

Chapitre 7 - Les états dépressifs du sujet âgé

Plan du chapitre

1. Epidémiologie

Les données épidémiologiques
Les principales caractéristiques sociales
ou démographiques

2. Aspects séméiologiques

L'intrication du vieillissement et de la comorbidité
Formes cliniques difficiles
Dépression et démences
Dépression et maladie de Parkinson
Les dépressions secondaires à des
affections somatiques
Les formes mélancoliques imposent
une hospitalisation en urgence
Le risque de suicide
L'évaluation de la sévérité de l'état dépressif

3. Les thérapeutiques

Les traitements médicamenteux
La sismothérapie
Autres types de prise en charge

Les états dépressifs du sujet âgé (EDA) sont fréquents et de diagnostic difficile.

Les dimensions sociales, psychologiques, environnementales et biologiques sont intriquées. Les EDA sont méconnus, banalisés, souvent considérés comme une conséquence du vieillissement. De ce fait ils sont insuffisamment traités et ne bénéficient pas d'une prise en charge globale. Ce défaut diagnostique est lié :

- à la difficulté des malades âgés à exprimer leur douleur morale,
- à la difficulté pour les médecins d'ajouter la problématique psychiatrique aux prises en charge somatiques.

La non-reconnaissance des états dépressifs a pour conséquence l'augmentation du taux de suicide surtout après 80 ans. Le risque de passage à l'acte suicidaire est plus important que chez l'adulte jeune. Ces éléments en font un problème de santé publique dans nos sociétés.

1. Epidémiologie

1.1 Les données épidémiologiques

Elles s'accordent sur une fréquence importante des EDA, bien que variable selon les études. On peut aussi discuter de l'usage d'instruments qui n'ont pas été construits pour des personnes âgées et qui sont parfois, trop ou au contraire trop peu sensibles.

Dans la population générale, il est admis que des symptômes dépressifs puissent concerner 15 % des individus tandis que la prévalence d'un épisode dépressif majeur est de l'ordre de 3 % au delà de 65 ans. Dans les institutions d'hébergement, il est rapporté des prévalences allant de 5 à 30 %. Certains travaux mettent en évidence le fait que dans la première année suivant l'admission en institution, un épisode dépressif majeur survient chez 10 à 15 % des résidents.

1.2 Les principales caractéristiques sociales ou démographiques

Associées à la survenue d'une dépression, elles sont comparables à celles qui ont été décrites chez l'adulte jeune. La dépression est plus fréquente chez les femmes notamment les veuves, chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un entourage attentif, chez les malades souffrant d'affections somatiques graves et notamment d'affections sensorielles. En outre les changements de mode de vie, les séparations, les deuils, le confinement à domicile, la perte des liens sociaux et familiaux, la perte des rôles sociaux ou au contraire un rôle nouveau comme celui qui consiste à prendre en charge son conjoint dépendant sont autant de facteurs favorisant les EDA.

2. Aspects séméiologiques

2.1 L'intrication du vieillissement et de la comorbidité

Chez le malade âgé, la sémiologie dépressive s'exprime avec retard, par des symptômes moins expressifs que chez l'adulte d'âge moyen. Les états dépressifs associent classiquement deux signes fondamentaux : douleur morale et ralentissement.

Chez le malade âgé, cette symptomatologie est banale, relevant du vieillissement ou de pathologies organiques fréquentes à cette période de la vie.

Concernant la douleur morale, rappelons que le sujet âgé doit s'adapter au remaniement de ses capacités et de ses aptitudes. Ceci entraîne l'expression de sentiments qui ne traduisent que les efforts consentis pour accepter le processus du vieillissement. Ces sentiments peuvent être alors pris, à tort, pour une véritable souffrance.

La douleur morale ne saurait donc seulement se définir par l'impression, perçue trop rapidement, d'une souffrance psychique. Elle doit être toujours envisagée dans le contexte plus global de son origine, de sa tonalité et de son retentissement.

La tristesse n'est pas forcément signe de dépression puisqu'elle fait partie des réactions normales à une perte (fréquente chez le vieillard). Ce trouble ne traduit une dépression que s'il est disproportionné par rapport aux difficultés existentielles et s'il envahit la totalité de sa vie psychique.

Le ralentissement, classiquement qualifié d'idéomoteur, puisqu'il affecte la pensée et l'activité physique, est difficile à apprécier. En effet, le vieillissement et certaines maladies (par exemple : maladie de Parkinson, hypothyroïdie, insuffisance cardiaque) peuvent donner l'impression d'une vivacité atténuée. De même, la réduction de la fluidité verbale, de la richesse du langage et des associations d'idées dans certaines démences débutantes, peuvent être pris, de manière inconsidérée, comme des signes de ralentissement.

D'autres éléments orientent vers le diagnostic de dépression :

■ **Le sentiment de vide intérieur et de vacuité douloureuse**

Il est généralement exprimé sous la forme d'un vécu de solitude intense. Ce sentiment de solitude est parfois purement subjectif et peut contraster avec l'existence d'un réel soutien de l'entourage. On en rapproche les plaintes portant sur la mémoire.

■ **Les plaintes somatiques et les troubles du comportement**

Fréquents, ils sont considérés comme un moyen d'exprimer le vécu douloureux de la dépression. Il faut rechercher plus particulièrement une asthénie, une anorexie, un amaigrissement, des troubles du comportement alimentaire et des troubles du sommeil. La dépression peut, aussi, s'exprimer par des troubles caractériels. Le sujet devient irritable ou présente des réactions incompréhensibles pour son entourage, ce qui le confine dans un certain isolement. Enfin, un alcoolisme compulsif récent peut traduire une dépression débutante.

■ **L'angoisse**

L'intrication des sémiologies anxieuses et dépressives est fréquente. Lorsque les symptômes anxieux sont au premier plan, le malade s'agite, s'accroche à qui passe, à la recherche d'une réassurance possible. A l'inverse, le malade peut resté confiné au lit dans une attitude régressive, se reposant sur l'entourage ou l'institution pour tous les actes de la vie quotidienne.

2.2 Formes cliniques difficiles

- Elles se présentent sous la forme d'un délire volontiers persécutif. Ce délire est dit "congruent à l'humeur" car il a une tonalité triste. On retrouve fréquemment des idées d'incurabilité ou de ruine. Le diagnostic de dépression est difficile car elle est masquée par le vécu délirant. Ces formes sont parfois difficiles à différencier d'autres patho-

logies délirantes tardives et imposent un recours au psychiatre.

■ **Les dépressions hypochondriaques**

Elles peuvent prendre le masque d'une pathologie organique et donnent lieu à des investigations diverses et répétées. L'absence d'amélioration durable est la règle, même avec une prescription bien conduite.

2.3 Dépression et démences

Il existe alors un recouvrement séméiologique. Toutes les démences, qu'elles soient dégénératives corticales et surtout sous-corticales et plutôt vasculaires peuvent être associées à des épisodes dépressifs au cours de leur évolution. Les problèmes physiopathologiques et cliniques sont complexes.

■ **Dépression précédant la démence.**

La dépression peut être la conséquence d'une prise de conscience douloureuse de l'installation des déficits intellectuels. Les mécanismes de défense habituels sont bouleversés et l'estime de soi diminuée. La survenue de la dépression traduit une tentative d'adaptation. Elle peut être aussi la conséquence directe des perturbations neuronales dues à la maladie. La prévalence de la dépression au cours d'un syndrome démentiel est de 20 % à 50 %. Les facteurs de risque potentiels d'évolution vers une démence d'un EDA sont de mieux en mieux connus même si certains sont controversés : les antécédents dépressifs personnels ou familiaux, le sexe féminin et la présence d'un allèle E4 au génotypage de l'apolipoprotéine E.

Dans la pathologie démentielle au début, une attention particulière doit être apportée aux signes précurseurs de démence frontale. Les signes inauguraux sont souvent psychiatriques, prenant le masque d'une dépression atypique, avec manque de motivation, apathie, apragmatisme, repli sur soi, etc.... L'examen neuropsychologique doit aussi explorer les fonctions exécutives frontales.

■ **Dépression au cours d'un état démentiel diagnostiqué**

Plus la pathologie démentielle progresse, plus il devient compliqué de reconnaître une dépression. Les signes directs de dépression (immobilité, atonie de la mimique, masque de la douleur, sémantique dépressive des mots perdus, difficultés alimentaires et troubles du sommeil) s'expriment à travers la symptomatologie de la démence. Il est important d'être attentif à des signes indirects que sont les modifications comportementales, les cris, l'agitation, l'appel de membre de la famille (maman...).

■ **Etat dépressif et maladie d'Alzheimer traitée**

Les anticholinestérasiques (médicaments récemment utilisés comme traitements symptomatiques de la démence d'Alzheimer) sont potentiellement à l'origine d'états dépressifs réactionnels. En cas d'efficacité, ils peuvent en effet entraîner une prise de conscience douloureuse de ces troubles. Bien qu'encore insuffisamment documentés, il faut connaître l'existence de ces syndromes renforçant la nécessité d'un suivi global et attentif de toutes les manifestations.

2.4 Dépression et maladie de Parkinson

La présence de symptômes dépressifs ou d'humeur triste au cours de l'évolution n'est pas seulement la conséquence affective d'une affection invalidante. Certains auteurs considèrent la dépression comme un signe de la maladie de Parkinson. Dans 15 à 25 % elle précède ou est concomitante des premiers symptômes. D'intensité variable (le plus souvent légère à modérée), le diagnostic en est difficile, basé sur la dévalorisation, le pessimisme, l'anhédonie et les idées suicidaires. Par contre la présence d'asthénie, de diminution de l'intérêt, de troubles du sommeil ou de l'appétit peuvent se rencontrer dans la symptomatologie de la maladie de Parkinson.

2.5 Les dépressions secondaires à des affections somatiques

Elles posent en fait le problème du défaut de leur diagnostic. S'inscrivant dans le cadre d'une maladie grave comme le diabète, le cancer ou l'insuffisance cardio-respiratoire, elles restent encore insuffisamment évoquées et par conséquent non traitées. Elles peuvent aussi émailler l'évolution d'une hydrocéphalie à pression normale, d'une hypothyroïdie et de toute affection douloureuse chronique. Toutes ces dépressions, même après traitement de la maladie causale, évoluent dans la majorité des cas pour leur propre compte. On en rapproche les dépressions secondaires à certains traitements médicamenteux tels les antihypertenseurs centraux ou les neuroleptiques.

2.6 Les formes mélancoliques imposent une hospitalisation en urgence

Une authentique mélancolie peut survenir chez le sujet âgé. Elle prend l'aspect d'une dépression intense avec prostration et mutisme, ou au contraire agitation et agressivité. Une perte de poids importante, une insomnie prédominante en fin de nuit sont généralement associées et peuvent entraîner des troubles somatiques. Un épisode mélancolique peut représenter l'évolution d'un trouble bipolaire déjà connu ou inaugurer une maladie bipolaire alternant, par la suite, des accès maniaques et mélancoliques. La notion d'antécédents familiaux est plus rarement retrouvée que chez l'adulte jeune. Ces épisodes mélancoliques constituent des urgences thérapeutiques du fait de leur retentissement somatique rapide et du risque important de conduite suicidaire.

2.7 Le risque de suicide

La dépression du sujet âgé est d'évolution lente, confinant le patient dans une souffrance parfois intense et durable, provoquant ainsi l'épuisement de la famille comme du médecin traitant. Cette évolution est encore plus nette lorsque le patient

présente aussi une maladie somatique associée. Une dépression aggrave le niveau de dépendance ou de recours aux soins. Cette évolution est aussi responsable d'un rejet prématuré du traitement, donnant lieu à des prescriptions nouvelles tout aussi inefficaces car poursuivies insuffisamment longtemps.

Le risque évolutif majeur reste le passage à l'acte suicidaire, qu'il s'inscrive dans le cadre d'un raptus anxieux ou qu'il constitue une évolution incontrôlable du trouble dépressif, notamment lorsqu'un vécu délirant est associé. Il doit ainsi être porté une attention particulière aux antécédents personnels et familiaux de conduite analogue, aux idées suicidaires exprimées par le patient, qu'elles prennent l'aspect d'une rumination ou d'une menace adressée à l'entourage. Il convient aussi d'évaluer l'intensité d'un éventuel vécu délirant notamment lorsque la méfiance et le repli apparaissent au premier plan.

Enfin, rappelons la possibilité de survenue d'un état d'opposition massive avec mutisme, prostration et refus alimentaire absolu pouvant entraîner le décès en quelques jours.

2.8 Evaluation de la sévérité de l'état dépressif

L'évaluation de la gravité est un guide dans la mise en place d'un plan de soins. Les instruments d'évaluation de la sévérité sont utiles pour apprécier l'efficacité d'un médicament antidépresseur, mais la plupart ont été établis pour une population adulte et leur usage dans la population âgée est réservé.

Les instruments les plus utilisables (voir annexe) sont :

- la Geriatric Depression Scale de Brink et Yesavage, autoquestionnaire de 30 items
- la Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)
- l'échelle de dépression d'Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

3. Les thérapeutiques

Elles comprennent les traitements chimiques, l'électroconvulsivothérapie, la psychothérapies et la prise en charge psychosociale.

Les buts du traitement sont multiples :

- diminuer les symptômes de la dépression,
- réduire le risque de rechutes et de récurrences,
- améliorer la qualité de vie,
- améliorer l'état de santé,
- diminuer les coûts de santé et la mortalité.

3.1 Les traitements médicamenteux

Toutes les molécules antidépresseurs présentent une efficacité comparable. Le risque d'accumulation de ces produits et de leurs métabolites expose toutefois le sujet âgé à des effets indésirables plus fréquents et plus marqués. Le choix de la molécule est fonction de son profil pharmacologique, de ses effets adverses et de sa tolérance. La prescription d'un sérotoninergique en première intention est rendue aisée par l'absence d'effets anticholinergiques et parce qu'ils n'exposent pas au risque d'hypotension orthostatique des tricycliques. Par contre, les effets secondaires sont digestifs (nausées, anorexie, diarrhée) et doivent être surveillés chez la personne âgée à risque de dénutrition. Les sensations d'irritabilité, les tremblements, l'agitation et l'insomnie sont également à surveiller. D'autres molécules peuvent être employées en première intention, mais les antidépresseurs imipraminiques ne doivent être prescrits qu'en milieu spécialisé. Leurs effets indésirables sont bien connus : sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire sur obstacle, hypotension, arythmies et confusion. Les contre-indications les plus strictes sont cardiaques (troubles de la conduction imposant un ECG avant toute prescription), oculaires en cas de glaucome et urinaires en cas d'adénome prostatique.

La durée optimale du traitement antidépresseur est

- de 4 mois après l'arrêt de la symptomatologie, (6 et 9 mois au maximum) s'il s'agit d'un premier épisode.
- d'un an au moins en présence d'une forme récurrente ou d'une dysthymie.

L'emploi des thymorégulateurs (en dehors du lithium pour sa tolérance moyenne chez le sujet âgé), la carbamazépine ou le dépamide sont une aide dans ce type de dépressions résistantes.

3.2 La sismothérapie

La cure de sismothérapie, ou d'électroconvulsivothérapie est indiquée dans les formes mélancoliques ou dans les formes avec repli engendrant une réduction alimentaire marquée. Elle consiste à provoquer, par un choc électrique de faible ampérage, une crise comitiale généralisée, la manoeuvre étant répétée tous les deux jours. L'efficacité est généralement obtenue après une série de 3 à 9 chocs électriques. On estime que la guérison est consolidée après une série totale de 12 chocs. Ce traitement présente un intérêt incontestable du fait de sa rapidité d'action et de la fréquence des tableaux compliqués chez les sujets âgés. Il peut être aussi indiqué en cas de résistance à plusieurs traitements antidépresseurs bien conduits. Il expose surtout au risque de syndrome confusionnel post-critique, plus élevé que chez le sujet jeune.

3.3 Autres types de prise en charge

■ Stratégies psychosociales

La mise en place d'aides à domicile, d'incitation à une participation sociale familiale ou de voisinage (clubs du troisième âge, activités physiques etc...) font partie de la stratégie thérapeutique. L'efficacité de ce type de socialisation a été évaluée en termes de santé objective et subjective, mais insuffisamment en ce qui concerne spécifiquement la dépression.

■ Les prises en charge psychothérapeutiques

Elles ont démontré leur efficacité, mais sont rarement mises en place. Les indications sont les mêmes que chez l'adulte : elles sont à proposer en cas d'échec du traitement chimiothérapeutique, en cas de contre-indication de ces traitements, ou en cas d'effets secondaires trop importants. Les indications préférentielles sont les états dépressifs légers à modérés. Cependant, associées aux traitements chimiques elles en améliorent le résultat, surtout en prévenant les récurrences. Pour leur mise en place elles nécessitent l'adhésion de la personne et quelquefois de son entourage familial. Les techniques psychothérapeutiques les plus utilisées sont les thérapies de soutien, qui sont basées sur une relation de confiance à partir d'une vision réaliste des objectifs à atteindre et des possibilités. Cette approche peut aider le patient à accepter la diminution de ses capacités liées à l'âge. Elles sont surtout centrées sur "l'ici et maintenant"

dans un but pragmatique et pour aider la personne à faire face aux difficultés actuelles. Elles donnent des informations sur le fonctionnement dépressif, aident la personne à reconnaître et accepter le fait douloureux. L'objectif est la modification des symptômes et des conduites. Il faut souligner l'intérêt des psychothérapies cognitives, basées sur le principe des idées négatives que génèrent la dépression et qu'il est possible de modifier : idées négatives vis à vis de soi-même, du monde environnant ou du futur. Le thérapeute identifie avec le patient les situations responsables de sentiments négatifs et dépressifs et l'aide à y substituer des pensées positives réalistes, tout en reconnaissant l'authenticité de l'affect dépressif. La qualité de la relation médecin-patient est essentielle au succès de la prise en charge. La voie est étroite pour le patient (et quelquefois pour son médecin) entre une médicalisation excessive de la dépression et la banalisation de la prise de psychotropes.