centeredness of these interventions. 2) Supported depression self-care (and other low-intensity interventions such as short problem-solving therapy) offered by telephone or via internet, either as part of collaborative or usual care are feasible treatment options but more research is necessary to

determine their effectiveness in different clinical populations. Some populations (e.g., those aged 75 and over, with visual and/or mild cognitive impairment) are likely to need greater or face-to-face support. 3) As most family physicians are unlikely to have the necessary time or interest to support depression self-care interventions, other sustainable programmatic contexts are needed for delivery of these interventions. Options include: nurses or other mental health workers in multidisciplinary family medicine groups; regional mental health programs; and voluntary organizations dedicated to assisting in the management of chronic illnesses. Research is needed on the feasibility and effectiveness of using peer support workers or volunteers to provide coaching of depression self-care interventions. 4) Involvement of family or friends in depression self-care may improve outcomes (e.g., dyadic interventions) but further research is necessary. 5) Further research should explore the potential of depression self-care interventions to prevent major depression and in depression relapse prevention in this population.

KEYWORDS depression, primary care, collaborative care, self-care interventions, role of caregivers

Introduction

La dépression est un problème répandu, sérieux, et souvent chronique¹. Au cours des deux dernières décennies, nos recherches ont porté sur quatre axes pour mieux comprendre et améliorer la gestion de la dépression chez les aînés et les adultes de 40 ans et plus avec des maladies physiques chroniques : 1) la détection de la dépression dans les soins de santé primaires ; 2) les soins collaboratifs de la dépression ; 3) les interventions d'autogestion de la dépression ; 4) le rôle des aidants naturels dans les interventions d'autogestion de la dépression. Dans cet article nous présenterons quelques-uns de nos résultats, les mettrons en contexte de la littérature et proposerons des recommandations en matière de pratiques et de politiques de santé.

1) La détection de la dépression dans les soins de santé primaires

La vision actuelle en soins de santé primaire prône une gestion de la dépression comme maladie chronique courante se faisant à l'intérieur des soins de santé primaire avec un rôle indéniable et constant des médecins de famille. Alors que la majorité des personnes souffrant de troubles mentaux est aujourd'hui identifiée et traitée par les médecins de famille, les aînés de 65 ans ou plus consultent plus souvent les spécialistes non-psychiatres (ex. : cardiologues), vus en clinique externe,

que leurs médecins de famille². Une revue de la littérature réalisée par notre équipe révèle que la prévalence annuelle médiane de la dépression majeure chez les personnes âgées vivant à domicile est de 27 par 1 000. De ce nombre, 83 % consultent un médecin de famille, mais seulement 20 % recevront un diagnostic de dépression³. En considérant les consultations pour symptômes dépressifs rapportées dans les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2): Santé mentale et bien-être (N = 7 736), nous avons montré que moins d'un tiers des aînés vivants à domicile, qui sont atteints de dépression majeure ou qui ont eu des symptômes dépressifs, consultent des médecins pour des problèmes de santé mentale⁴. À partir de ces constatations, nous avons procédé à une revue systématique de la littérature et une méta-analyse de la détection de la dépression par des médecins non-psychiatres. Cette enquête a révélé que ces cliniciens présentent un faible taux de reconnaissance de l'état dépressif chez les aînés: dans l'ensemble, seulement 36 % des cas de dépression sont identifiés⁵.

Nous avons ensuite étudié la détection de la dépression chez les aînés admis à l'hôpital. Selon nos observations, 57 % des aînés avec une dépression majeure ou mineure n'ont pas reçu de diagnostic de l'équipe médicale traitante⁶. De ce même groupe de patients, suivis pendant les 12 mois suivant l'hospitalisation, le taux de détection de la dépression par des médecins non-psychiatres a atteint 61 % chez les patients chez qui nous avons détecté une dépression majeure persistante⁷.

D'autres chercheurs ont montré qu'au Québec, environ 75 % de la population consulte un médecin de famille et qu'une personne sur cinq vue par un médecin de famille a été identifiée comme ayant un trouble mental⁸. Toutefois, nos travaux suggèrent que la détection de la dépression chez les aînés spécifiquement peut être améliorée. Nous verrons dans la prochaine section comment la pratique clinique collaborative peut offrir des solutions.

2) Soins collaboratifs pour la dépression

Des programmes de soins collaboratifs ont été recommandés pour l'amélioration de la détection et la gestion de la dépression. Le Groupe de travail sur les soins de santé mentale partagés de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada a élaboré un énoncé de principes sur ce type de soins⁹. Les différents modèles recommandés impliquent des praticiens en pre-

mière ligne et en santé mentale, allant de la consultation traditionnelle avec peu ou pas d'interaction directe jusqu'au modèle intégré avec plan de traitement partagé.

Nos premiers travaux examinant les processus de soins collaboratifs étaient descriptifs et portaient sur un modèle de consultation traditionnelle dans lequel des aînés étaient référés par leur médecin de famille à une clinique externe de psychiatrie gériatrique affiliée à un hôpital universitaire de Montréal¹⁰. Nous avons défini trois approches dans ce modèle : la « consultation » (simple partage de renseignements sur le diagnostic et le suivi), la « recommandation médicale » (consultation plus suivi à court terme par le psychiatre) et le « transfert des soins » (transfert complet des soins au psychiatre en cas de problèmes plus complexes). En nous basant sur ces définitions, nous avons examiné les attentes des patients, des médecins de famille et des psychiatres par rapport à l'approche à privilégier dans différents cas. Dans 50 % des cas, les médecins de famille et psychiatres étaient en désaccord, dans 75 % des cas patients et psychiatres étaient en désaccord, et dans 90 % des cas patients et médecins de famille étaient en désaccord. Dans ces cas, les soins collaboratifs étaient entravés par des problèmes de communication élémentaires (ex. : patients n'ayant pas reçu de descriptif du processus de soins prévu). Cette étude concorde avec d'autres observations faites par des chercheurs au Québec qui soulignent que le manque de liens entre les soins primaires et les équipes de santé mentale pourrait contribuer à la sous-détection et au manque de traitement de la dépression¹¹.

Nous avons ensuite étudié deux modèles de soins collaboratifs pour améliorer la gestion de la dépression. Dans un premier essai randomisé, une infirmière en santé mentale évaluait les aînés hospitalisés pour un problème médical avec le but d'identifier la présence de dépression majeure. Des psychiatres étaient ensuite disponibles pour offrir aux médecins traitants des conseils et recommandations de traitements à prescrire. L'infirmière administrait de la psychothérapie, évaluait l'adhérence au traitement prescrit et, au congé, effectuait un transfert d'information entre le médecin de famille et le psychiatre chez les patients dans le groupe intervention. Le groupe témoin recevait les soins habituels. Après un suivi de six mois, nous n'avons pas constaté de différences significatives dans les résultats (dépression, qualité de vie) entre les deux groupes. L'essai fut limité par des taux d'attrition et de non-adhérence au traitement plus élevés que prévu².

Nous avons ensuite étudié un modèle de soins de santé de la première ligne collaboratif, basé sur un modèle américain éprouvé (le modèle IMPACT) qui comprend une thérapie courte de résolution de problèmes (TRP) et des algorithmes pour la prescription d'antidépresseurs fournis au médecin de famille¹². Dans cette intervention, l'accès à une infirmière (ou autre professionnel) en santé mentale améliore l'autogestion et l'adhérence aux recommandations médicales. L'infirmière collabore avec le médecin de famille et consulte le psychiatre pour des cas plus complexes. Nous avons réalisé un projet pilote à Montréal pour déterminer la faisabilité d'un essai randomisé de l'intervention IMPACT. Notre modèle incluait la même intervention en plus d'un algorithme pour la prescription de psychotropes fournis aux médecins de famille participants. Ce modèle de soin s'est avéré faisable et acceptable pour les patients et les médecins¹³.

Nous avons par la suite mené deux « rencontres-consensus » sur le thème de soins collaboratifs de la dépression chez les aînés, dans le but d'identifier des priorités de recherche et politiques. Une première rencontre d'une journée a réuni 23 professionnels intéressés à la gestion de la dépression¹⁴. Ces professionnels, principalement du Québec, provenaient de différents milieux de la santé et des services sociaux. Ils ont discuté des obstacles à la gestion collaborative de la dépression et ont proposé des solutions. Par la suite, un sondage Delphi a permis de retenir les solutions que les participants ont trouvées les plus importantes et applicables :

- Développer des mécanismes afin que les médecins de famille améliorent leurs connaissances des ressources communautaires pour mieux gérer la dépression lors du diagnostic ;
- Développer des mécanismes afin que les médecins de famille aient accès directement et rapidement au soutien de professionnels en santé mentale pour des cas spécifiques. Cela pourrait être facilité par des consultations « juste-à-temps » qui reflètent le besoin du praticien au moment même où il en a besoin. L'association entre médecin de famille et professionnel de la santé est vue comme un avantage qui réduirait la fragmentation de la gestion du patient et l'effet de soins en « silos » ;
- Allouer des ressources financières et humaines pour faciliter les soins collaboratifs de la dépression ;
- Améliorer la coordination et l'échange d'information entre patients/familles et médecins/équipes de soins de santé.

Une deuxième rencontre-consensus portait sur les soins collaboratifs de la dépression axés sur le patient. L'objectif était d'élaborer un cadre guidant l'évaluation des soins collaboratifs pour la dépression. La rencontre a attiré 40 participants, représentants de plusieurs provinces canadiennes: professionnels en soins de santé primaire et en santé mentale, décideurs et patients. Un cadre d'évaluation citant 8 thèmes que les patients considèrent importants a été proposé: respect, implication des patients dans les décisions de traitement, accès, partage d'information, coordination, soin holistique de la personne, ouverture aux besoins changeants et intégralité¹⁵.

En résumé, nous avons trouvé que la consultation entre médecin de famille et professionnel en santé mentale n'est pas adéquate pour améliorer les soins. Les modèles de soins collaboratifs les plus prometteurs pour améliorer le traitement de la dépression et l'expérience de soin semblent être ceux impliquant une infirmière spécialisée en santé mentale ou possiblement un membre du personnel non médical ayant reçu une formation basée dans les services de soins primaires qui: 1) collabore activement avec psychiatres et médecins de famille; 2) se charge de la détection de la dépression; 3) informe, suit et encourage le processus d'autogestion du patient. Ce modèle se rapproche du modèle présenté dans une revue récente qui a trouvé que les soins en collaboration qui incluent une approche multi-professionnelle, un plan de gestion structuré, un suivi des patients programmé et une communication interprofessionnelle renforcée améliorent de façon significative la dépression dans le court, moyen et long terme¹⁶.

3) L'efficacité des interventions d'autogestion de la dépression

Lors de nos travaux précédents, nous avons observé que la psychothérapie et les antidépresseurs peuvent tous deux être des traitements efficaces contre la dépression chez les aînés¹⁷. Un rapport de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux a montré un meilleur rapport coût/efficacité de la psychothérapie comparé aux antidépresseurs; les effets bénéfiques du premier se maintiennent à plus long terme¹⁸. Toutefois, l'accessibilité à la psychothérapie reste un défi: peu de professionnels offrant la psychothérapie pratiquent dans le secteur public et la politique de remboursement de ce service est très limitée.

Les interventions d'autogestion de la dépression représentent une alternative intéressante ou complémentaire à ces formes de traitement de la dépression. Une revue systématique récente montre qu'elles

peuvent être aussi efficaces que la psychothérapie traditionnelle¹⁹. Le processus d'autogestion constitue une part importante des programmes de gestion des maladies chroniques²⁰ et s'inscrit dans la perspective des soins de santé primaire prônée par le modèle de gestion de maladies chroniques²¹. Il implique une participation active du patient pour améliorer la capacité de ce dernier à gérer les effets physiques, émotionnels et sociaux de la dépression. Les interventions soutenant l'autogestion des patients nécessitent une collaboration entre professionnels, patients et proches afin d'en maximiser l'efficacité. Des interventions d'autogestion ont été implantées dans plusieurs provinces canadiennes dans le cadre de programmes de gestion de la maladie chronique²². Cependant, peu sont conçues pour soutenir l'autogestion de la dépression, particulièrement chez les aînés.

Les interventions d'autogestion de la dépression comprennent généralement l'activation comportementale, la restructuration cognitive et la résolution de problème²³. Ces interventions demandent moins de trois heures de soutien professionnel, les distinguant donc des psychothérapies brèves²⁴. Elles peuvent être dispensées à travers toute une gamme d'outils et de structures de soutien (ex. : sessions individuelles avec un coach formé [professionnel de la santé, non-professionnel rémunéré ou bénévole], groupes de soutien, programmes interactifs sur Internet ou suivi par un médecin de famille). Même si les méta-analyses et revues systématiques nous indiquent que ces interventions peuvent être efficaces²⁵, la plupart des données probantes actuelles reposent sur l'étude de jeunes adultes volontaires ou de populations non-cliniques²⁴. Il existe peu d'études portant sur des populations cliniques âgées ou souffrant de maladies chroniques avec symptômes dépressifs.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une étude de faisabilité d'une intervention d'autogestion de la dépression pour les adultes de 40 ans et plus, traités en première ligne et souffrant de maladies physiques chroniques avec symptômes dépressifs concomitants. L'intervention a été conçue pour répondre à différents styles d'apprentissage (options auditives et visuelles), utilise des outils existants (ou des adaptations) et inclut des outils basés sur les principes de la thérapie cognitivo-comportementale^{23, 26}. Un soutien a été donné par un coach (non-psychologue) qui effectuait jusqu'à 15 courts appels téléphoniques sur une période de 6 mois. Le coach, formé et supervisé par un psychologue clinicien, suivait un plan structuré pour chaque appel. Nous avons trouvé que l'intervention était faisable, acceptable et asso-

ciée à une amélioration significative des symptômes dépressifs²⁷. Nous avons par la suite procédé à un essai randomisé afin d'évaluer l'efficacité des outils combinés au coaching téléphonique en comparaison avec l'utilisation seule des outils. Chez les personnes qui ne recevaient pas d'intervention psychologique à l'inscription, l'intervention était bénéfique à 3 et 6 mois^{28, 26, 29}. Néanmoins, chez les patients qui recevaient une autre intervention psychologique hors de notre étude, l'intervention n'a été bénéfique qu'à 3 mois, mais plus à 6 mois²⁸. Les résultats de ces études étaient similaires pour les patients de 65 ans et plus à comparer avec ceux de 40 à 64 ans. À ce sujet, certaines observations préliminaires provenant d'une analyse secondaire des données de notre essai indiquent que l'intervention d'autogestion de la dépression peut avoir un effet dans la prévention de la dépression majeure chez les personnes âgées atteintes de maladies physiques chroniques et de symptômes dépressifs concomitants³⁰.

Ces résultats illustrent le besoin d'adapter nos outils et approches aux préférences et styles d'apprentissages des divers utilisateurs pour soutenir l'autogestion de la dépression. Par exemple, nous avons trouvé que les hommes semblaient préférer le matériel audiovisuel alors que les femmes préféraient les outils avec des exercices écrits³¹. Nous avons aussi trouvé que les patients qui, au début de l'étude, avaient un taux plus élevé d'auto-efficacité pour l'autogestion de la dépression, semblaient mieux profiter du coaching en comparaison avec ceux qui démontraient un taux d'auto-efficacité plus faible²⁹. Cette constatation laisse présumer que les patients ayant un faible taux d'auto-efficacité pourraient être abordés différemment, par exemple avec une préparation par entrevue motivationnelle.

Avant de pouvoir mettre en œuvre les interventions d'autogestion de la dépression, des méthodes de prestation viables doivent être identifiées. Plusieurs médecins de famille sont peu susceptibles d'avoir le temps de « coacher », en dehors du cadre thérapeutique habituel, des interventions structurées d'autogestion de la dépression^{32, 33, 34}. Par conséquent, d'autres contextes (gouvernementaux et/ou non gouvernementaux) devront être identifiés pour que les médecins de famille puissent orienter les patients vers ces interventions. Nous pourrions envisager : des infirmières, des travailleurs sociaux ou autres travailleurs en santé mentale qui font partie de groupes de médecine familiale multidisciplinaires ; des programmes régionaux de santé mentale ; des organismes qui se consacrent à soutenir les personnes avec des maladies chroniques (ex. : associations pour le cancer).

Si nous envisageons des organismes spécialisés dans le soutien de certaines maladies chroniques comme méthode de prestation viable, les interventions d'autogestion de la dépression devront être adaptées aux besoins de sous-groupes de la population²⁷. Nous avons donc adapté l'intervention à deux populations différentes atteintes de symptômes dépressifs: ceux ayant survécu au cancer et ceux ayant une déficience visuelle importante. Un projet-pilote parmi les survivants du cancer comportait des adaptations des outils d'autogestion de la dépression et 8 sessions téléphoniques avec le coach. Les résultats ont indiqué qu'une intervention adaptée était faisable, acceptable et démontre un certain potentiel d'efficacité³⁵. Nous procédons actuellement à un essai randomisé au Québec et en Ontario de cette intervention cancer. Par ailleurs, un essai randomisé de l'intervention adaptée aux malvoyants où le coaching était limité à 3 sessions a révélé un effet moyen sur les symptômes dépressifs après 2 mois³⁶. D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre comment maximiser l'effet de ses interventions.

4) Le rôle des aidants naturels dans les interventions d'autogestion de la dépression

L'autogestion pour n'importe quelle maladie chronique peut être complexe. Certains patients peuvent donc avoir recours à la famille et/ou aux amis pour les aider dans leurs activités d'autogestion (ex.: le suivi des symptômes, la prise de décisions quant au besoin de soins médicaux, la nutrition, la participation aux activités et l'adaptation émotionnelle)³⁷. Nous avons documenté les effets négatifs sur la santé mentale des aidants naturels d'ânés dépressifs souffrant de maladies physiques^{38, 39}. Ces aidants fournissent un soutien affectif considérable à leurs proches malades⁴⁰. Cependant, peu d'études ont examiné le lien entre le soutien informel et les comportements d'autogestion de la dépression des patients.

Afin d'en apprendre plus sur les rôles de soutien des aidants naturels et sur l'impact de leur implication, notre équipe a mené deux études pour examiner le type de soutien que les patients reçoivent lorsqu'ils s'engagent dans une intervention d'autogestion de la dépression^{41, 42}.

La première étude exploratoire portait sur le soutien qu'offraient les aidants naturels pour les patients qui utilisaient l'intervention d'autogestion de la dépression dans le contexte de notre étude de faisabilité pour les patients en première ligne souffrant de maladies

physiques chroniques⁴². 57 patients et 18 aidants naturels ont rapporté leurs expériences en ce qui a trait à recevoir ou à donner du soutien. Presque 75 % des patients ont déclaré avoir parlé avec un aidant de l'intervention. Cependant, seulement 33 % ont déclaré que leurs aidants étaient impliqués activement dans l'intervention. Des entrevues semi-structurées avec les aidants naturels ont révélé que, même s'ils étaient intéressés à fournir davantage de soutien lors de l'intervention, plusieurs se demandaient comment le faire. Ils craignaient de: changer la nature de leur relation avec le patient; manquer de qualifications; contrarier plutôt qu'aider la personne dépressive. Fait important, les patients qui ont bénéficié de la participation directe de leurs aidants ont aussi déclaré avoir plus utilisé les outils. Cela suggère que l'implication des aidants naturels pourrait encourager l'adhérence à l'intervention.

Ensuite, nous nous sommes penchés sur le soutien informel à l'autogestion qu'offraient les aidants naturels pour les patients qui utilisaient l'intervention d'autogestion de la dépression dans notre essai randomisé parmi les patients en première ligne souffrant de maladies physiques⁴¹. Nous avons étudié la perception des patients face au soutien et à la participation de leurs aidants naturels (positive ou négative). Tout comme dans la première étude, il n'y avait pas de rôle prescrit pour ces derniers. 30 % des patients ont déclaré que leurs aidants ont activement pris part à l'intervention. Leur implication a été ressentie majoritairement comme une expérience positive (61 %) et rarement comme étant négative (ex. : dérangeante) ou conflictuelle (ex. : culpabilité). Il est à noter que la participation des aidants naturels dans l'intervention a été associée à l'utilisation des outils, que l'expérience de soutien reçue ait été positive ou négative. Comme dans l'étude précédente, les aidants naturels ont fait état de leurs incertitudes quant à leur rôle dans l'intervention. Ils ont rapporté plus de stress lorsqu'ils fournissaient du soutien affectif, mais aussi plus de plaisir quand ils participaient à des activités communes associées à l'autogestion (ex. : faire une randonnée à vélo, aller manger au restaurant).

Les patients engagés dans une intervention d'autogestion de la dépression peuvent bénéficier de l'implication de leurs aidants naturels. En contrepartie, ces derniers pourraient aussi accueillir favorablement cette participation à condition d'avoir des lignes directrices précises et davantage de rétroaction. Pour ces raisons, d'autres études devraient se pencher sur l'impact que pourrait avoir une meilleure définition du soutien que peut fournir un aidant naturel. Cela pourrait inclure des interventions pour encourager la clarification des attentes des patients

et des aidants ainsi que la négociation des rôles entre les parties. Encourager cette forme de dialogue serait bénéfique pour tous : aidants naturels, patients et professionnels de la santé.

Recommandations pour la politique et les pratiques

Nous proposons les recommandations suivantes pour l'amélioration des soins de santé primaires pour la dépression chez les aînés. Nos recommandations visent un public large puisque les lacunes identifiées concernent décideurs, praticiens et chercheurs. De plus, alors que nos recherches ont souvent porté sur le contexte québécois, nous estimons qu'un partage des meilleures pratiques au niveau national, voire international, est à favoriser.

- Les décideurs et gestionnaires des soins de santé primaires peuvent améliorer la détection et le traitement de la dépression en favorisant des modèles de soins collaboratifs dans lesquels sont impliqués les médecins de famille, professionnels en santé mentale et autres intervenants (incluant infirmières, coachs) formés pour détecter la dépression, fournir des interventions psychologiques brèves et de faible intensité et favoriser le processus d'autogestion. Dans un tel contexte, on peut concevoir que les médecins de famille puissent être plus impliqués dans le processus d'autogestion de la dépression de leurs patients (voir le modèle promu en Colombie-Britannique comme exemple)⁴³ ;
- Une attention particulière doit être portée pour axer les modèles de soins collaboratifs sur le patient. La recherche devra se pencher sur les facteurs qui améliorent l'efficacité et la rentabilité des modèles de soins collaboratifs et interventions d'autogestion de la dépression axés sur le patient ;
- Des interventions d'autogestion de faible intensité dispensées par téléphone ou par Internet, qu'elles soient offertes en contexte de soins habituels ou collaboratifs, peuvent s'avérer faisables pour les personnes qui souffrent de problèmes de santé et/ou de mobilité, mais d'autres études restent nécessaires dans diverses populations cliniques ;
- Puisqu'il y a encore une certaine réserve de la part de médecins de famille qui n'ont pas le temps dans le contexte actuel de dispenser et soutenir des interventions d'autogestion de la dépression, d'autres contextes (gouvernementaux et/ou non gouvernementaux) devront être identifiés afin que ces médecins puissent orienter les patients vers ces interventions. Ces solutions comprennent : infirmières, travailleurs sociaux, autres travailleurs en santé mentale qui font partie de groupes de médecine familiale multidisciplinaires ; programmes

régionaux de santé mentale; organismes se consacrant à soutenir les personnes atteintes de maladies chroniques (ex. : associations pour le cancer). D'autres études doivent évaluer la faisabilité, l'acceptabilité et l'efficacité d'employer des pairs ou des bénévoles pour coacher l'autogestion des patients;

- Les fournisseurs de soins doivent reconnaître que la participation des aidants naturels dans l'autogestion de la dépression pourrait améliorer les résultats (ex. : interventions dyadiques); mais d'autres recherches sont requises pour déterminer quelle forme cette participation devra prendre pour être efficace;
- Des études plus approfondies devraient examiner le potentiel des interventions d'autogestion de la dépression pour prévenir la dépression majeure et la rechute dans cette population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Cole, M. G., Bellavance, F. et Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1182-1189.
- ² Cole, M. G., McCusker, J., Elie, M., Dendukuri, N., Latimer, E. et Belzile, E. (2006). Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: A randomized trial. *Canadian Medical Association Journal*, 174(1), 38-44.
- ³ Cole, M. G. et Yaffe, M. J. (1996). Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 157-161.
- ⁴ Cole, M. G., McCusker, J., Sewitch, M., Ciampi, A. et Dyachenko, A. (2008). Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *International Psychogeriatrics*, 20(3), 554-570.
- ⁵ Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M., Belzile, E. et Ciampi, A. (2008). Recognition of depression by non-psychiatric physicians: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 25-36.
- ⁶ Cepoiu, M., McCusker, J., Cole, M. G., Sewitch, M. et Ciampi, A. (2007). Recognition of depression in older medical inpatients. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 559-564.
- ⁷ McCusker, J., Cole, M., Latimer, E., Sewitch, M., Ciampi, A., Cepoiu, M. et Belzile, E. (2008). Recognition of depression in older medical inpatients discharged to ambulatory care settings: A longitudinal study. *General Hospital Psychiatry*, 30(3), 245-251.
- ⁸ Ouadahi, Y., Lesage, A., Rodrigue, J. et Fleury, M. J. (2009). Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives. *Santé mentale au Québec*, 34(1), 161-172.

- 9 Kates, N., Mazowita, G., Lemire, F., Jayabarathan, A., Bland, R., Selby, P. . . . Audet, D. (2011). The evolution of collaborative mental health care in Canada: A shared vision for the future. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 1-10.
- 10 Yaffe, M. J., Primeau, F., McCusker, J., Cole, M. G., Belzile, E., Dendukuri, N. . . . Laplante, J. (2005). Psychiatric outpatient consultation for seniors. Perspectives of family physicians, consultants, and patients/ family: A descriptive study. *BMC Family Practice*, 6(15), 1-8.
- 11 Lévesque, J., Feldman, D., Dufresne, C., Bergeron, P. et Pinard, B. (2007). *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant*. Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique et Institut national de santé publique.
- 12 Unutzer, J., Katon, W., Callahan, C. M., Williams, J. W., Jr., Hunkeler, E., Harpole, L. . . . Langston, C. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. A randomized controlled trial. *JAMA*, 288(22), 2836-2845.
- 13 McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M. J., Cappeliez, P., Dawes, P., Sewitch, M. . . . Latimer, E. (2008). Project direct: Pilot study of a collaborative intervention for depressed seniors. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(2), 201-218.
- 14 Sussman, T., Yaffe, M., McCusker, J., Parry, D., Sewitch, M., Van Bussel, L. et Ferrer, I. (2011). Improving the management of late-life depression in primary care: Barriers and facilitators. *Depression Research and Treatment*, 2011, 1-7.
- 15 McCusker, J., Yaffe, M., Sussman, T., Kates, N., Mulvale, G., Jayabarathan, A. . . . Haggerty, J. (2013). Developing an evaluation framework for consumer-centred collaborative care of depression using input from stakeholders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(3), 160-168.
- 16 Archer, J., Bower, P., Gilbody, S., Lovell, K., Richards, D., Gask, L. . . . Coventry, P. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD006525.
- 17 McCusker, J., Cole, M., Keller, E., Bellavance, F. et Berard, A. (1998). Effectiveness of treatments of depression in older ambulatory patients. *Archives of Internal Medicine*, 158, 705-712.
- 18 Fansi, A. (2015). *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie*. [Québec]: INESSS, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.
- 19 Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J., et Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40(12), 1943-1957.
- 20 Tsai, A. C., Morton, S. C., Mangione, C. M. et Keeler, E. B. (2005). A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *The American Journal of Managed Care*, 11(8), 478-488.

- 21 Wagner, E. H. (1998). Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2-4.
- 22 Liddy, C. et Mill, K. (2014). An environmental scan of policies in support of chronic disease self-management in Canada. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 34(1), 55-63.
- 23 Bilsker, D., Goldner, E. M. et Anderson, E. (2012). Supported self-management: A simple, effective way to improve depression care. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 203-209.
- 24 Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S. et Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 37(9), 1217-1228.
- 25 Houle, J., Gascon-Depatie, M., Belanger-Dumontier, G. et Cardinal, C. (2013). Depression self-management support: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 91(3), 271-279.
- 26 McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M. et Sussman, T. (2015a). The DIRECT-sc depression self-care research program. Récupéré de http://www.stmarysresearch.ca/en/publications_and_tools/scientific-publications/the-directsc-depression-selfcare-research-program
- 27 McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M., Sussman, T., Lavoie, K. L., Strumpf, E. . . . de Raad, M. (2012). A feasibility study of a telephone-supported self-care intervention for depression among adults with a comorbid chronic physical illness in primary care. *Mental Health Family Medicine*, 9(4), 257-273.
- 28 McCusker, J., Cole, M., Lambert, S., Yaffe, M., Ciampi, A. et Belzile, E. (2016a). Baseline psychological treatment reduces the effect of coaching in a randomized trial of a depression self-care intervention *Canadian Journal of Psychiatry*. doi:10.1177/0706743716648299
- 29 McCusker, J., Cole, M. G., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M., Sussman, T. . . . Belzile, E. (2015b). A randomized trial of a depression self-care toolkit with or without lay telephone coaching for primary care patients with chronic physical conditions. *General Hospital Psychiatry*, 37 (3), 257-265. [Corrigendum: *General Hospital Psychiatry*, 240: 275-283, 2016].
- 30 Cole, M. G., McCusker, J., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M., Sussman, T. . . . Belzile, E. (2015). Supported depression self-care may prevent major depression in community-dwelling older adults with chronic physical conditions and co-morbid depressive symptoms. [Letter to the Editor]. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 1049-1050.
- 31 McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M., Strumpf, E., Sewitch, M., Sussman, T. . . . Belzile, E. (2016b). Adherence to a depression self-care intervention among primary care patients with chronic physical conditions: A randomized controlled trial. *Health Education Journal*. doi:10.1177/0017896915622515
- 32 Johnston, S. E., Liddy, C. E. et Ives, S. M. (2011). Self-management support: A new approach still anchored in an old model of health care. *Canadian Journal of Public Health*, 102(1), 68-72.

- ³³ Ostbye, T., Kristjansson, B., Hill, G., Newman, S. C., Brouwer, R. N. et McDowell, I. (2005). Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian Study of Health and Aging. *Chronic Diseases in Canada*, 26(4), 93-99.
- ³⁴ Yaffe, M. J., Cole, M., McCusker, J., Sussman, T., Sewitch, M., Sahin, D. . . . Belzile, E. (2015). What is the potential for family physicians to coach patients' self-care of depression: An exploratory study. *Mental Health in Family Medicine*, 11, 53-58.
- ³⁵ McCusker, J., Lambert, S., Cole, M., Ciampi, A., Freeman, E. et Belzile, E. (2016). Activation and self-efficacy in a randomized trial of a depression self-care intervention among primary care patients with chronic physical conditions. *Health education and behavior*, 43(6), 716-725.
- ³⁶ Kamga, H., McCusker, J., Yaffe, M., Sewitch, M., Sussman, T., Strumpf, E. . . . Freeman, E. (2016). Self-care tools to treat depressive symptoms in patients with age-related eye disease: A randomized controlled clinical trial. *Clinical and Experimental Ophthalmology*, 1-8.
- ³⁷ Rosland, A.-M. et Piette, J. D. (2010). Emerging models for mobilizing family support for chronic disease management: A structured review. *Chronic Illness*, 6(1), 7-21.
- ³⁸ McCusker, J., Latimer, E., Cole, M., Ciampi, A. et Sewitch, M. (2007). Major depression among medically ill elders contributes to sustained poor mental health in their informal caregivers. *Age and Ageing*, 36(4), 400-406.
- ³⁹ Sewitch, M. J., McCusker, J., Dendukuri, N., et Yaffe, M. J. (2004). Depression in frail elders: Impact on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(7), 655-665.
- ⁴⁰ McCusker, J., Latimer, E., Cole, M., Ciampi, A. et Sewitch, M. (2009). The nature of informal caregiving for medically ill older people with and without depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(3), 239-246.
- ⁴¹ Sussman, T., McCusker, J., Yaffe, M., Belzile, E., Sewitch M, Cole, M. et Strumpf, E. (2016). Family members's/friends involvement in self-care for patients with depressive symptoms and co-morbid chronic conditions. *Chronic Illness*.
- ⁴² Sussman, T., Yaffe, M., McCusker, J., Burns, V., Strumpf, E., Sewitch, M. et Belzile, E. (2014). A mixed methods exploration of family members'/friends' roles in a self-care intervention for depression. *Chronic Illness*, 10(2), 93-106.
- ⁴³ Weirnerman, R., Campbell, H., Miller, M., Stretch, J., Kallstrom, L., Kadlec, H. et Hollander, M. (2011). Improving mental healthcare by primary care physicians in British Columbia. *Healthcare Quarterly*, 14(1), 36-38.