

Module 5 - Question 63

DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ

Rédaction : I. JALENQUES

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les estimations de prévalence varient sensiblement selon les études et en fonction des instruments d'évaluation et des populations recrutées. En population générale, les taux sont de 1 à 4 % lors d'études basées sur les critères du DSM ou d'instruments standardisés tels que le Diagnostic Interview Schedule, mais atteignent 11 à 16 % lorsque les évaluations reposent sur des instruments spécifiques des populations âgées.

De même, les taux de prévalence varient de 7 à 36 % parmi les patients ambulatoires, pour atteindre 15 à 43 % des patients hospitalisés et 42 à 51 % des patients en institution.

CONTEXTE

L'avancée en âge implique des changements biologiques, psychologiques et sociaux qui se manifestent de manières très hétérogènes d'un sujet à l'autre. Les modifications du fonctionnement cognitif liées au vieillissement, et quelques pathologies organiques cérébrales (« dépression vasculaire », dépression et démences) jouent un rôle dans la survenue de certaines dépressions tardives.

Le vieillissement corporel et ses perturbations (endocriniennes, ...) voire, plus encore, les polyopathologies de certains sujets âgés influencent non seulement la survenue des dépressions mais aussi la démarche diagnostique et thérapeutique (Jalenques et al., 7, 8, 9, 10). Les facteurs iatrogènes doivent systématiquement être recherchés.

Enfin, la position sociale qui se modifie et les échéances qui se rapprochent, rendent nécessaire une adaptation des stratégies interpersonnelles et intrasubjectives.

**Principales classes médicamenteuses associées aux dépressions iatrogènes
(d'après Dhondt et al. 2002, 4)**

- médicaments du système nerveux central
- antagonistes calciques

- médicaments du tractus respiratoire
- médicaments gastro-intestinaux, métaboliques
- β -bloquants non sélectifs
- médicaments à tropisme neurologique
- benzodiazépines
- corticothérapie générale
- β -bloquants

La démarche diagnostique doit intégrer une évaluation psychique (humeur, cognition, vigilance, comportement, gestion des pulsions, ...), somatique et des facteurs précipitants possibles (médicaments, environnement ...) tout en gardant en permanence à l'esprit que le poids respectif de ces divers facteurs est toujours susceptible d'évolution à court ou long terme. Dans le cas contraire, le clinicien se heurtera inévitablement aux limites des approches standardisées. L'examen psychiatrique met classiquement en évidence une rupture, avec de nets bouleversements symptomatiques par rapport à l'état antérieur du sujet. Des particularités cliniques sont à connaître. La tristesse de l'humeur dépressive peut être remplacée par une irritabilité, une hostilité permanente à l'encontre de l'entourage, ou un émoussement affectif. L'anhédonie, au même titre que les autres symptômes, n'apparaît pas comme une exagération des signes physiologiques du vieillissement, mais pénible, douloureuse, permanente. Le ralentissement psychomoteur est d'autant mieux apprécié que l'on dispose de points de repère antérieurs. L'évaluation des troubles du sommeil doit prendre en considération le rythme nyctéméral et les changements de l'architecture du sommeil chez l'âgé.

L'anxiété très fréquente et souvent patente, peut se traduire par une agitation improductive, des réactions hystérisées, voire des symptômes phobiques invalidants. Devant des troubles du caractère, relevés par l'entourage, et d'apparition récente, une symptomatologie dépressive doit systématiquement être recherchée. La symptomatologie cognitive est abordée dans le second article de ce cahier.

La dimension délirante, souvent observée, peut s'exprimer sous forme d'idées persécutives, de jalousie ou de préjudice.

Un certain nombre de sujets âgés éprouvent des difficultés à se reconnaître dépressifs et s'en plaindre, d'autant plus qu'existe une comorbidité physique à laquelle seront dans la plupart des cas préférentiellement rattachées les manifestations somatiques de la dépression. Les dépressions masquées existent indubitablement, mais l'examen psychiatrique, sauf exception rarissime, retrouve d'autres symptômes de dépression, derrière le premier rang de signes somatiques. La symptomatologie hypochondriaque, fréquente, est parfois

délirante ; le syndrome de Cotard (conviction délirante de transformation corporelle et de négation d'organe) en est une forme extrême.

Si les comorbidités sont fréquentes chez les sujets âgés et en particulier les pathologies de la cognition et cardio-vasculaires, il est difficile de rattacher aux diverses pathologies somatiques des modalités dépressives spécifiques. Des affections neurologiques dégénératives ou vasculaires, des troubles métaboliques et endocriniens, certaines néoplasies, des processus infectieux, des déficiences nutritionnelles ont vu leurs rapports aux dépressions particulièrement étudiés (Hermann, 6 ; Kaplan, 11) ; d'autres beaucoup moins (déficiences auditives, visuelles), voire pas (lupus cutané). Les relations entre pathologies somatiques et dépressions sont donc complexes, et le degré de handicap représente dans une majorité de cas, un facteur prépondérant.

Il en résulte que l'évaluation d'une symptomatologie dépressive chez le sujet âgé débute par le recueil des antécédents, l'observation générale, l'examen psychiatrique et somatique, pour être complétée, presque toujours, par un bilan biologique général, un bilan thyroïdien, un scanner cérébral, une radiographie thoracique. Les E.E.G. (de sommeil notamment) sont plus rarement réalisés. Les évaluations cognitives sont abordées dans le troisième article de ce cahier.

Enfin, des instruments d'évaluation spécifiques des populations âgées ont été développées :

le CES-D (Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) construit pour permettre l'évaluation d'un épisode dépressif majeur chez l'âgé selon le DSM (5 in Strnad), la GDS de Yesavage et Brinck (traduite en français par D. Lapp et J.D. Guelfi) (12), autoquestionnaire de 30 items binaires, utilisé pour le dépistage et l'évaluation de l'intensité des dépressions, dont une version à 4 items a été développée pour le dépistage en médecine générale (Clément and al., 1). L'emploi des échelles, lorsqu'il permet d'approfondir l'évaluation du sujet et fournit des points de comparaison lors du suivi et du traitement des patients, peut s'avérer utile.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Le pronostic des dépressions apparaît moins bon pour les sujets âgés suivis en population générale et en soins primaires, par comparaison avec ceux suivis en milieu psychiatrique hospitalier ; mais si l'hypothèse d'une insuffisance de détection et de prise en charge dans la première population, est bien souvent retenue, celle de populations qui ne soient pas strictement comparables ne peut être éliminée (Cole and al., 2, 3).

Nombre d'auteurs s'accordent à reconnaître que les dépressions et les affections somatiques influencent leurs évolutions réciproques ; mais des études complémentaires apporteraient des précisions indispensables à cette « donnée classique », tout comme aux suivantes : une évolution chronique plus fréquente,

un délai plus long entre l'apparition des premiers signes dépressifs et l'initiation d'un traitement antidépresseur, enfin un délai d'action des antidépresseurs retardé chez les sujets âgés par comparaison avec l'âge moyen de la vie (Jalenques et al., 7, 8, 9, 10).

- 1) Clément JP, Paulin S, Léger JM. Troubles de l'humeur. In : Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, eds. Psychiatrie du sujet âgé. Paris : Flammarion, 1999 : 112-28.
- 2) Cole MG. Major depression in old age : outcome studies. In : Shulman KI, Tohen M, Kutcher S, eds. Mood disorders across the life span. Wiley-Liss, 1996 : 361-76.
- 3) Cole MG, Bellavance F., Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations : a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 (8) : 1182-9.
- 4) Dhondt ADF, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W Iatrogenic depression in the elderly. Results from a community-based study in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 ; 37 : 393-398.
- 5) Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness : Functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997 ; 45 : 570-8.
- 6) Hermann N. Clinical features and pathogenesis of depression in old age. In : Shulman, Tohen and Kutcher eds. *Mood Disorders Across the Life Span*. Wiley-Liss, 1996 : 341-60.
- 7) Jalenques I, Albuisson E, Rancé JR, Coudert AJ. Les dix dernières années ou la fin du parcours. *Psychol Med*. 1990 ; 22 ; 12 : 1177-1182.
- 8) Jalenques I, Coudert AJ. La maladie dépressive du sujet âgé : Apports de l'épidémiologie. *Psychogér* 1990 ; 2 : n° 6.
- 9) Jalenques I, Coudert AJ. Dépressions du sujet âgé. *Le Médecin du Centre*. 1^{er} sept. 1993 ; n° 12.
- 10) Jalenques I, Coudert AJ. Dépressions, pseudo-démences dépressives, démences. *Le Médecin du Centre*. 1^{er} oct. 1993 ; n° 14.
- 11) Kaplan HI, Sadock BJ. Evaluation médicale en psychiatrie. In : *Synopsis de Psychiatrie, Entretien clinique, Examens, Classification et Législation*, traduction française coordonnée par Patrice Louville. Masson, Williams et Wilkins, 1998 : 57-64.
- 12) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983 ; 17 : 37-49.