

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
People's Democratic Republic of Algeria
The Minister of Higher Education and Scientific Research
ⵜⴰⴳⴷⴰⵏⵜ ⴰⴷⵓⴷⴰⵏⵜ ⴰⴷⵓⴷⴰⵏⵜ ⴰⴷⵓⴷⴰⵏⵜ ⴰⴷⵓⴷⴰⵏⵜ ⴰⴷⵓⴷⴰⵏⵜ

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID
FACULTE DE MEDECINE
Dr. B. BENZERDJEB TLEMEN



جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
كلية الطب - د. ب. بن زرجب

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

THÈME :
La dépression chez les sujets âgés

Présenté par :

- ❖ MEKIDICHE Sihem
- ❖ MEGHELLET Imene Loumria
- ❖ HADDOU Rania Ismahene

Encadré par :

Dr BOUABDELLAH Wassila

Maître Assistante Hospitalo Universitaire en psychiatrie

Dr ABDELALI Youssouf

Maître Assistant Hospitalo Universitaire en psychiatrie

Année universitaire : 2023-2024

Remerciements

On remercie ALLAH le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté d'entamer et de terminer ce mémoire.

Nos remerciements s'adressent à :

Notre maître

Monsieur le chef de service de psychiatrie Professeur Boucif

Madame la maître assistante Dr Bouabdellah

Monsieur le maître-assistant Dr Abdelali

Permettez-nous de vous adresser notre profond respect, nos gratitude et nos remerciements les plus sincères.

Nous vous resterons toujours reconnaissante de nous avoir accordé le privilège de forme ce travail au sein de votre service.

A notre doyen de la faculté de médecine Professeur Abi ayad

A notre maître vice doyenne Dr Khelil

A notre maître cheffe de département de médecine Dr Bouhmama Loubna

Nous sommes fières d'être parmi vos élèves

Nous vous resterons toujours reconnaissantes de nous avoir enseigné la médecine.

A notre maître d'étude de stage de médecine

A tout le personnel de la faculté de médecine Tlemcen

A tout le personnel de services hospitalier de CHU Dr Tijani Damarji Tlemcen ou on passe notre stage d'internat

A tout personnel de service de psychiatrie CHU Tlemcen qui nous a aidés pendant notre stage au niveau de service.

Permettez-nous de vous exprimer notre propre considération.

Dédicaces

Tout d'abord, ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide et l'encadrement de **docteur Abdelali**, on le remercie pour la qualité de son encadrement exceptionnel, pour sa patience, sa rigueur et sa disponibilité durant notre préparation de ce mémoire.

Je tiens à remercier chaleureusement ma chère mère madame **GHETANI ZOUBIDA**, qui a toujours été là pour moi, merci pour tes prières, ton amour et ton soutien inconditionnel, à la fois moral et économique, qui m'a permis de réaliser les études que je voulais et par conséquent ce mémoire, que dieu la protège et lui offre le bonheur. Je lui dédie ce travail.

Docteur MEGHELLET IMENE LOUMRIA

Je suis Dr.**MEKIDICHE SIHAME** , dédicace à :

Mon chère papa **BOUZIANE**, merci mon trésor.

Ma chère mama **NAZIHA**, merci à toi j'espère que je réalise un de tes rêves.

Oui nous a quitté pour être dans un milieu meilleur chère sœur **IBTISSEM**, tu vivras dans nos cœurs pour le reste de notre vie, paix a son âme.

Je suis **docteur HADDOU RANIA ISMAAHENE**

Je remercie mes très chers parents monsieur **HADDOU MOHAMMED** et madame **DAOUDI YAMINA**, pour leur amour, soutien et leur encouragement.

Un grand merci pour **docteur Aici Mounia** pour sa sincère amitié, et l'aide précieuse qu'elle m'a apportée tout au long de l'internat.

Enfin je remercie mes collègues **Dr meghellet** et **Dr Mekidiche** pour leurs amitiés, leurs soutiens et leurs encouragements.

A tous ces intervenants, on présente nos remerciements, nos respects et nos gratitude.

TABLE DES MATERES

PARTIE THEORIE	1
Introduction	2
Problématique	2
Objectifs	3
Prévalence	3
Epidémiologie	3
CHAPITRE I :	4
1) Définitions :	5
❖ Gériatrie	5
❖ Définition de la gérontologie	5
❖ La différence entre la gériatrie et la gérontologie	6
❖ Les différents métiers de la gériatrie	6
❖ Les professionnels de la gérontologie	6
❖ Psychiatrie du sujet âgé	7
❖ Vieillesse	8
❖ Définition de Santé mentale	9
❖ Définition de Dépression	10
2) Origine de la dépression	11
3) Facteur de risque	11
4) Pronostic	12
5) Risque suicidaire :	13
➤ La définition du suicide chez les personnes âgées	13
➤ Principal facteur de risque de suicide	13
➤ Facteurs protecteurs	14
➤ Evaluation de risque suicidaire	14
➤ Évaluation du degré d'urgence suicidaire	15

➤ Prévention de suicide	16
CHAPITRE II :	18
Démarche diagnostic	19
❖ Critère diagnostic de dépression	19
❖ Démarche diagnostiques de la dépression chez une personne âgée	19
❖ Diagnostique de la dépression chez les sujets âgés	21
Critères diagnostiques de l'état dépressif	22
Caractérisé selon le DSM-5	22
Classification CIMM11	24
Tableau atypique	26
Dépression et démence	28
Distinction entre dépression et maladie d'Alzheimer	28
Syndrome de glissement	29
CHAPITRE III :	30
Prise en charge de la dépression du sujet âgé	31
1) Informer du diagnostic de la dépression	31
2) Les mesures médicamenteuses :	31
A- Les antidépresseurs	31
B- Autres traitements psychotropes	38
3) Le traitement médicamenteux :	39
A- Psychotrope	39
B- Activité physique et mode de vie	40
C- Sismothérapie (Electro thérapie au ECT)	40
D- Autres pistes	40
4) Antidépresseurs et HTA	41

PARTIE PRATIQUE	42
La sémiologie	43
Examen mentale du sujet âgé	44
L'évaluation de la dépression chez les sujets âgés	46
Maladie somatique et médication fréquente associé à la dépression	51
Situation justifiant l'hospitalisation	51
Évaluation risque urgence dangerosité (RUD)	52
I.MATERIEL ET METHODE	54
II.RESULTATS	56
III.DISCUSSION	73
CONCLUSION	75
RESUME	76
TERMINOLOGIE	78
ANNEXE 2	80
BIBLIOGRAPHIE	82

Liste des figures

Figure 1: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction des tranches d'âge.	56
Figure 2: Répartition de la dépression en fonction du sexe.	56
Figure 3: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de la présence ou l'absence d'une comorbidité somatique.	57
Figure 4: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de la présence ou l'absence de l'insomnie.	58
Figure 5: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'insomnie d'endormissement.	59
Figure 6: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'insomnie au milieu de la nuit.	61
Figure 7: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'insomnie matinale.	62
Figure 8: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'absence ou la présence des troubles d'appétit.	63
Figure 9: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de perte de poids.	64
Figure 10: Répartition de la sévérité de la dépression selon la présence ou l'absence d'une anxiété psychique et/ ou somatique.	65
Figure 11: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'anxiété somatique.	66
Figure 12: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'anxiété psychique.	67
Figure 13: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'absence ou la présence d'une comorbidité psychiatrique.	68
Figure 14: Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de la présence ou l'absence des troubles de la mémoire.	69

PARTIE THEORIQUE

Introduction :

La dépression chez les personnes âgées met en évidence l'importance de cette maladie en raison de sa fréquence et de son impact sur les individus et les familles. Des études montrent que les personnes âgées hospitalisées pour dépression sont souvent des femmes issues de milieux socio-économiques faibles à moyens, vivant dans l'isolement et aux prises avec des maladies somatiques. Les troubles cognitifs et les pensées suicidaires sont répandus au sein de cette population, soulignant l'importance du dépistage et du traitement de la dépression gériatrique comme priorité de santé publique. La complexité de la dépression gériatrique, sa présentation variée et les facteurs de risque spécifiques associés à ce groupe d'âge soulignent la nécessité d'approches diagnostiques et thérapeutiques adaptées pour répondre à ce problème majeur de santé publique.

Problématique :

La dépression est une affection fréquente chez la personne âgée qui pose un problème important par difficulté du diagnostic en raison de comorbidité somatique et présentations clinique polymorphe (atypique) ce qui explique qu'elle soit négligée, méconnue, tardivement diagnostiquée ou insuffisamment traitée.

La dépression chez la personne âgée peut prendre des présentations inhabituelles majoritairement masquée par des traits somatiques.

Plusieurs facteurs peuvent modifier l'expression clinique de la dépression tel que les affections somatiques en première ligne puis les facteurs psychologiques, socioéconomiques et culturels

La dépression est une maladie grave mais curable.

La prise en charge d'un patient dépressif en gériopsychiatrie nécessite différentes approches de soins pluridisciplinaires incluant les soins somatiques, psychiatriques ainsi qu'un accompagnement psychosocial.

Le rôle du médecin est essentiel dans le dépistage et la prise en charge de cette affection afin d'atténuer la souffrance qu'elle provoque et obtenir une meilleure qualité de vie.

Position du problème :

L'Objectif de notre travail est de repérer la personne à risque et évaluer la sévérité de la dépression au sein d'une population âgée à partir de 65 ans.

Objectifs :

- Diagnostiquer la dépression du sujet âgé en tenant compte des particularités sémiologiques.
- Argumenter l'attitude thérapeutique spécifique et planifier le suivi spécifique des troubles dépressifs.
- Prescrire et surveiller un antidépresseur.
- Savoir identifier le risque suicidaire chez le sujet âgé.
- Savoir distinguer la dépression d'un syndrome démentiel.

Epidémiologie et prévalence de la dépression :

Selon l'OMS, la dépression est la deuxième cause d'handicap.

On estime que 60 à 70% des dépressions chez les personnes âgées sont méconnues ou négligées. D'un point de vue épidémiologique, la prévalence des épisodes dépressifs majeurs parmi la population âgée générale est de 1 à 4%. La prévalence de la dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus se situe entre 8 et 16% et, chez celles de plus de 85 ans, elle oscille entre 12 et 15%. L'incidence annuelle de la dépression est de 1,5% chez les femmes âgées. Dans la population âgée institutionnalisée, la prévalence de la dépression varie de 10 à 45%. Dans la population générale, 15 à 30% des personnes âgées consultant en médecine générale présentent des symptômes dépressifs. Chez les sujets âgés hospitalisés en milieu psychiatrique, la prévalence de la dépression est de 35%. (1)

CHAPITRE I

1) **Définitions** :

❖ **Gériatrie** :

La gériatrie est la médecine des personnes âgées qui se focalise sur les maladies liées au vieillissement. Senior Compagnie fait un point sur cette spécialité médicale dont certains de ses bénéficiaires peuvent parfois bénéficier au quotidien.

La gériatrie, une spécialité qui remonte au XIXe siècle

L'expérimentation de la gériatrie remonte au XIXe siècle mais ce n'est qu'en 2004 qu'elle est devenue une spécialité. En effet, l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population ont entraîné un développement de la prise en charge et d'un savoir-faire du corps médical.

Aujourd'hui, le système de santé s'est adapté aux apparitions de nombreuses maladies et à la dépendance de certain(e)s pour accomplir des tâches de la vie quotidienne (se déplacer, manger, etc.).

❖ **Définition de la gérontologie** :

La gérontologie est l'étude de la vieillesse et du vieillissement. Elle regroupe l'ensemble des disciplines qui s'intéressent au vieillissement : la sociologie, la psychologie, l'anthropologie, la biologie, la démographie...Le gérontologue est le spécialiste du vieillissement et de ses pathologies spécifiques, physiques et psychologiques.

En théorie, la gérontologie est complémentaire de la gériatrie qui est la médecine de la vieillesse. Cette dernière regroupe les soins préventifs, curatifs et palliatifs. La gériatrie fait partie de la gérontologie.

En pratique, les termes de gérontologue ou de gériatre sont utilisés pour désigner le spécialiste des personnes âgées. La gériatrie ou gérontologie a pour but l'amélioration ou la préservation des capacités fonctionnelles des personnes âgées, et ce, malgré leurs problèmes de santé.

❖ **La différence entre la gériatrie et la gérontologie :**

La gériatrie (nommée aussi gérontologie) existe justement pour proposer des solutions et répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées. Le but : tenter de maintenir ou restaurer, si possible, l'autonomie des seniors.

❖ **Les différents métiers de la gériatrie :**

La différence entre gériatre et gérontologue se retrouve également dans les différents métiers liés aux deux disciplines.

Ayant pour objectifs d'assurer les soins ainsi qu'une totale prise en charge des seniors, les métiers de la gériatrie sont ceux qui font partie du domaine médical. On retrouve notamment :

Le gériatre : apte à diagnostiquer les différentes pathologies qui touchent les aînés, ce médecin est spécialisé dans la polypathologie ;

L'infirmier en gériatrie : intervenant dans les établissements spécialisés (EHPAD, etc.) ou encore dans les hôpitaux, son rôle est d'administrer les différents soins de santé et de suivre les dossiers médicaux des patients ;

L'aide-soignant : son rôle est d'améliorer le confort de vie des seniors en leur prodiguant des soins d'hygiène sous la supervision de l'infirmier.

❖ **Les professionnels de la gérontologie :**

Les métiers de la gérontologie sont nombreux. Parmi ceux-ci :

Le directeur d'établissement spécialisé en gérontologie qui gère l'ensemble de l'établissement ainsi que le personnel ;

L'ASH (agent des services hospitaliers) : polyvalent, il intervient dans différents domaines tels que l'entretien, l'hygiène ou encore la blanchisserie au sein des établissements de santé ;

L'animateur d'EHPAD : son rôle est d'améliorer les capacités de communication des résidents en organisant diverses animations au sein de l'établissement.

Parmi les différents métiers de la gérontologie, on retrouve également les métiers exercés à domicile :

L'assistante sociale qui accompagne les personnes âgées ainsi que leurs familles sur

l'évaluation de la situation, les informe des droits et différentes aides possibles, etc. ;

L'auxiliaire de vie à domicile qui aide les seniors dans tous les actes de la vie quotidienne (ménage, courses, repassage, portage de repas...).

Gériatre ou gérontologue encouragent la téléassistance ?!!!

Dans une société où le maintien à domicile est privilégié par les personnes âgées ainsi que leurs familles, gériatre ou gérontologue considèrent la téléassistance senior comme étant idéale pour vivre le plus longtemps possible chez soi et ce pour de nombreuses raisons. La simplicité du déclenchement de l'alerte permet en effet une intervention rapide des proches ou des secours le cas échéant. Ainsi, si la téléassistance rassure les patients ainsi que les aidants familiaux, elle permet également de retarder le placement en établissement spécialisé et d'écourter les durées d'hospitalisation. Par ailleurs, la plupart des dispositifs possèdent un détecteur de chute capable d'envoyer une alerte dès qu'il détecte une chute de la personne âgée. (2)

❖ **Psychiatrie du sujet âgé :**

La psychiatrie du sujet âgé est une discipline spécifique qui s'est individualisée de la psychiatrie d'adulte pour se concentrer sur le diagnostic et le traitement des troubles psychiques chez les personnes âgées. Cette discipline est appelée « psychiatrie du sujet âgé » en France, mais peut également être appelée « gérontopsychiatrie » dans les pays germaniques ou « psychogériatrie » aux États-Unis, au Canada, en Suisse et en France. (2)

La psychiatrie du sujet âgé a connu un développement important en France, avec la création de diplômes d'université et de formations spécifiques pour une pratique de la psychiatrie du sujet âgé. Le diplôme d'études des formations spécialisées complémentaires (DESC) de Psychiatrie du sujet âgé devraient voir le jour à la rentrée universitaire 2006. (2)

Les principales pathologies rencontrées chez les personnes âgées sont :

La dépression, le délire tardif, l'anxiété, l'hystérie, la confusion et la manie. La dépression comporte des formes spécifiques, des équivalents dépressifs, des facteurs de risque particuliers et une approche thérapeutique catégorique et dimensionnelle. Son dépistage doit être amélioré. Le délire tardif est organisé autour du préjudice et réalise un mécanisme d'acte de lutte contre l'isolement, la dépression et l'anxiété. On parle de psychose d'allure schizophrénique d'apparition très tardive. L'anxiété a aussi des présentations propres à la personne âgée et a des liens étroits avec la dépression. Non traitées, ses conséquences sont très dommageables. L'hystérie est devenue

pathologique avec le temps, aussi avec l'âge et le niveau culturel. On voit ainsi apparaître des conversions « pseudo-cognitives » chez le sujet âgé. La confusion, très fréquente à cet âge, et est souvent multifactorielle, mais les causes psychosociales ne doivent pas être sous-estimées. La manie est souvent deuxième aire et plutôt de présentation mixte

❖ **Vieillesse :**

Le processus de vieillissement implique une interaction complexe de changements biologiques, de facteurs liés au mode de vie et d'influences sociétales. Biologiquement, le vieillissement résulte de l'accumulation de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps, entraînant un déclin progressif des capacités physiques et mentales, une augmentation des risques de maladie et, à terme, la mort. (3)

Ce processus de vieillissement n'est pas uniquement déterminé par l'âge chronologique, mais est influencé par diverses transitions de la vie telles que la retraite, les changements dans les conditions de vie et la perte d'êtres chers. (3)

Les problèmes de santé courants associés au vieillissement comprennent la perte auditive, la cataracte, l'arthrite, le diabète, la dépression et la démence, les personnes âgées étant souvent confrontées à plusieurs problèmes de santé simultanément. (3)

Maintenir une bonne santé globale à mesure que l'on vieillit nécessite d'adopter des habitudes saines telles que suivre une alimentation équilibrée, éviter de fumer et de consommer excessivement d'alcool, pratiquer une activité physique régulière et rester mentalement actif. (4)

Ces habitudes, lorsqu'elles sont développées tôt et maintenues tout au long de la vie, peuvent avoir un impact positif sur le processus de vieillissement. Aux États-Unis notamment, on observe une augmentation du vieillissement en bonne santé, marquée par une diminution des handicaps chez les personnes âgées et une augmentation du nombre de personnes très âgées, y compris les centenaires. (4)

L'aspect démographique du vieillissement, appelé vieillissement démographique, fait référence à l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans une population en raison de la baisse des taux de fécondité et des taux de mortalité. (5)

Ce phénomène peut résulter d'une augmentation du nombre de personnes âgées en raison d'une espérance de vie plus longue ou d'un déficit de personnes plus jeunes en raison de la baisse du taux de natalité. Le vieillissement démographique est une conséquence de la transition

démographique et a principalement touché les pays du Nord, mais il constitue désormais un changement social important à l'échelle mondiale, y compris dans les pays du Sud. (5)

Il est essentiel de reconnaître la diversité des trajectoires de vieillissement plutôt que de catégoriser les individus uniquement en fonction de groupes d'âge. Le processus de vieillissement est remarquablement hétérogène, avec diverses trajectoires de vieillissement en fonction des circonstances individuelles. (6)

Les données démographiques, bien que précieuses, ne doivent pas éclipser les diverses expériences des personnes vieillissantes, en soulignant la nécessité de comprendre le vieillissement comme un parcours à multiples facettes et individualisé.

❖ Définition de Santé mentale :

La santé mentale fait référence à un état d'équilibre et de bien-être qui permet aux individus de faire face aux défis de la vie quotidienne et de maintenir une bonne santé malgré l'adversité. Il ne s'agit pas seulement d'une absence de troubles mentaux ou psychologiques, mais d'un état dynamique influencé par divers facteurs, dont certains peuvent faire l'objet d'une action. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est une composante essentielle de la santé globale, permettant aux individus de réaliser leur potentiel, de faire face au stress normal de la vie et de contribuer à leur communauté. (7–9)

L'OMS souligne l'importance de s'attaquer aux problèmes de santé mentale, qui touchent des millions de personnes dans le monde. Les problèmes de santé mentale peuvent toucher n'importe qui, quel que soit l'âge, le sexe ou le milieu socio-économique. Ils peuvent varier de légers à graves et inclure la dépression, les troubles anxieux, le trouble bipolaire, la schizophrénie et les troubles liés à l'usage de substances.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité de donner la priorité à la santé mentale, car la crise a entraîné une augmentation des taux d'anxiété, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale. L'OMS a appelé à un investissement accru dans les services de santé mentale et à l'intégration de la santé mentale dans les soins primaires et les services communautaires.

❖ **Définition de Dépression :**

On appelle dépression un ensemble de syndromes qui ont en commun la présence simultanée de la plupart des manifestations suivantes : tristesse extrême et prolongée, repli sur soi et perte d'intérêt pour ce qui intéressait auparavant la personne, vision négative et pessimiste de soi-même, des autres et de l'avenir, souvent accompagnée d'idées de culpabilité et d'auto-accusation. Les troubles de l'attention et de la concentration sont fréquents. À ces symptômes purement psychologiques, se surajoute assez souvent un ensemble de perturbations de la vie végétative qu'on appelle le syndrome somatique, et qui comprend des troubles de l'appétit et du sommeil, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, souvent accompagnés d'une fatigabilité importante.

Les tableaux cliniques dépressifs observables chez l'enfant diffèrent souvent de ceux qu'on connaît chez l'adulte. La tristesse peut s'exprimer sous forme verbale par des plaintes directes. Il arrive que l'enfant se plaigne d'être seul, de ne pas être aimé ou d'être rejeté. Mais son expression la plus fréquente est non verbale : l'enfant pleure souvent, sans raison apparente, il est inconsolable ou très difficile à consoler. Lorsqu'il ne pleure pas, il reste morose, on remarque l'absence de sourire ou d'expression émotionnelle. La tristesse est parfois remplacée par l'irritabilité. On assiste alors fréquemment à des crises de colère accompagnées de pleurs et de manifestations d'agressivité verbale et physique chaque fois que l'enfant est contrarié... (10)

2) **Origine de la dépression : (11,12)**

On situe l'origine de la dépression dans des expériences infantiles de perte, de souffrance et d'échec. Il existe une vulnérabilité génétique : une personne dont le parent de premier degré est atteint à 10 fois plus de risque de développer un trouble bipolaire.

Les événements de vie (divorce, séparation, problèmes professionnels ou financiers...) et les stress répétés (surmenage, manque de sommeil, perturbation des rythmes sociaux et biologiques), sont des facteurs précipitants. Mais leurs effets dépendent aussi de facteurs complexes, psychologiques et biologiques.

Le modèle théorique actuel est biopsychosocial, avec interactions complexes entre vulnérabilité génétique, modifications des systèmes de régulation du stress et influences environnementales.

3) **Facteur de risque** :

Plusieurs facteurs de risque ont été décrits :

- Sociaux : retraite, isolement
- Affectifs : veuvage, deuil, conflits
- Mauvaise santé : maladie invalidante, perte d'autonomie

La dépression survient plus fréquemment au cours (au décours) de certaines maladies et lors de la prise de certains médicaments :

- Maladie neurologique : AVC, Alzheimer, autre démence, parkinson, hydrocéphale chronique
- Maladies cardiovasculaires, Insuffisance cardiaque, IDM
- Maladie endocrinienne : diabète, dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, déficit androgénique chez l'homme
- Maladies diverses : cancers, douleurs chronique
- Médicaments : corticoïdes, clomidine, bêtabloquants, L-dopa, neuroleptique

4) **Pronostic** :

La dépression du sujet âgé a un mauvais pronostic avec un risque de chronicisation et de rechute. Celui-ci est lié à plusieurs éléments, tels que limitation fonctionnelle, troubles cognitifs, la pauvreté des relations sociales, la sévérité des symptômes dépressifs et le retentissement psychomoteur

Environ 30% des patients vont présenter une rechute de la maladie dépressive

Un des facteurs importants de la rechute est la durée trop courte du traitement antidépresseur ou une mauvaise observance médicamenteuse

Les facteurs de faible adhésion au traitement sont :

- Absence d'information sur la maladie
- Erreurs de perception de la maladie et de son traitement
- Stigmatisation de la dépression
- Absence de soutien familial
- Troubles cognitifs
- Les effets secondaires des traitements

- Relation médecin patient faible ou pauvre

La dépression à la fois cause et conséquence de plusieurs complications sévères chez le sujet âgé :

- Dénutrition : en raison des troubles de comportement alimentaire et de la perte de poids secondaire.
- La perte d'autonomie
- Hospitalisation plus fréquente et surconsommation de soins
- Moins bon pronostic vital dans plusieurs maladies IDM, AVC, BPCO, etc...
- Surmortalité générale de l'ordre de 30% dans les 3 ans suivant l'épisode dépressifs

5) **Risque suicidaire (13) :**

➤ **La définition du suicide chez les personnes âgées :**

Il se réfère à un acte autodestructeur intentionnel qui aboutit à la mort chez les individus âgés de 60 ans et plus. Les caractéristiques du suicide chez les personnes âgées incluent des facteurs tels que la dépression, l'isolement social, la perte de repères, les maladies chroniques, la précarité financière, et d'autres éléments qui peuvent contribuer à un risque accumulé de passage à l'acte suicidaire. Les personnes âgées présentent souvent des spécificités cliniques telles qu'une intentionnalité élevée, une faible histoire personnelle de comportement suicidaire, et des niveaux réduits d'impulsivité-agressivité. Le suicide chez les personnes âgées est un problème de santé publique majeur, nécessitant une identification des facteurs de risque et une prise en charge adéquate pour prévenir ces tragédies.

➤ **Principal facteur de risque de suicide :**

Les facteurs de risque du suicide chez les personnes âgées incluent principalement :

Troubles psychiatriques : Les troubles psychiatriques, en particulier la dépression majeure, sont des facteurs de risque significatifs, présents dans une grande proportion de cas de suicide chez les personnes âgées

Isolement social : L'isolement social, la perte d'un proche, et la diminution des interactions sociales peuvent accroître le risque de suicide chez les personnes âgées.

Maladies chroniques : Les maladies chroniques, source de handicap et de douleurs, ainsi que l'accès difficile aux soins de santé, sont des facteurs de risque importants

Précarité financière : La précarité financière peut contribuer à un risque accumulé de suicide chez les personnes âgées

Perte de repères et d'autonomie : La perte de repères, d'autonomie, et les changements majeurs de vie, tels qu'un déplacement en structure médicalisée, peuvent également être des facteurs de risque

Dépression non traitée : La dépression, souvent sous-diagnostiquée et non traitée chez les personnes âgées, est un facteur de risque majeur pour le passage à l'acte suicidaire

Ces facteurs de risque soulignent l'importance de la vigilance, de l'écoute et de la prise en charge adéquate pour prévenir le suicide chez les personnes âgées. (14,15)

➤ **Facteurs protecteurs** : avoir des enfants voire vivre avec eux, avoir des activités de loisirs ou associatives, avoir une pratique religieuse, avoir une vie sociale riche, se sentir utile

➤ **Evaluation de risque suicidaire** : RUD Comprend :

Du risque : rapport facteurs de risque et facteurs protecteurs

De l'urgence : précision du scénario suicidaire

Du danger : accessibilité aux moyens létal

Lorsque le RUD est très élevé, l'hospitalisation en urgence est requise.

Le risque suicidaire, majeur dans les épisodes dépressifs caractérisés, est évalué lors du bilan initial et réévalué régulièrement au cours de la prise en charge.

Le patient doit être questionné sur ses pensées suicidaires, avec tact dans un climat de confiance ; ce questionnement ne renforçant pas le risque suicidaire.

L'évaluation des idées et des intentions suicidaires doit inclure les éléments suivants :

- Le début, la durée, l'intensité, la fréquence de ces idées suicidaires ;
- L'imminence du passage à l'acte ;
- Les comportements préparatoires à la concrétisation du passage à l'acte et de ses conséquences ;
- La recherche et l'accès à des moyens létaux.

Il est recommandé de tenir compte :

- Du contexte socio-environnemental et culturel ;

- D'une situation d'instabilité ou de survenue d'événements de vie particuliers ;
- De désinsertion ou de solitude ;
- D'un entourage proche pathogène, voire une ambiance de contagiosité suicidaire.

Il est également recommandé de rechercher la présence de facteurs de protection (raisons positives de vivre, soutien social fort).

Le médecin, avec l'accord du patient, peut obtenir des informations auprès des membres de la famille, des autres professionnels de santé.

➤ **Évaluation du degré d'urgence suicidaire :**

Il est recommandé une évaluation de la crise suicidaire et de son degré d'urgence

Le risque élevé est une urgence, l'hospitalisation est recommandée, et si nécessaire, sans le consentement du patient.

En cas de risque suicidaire modéré, la décision est à prendre au cas par cas : soit une hospitalisation, soit un suivi renforcé tel que des contacts directs ou par téléphone plus fréquents, ou un recours à un avis psychiatrique.

En cas de risque suicidaire faible, il est recommandé de rester vigilant et de réévaluer le niveau d'urgence

Dépression et le risque suicidaire chez les personnes âgées sont des problèmes importants et souvent tabous. Selon le ministère des Solidarités et de la Santé en France en 2010 : 28 % des décès par suicide étaient des personnes âgées de plus de 65 ans, et ce taux a augmenté à 31 % en 2016. (2)

Les patients dépressifs sont une population à haut risque de suicide, et le dépistage de ce risque suicidaire doit être systématique dans cette population. (3)

Les médecins traitants peuvent jouer un rôle crucial dans la prévention du passage à l'acte suicidaire en étant sensibilisés aux spécificités des troubles psychiatriques de la personne âgée.(3)

Le dépistage de la dépression chez la personne âgée peut être effectué à l'aide d'échelles de dépistage de dépression du type GDS (Echelle de dépression gériatrique).(3)

Tableau 2. Degrés d'urgence suicidaire

Risque suicidaire faible	Risque suicidaire modéré	Risque suicidaire élevé (urgence)
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ est dans une relation de confiance établie avec le praticien ; ■ désire parler et est à la recherche de communication ■ cherche des solutions à ses problèmes ; ■ pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; ■ pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; ■ n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant. 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ envisage le suicide et son intention est claire ; ■ a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; ■ ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; ■ présente un équilibre émotionnel fragile ; ■ a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; ■ est isolé. 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ est décidé : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu pour les jours qui viennent ; ■ est coupé de ses émotions : il rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; ■ se sent complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; ■ a une douleur et une expression de la souffrance omniprésentes ou complètement lues ; ■ a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; ■ a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; ■ est très isolé.

Les personnes âgées représentent une population à risque de suicide, notamment chez les hommes, avec un taux multiplié par 3 à 75 ans et par 4,5 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. (4)

Les facteurs précipitants peuvent inclure des pathologies, des maladies héréditaires, des maladies somatiques ou des maladies psychiques invalidantes, ainsi que l'isolement, la perte de repères et le sentiment d'inutilité. (4)

Le taux de suicide chez les personnes âgées est élevé, notamment chez les hommes, même

si l'on note une diminution progressive au cours des 20 dernières années. Il est ainsi multiplié par 3 à 75 ans et par 4,5 à 85 ans par rapport à celui des personnes de 25 ans. Les hommes âgés se suicident plus que les femmes âgées, 4 à 6 fois plus après 75 ans. Malgré ce taux important de décès par suicide, chez les personnes âgées, ce problème est peu reconnu par l'opinion publique et les soignants. Le geste suicidaire aboutit plus souvent à la mort chez la personne âgée (1 suicide pour 2 à 4 tentatives de suicide) que chez la personne jeune (1 suicide pour 10 à 20 tentatives de suicide).(4)

L'évolution du vieillissement de la population laisse présager un risque d'augmentation du nombre de suicides parmi les personnes âgées, notamment à l'entrée dans la vieillesse de la génération née après-guerre : « les baby-boomers ». Si ce sont les hommes qui se suicident le plus, ce sont les femmes qui sont très majoritairement représentées pour les tentatives de suicide. (4)

➤ **Prévention de suicide :**

La prévention du suicide chez les personnes âgées implique une approche multimodale qui prend en compte les spécificités de ce groupe d'âge, telles que l'intentionnalité élevée et les moyens plus radicaux utilisés dans les tentatives de suicide. Les signes d'alerte doivent être identifiés, tels que les signes de dépression, l'isolement, la perte de repères, les maladies chroniques et le manque de ressources financières. Des actions complémentaires doivent être mises en place pour faire alliance autour de la personne fragile, impliquant les proches, les professionnels de santé, les intervenants sociaux et les services d'aide à domicile. Il est également important de briser le tabou et la résignation autour du suicide chez les personnes âgées, en communiquant davantage sur ce sujet et en mettant en place des numéros nationaux de prévention du suicide.

CHAPITRE II

Démarche diagnostic : (16)❖ **Critère diagnostique de dépression :**

Les critères diagnostiques conventionnels de la dépression de la personne âgée sont identiques au sujet jeune, mais ce sont surtout l'atypie et le caractère polymorphe des présentations qui doivent attirer l'attention du clinicien.

Le diagnostic de dépression chez les personnes âgées repose sur l'identification de la symptomatologie et des critères cliniques décrits dans le DSM-5. Cependant, chez les personnes âgées, la dépression peut se manifester par une démence dépressive, qui induit une grande partie de la symptomatologie de la démence, comme un ralentissement psychomoteur et une diminution de la concentration. Il est également courant que la dépression soit masquée par d'autres problèmes médicaux, comme l'hypothyroïdie, qui est plus fréquente chez les personnes âgées et provoque souvent des symptômes de dépression. De plus, la présentation de la dépression chez les personnes âgées est souvent atypique, sans symptômes classiques tels que la tristesse ou la douleur, et peut être diagnostiquée à tort comme d'autres problèmes médicaux. Il est donc important de considérer les symptômes spécifiques de la dépression chez les personnes âgées et d'utiliser des outils de diagnostic spécifiques à cette population

❖ **Démarche diagnostiques de la dépression chez une personne âgée :**

Le diagnostic de la dépression est clinique, basé sur un entretien avec le patient. Aussi la dépression est souvent sous diagnostiquée en raison d'idées reçues largement véhiculées et d'existence de nombreux tableaux atypiques.

Des échelles d'évaluation permettent de faire un repérage systématique ou apporter une aide au diagnostic. Certaines échelles sont utiles aussi pour évaluer sa sévérité et pour suivre l'effet du traitement antidépresseur (échelle de Hamilton qu'on a utilisé dans la partie pratique)

1) Des idées préconçues à éviter :

- La vieillesse est synonyme de tristesse (à son âge !)
- L'anhédonie est assimilée à de la sagesse
- Le sentiment d'inutilité est associé à un vieillissement normal
- La perte d'intérêt est considérée comme normale chez le sujet âgé
- Les plaintes somatiques sont mises sur le compte des comorbidités

2) Recherche d'antécédents de dépression :

La recherche d'antécédents de dépression doit être systématique pour faire la part entre une maladie dépressive ancienne avec récurrence (trouble bipolaire ou unipolaires) et la survenue tardive d'une maladie dépressive, en effet, leur physiopathologie et psychopathologie sont différentes, de même que leur prise en charge

3) Examens complémentaires.

Bilan des comorbidités et bilan pré-thérapeutique

1. Bilan biologique

Ionogramme sanguin, créatininémie, urémie, hémogramme, bilan hépatique complet (ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubinémie totale et conjuguée), TP, TSH, bilan phosphocalcique, albuminémie, CRP, bilan d'une anomalie lipidique (cholestérol total, HDL-cholestérol, LDL-cholestérol, triglycérides), glycémie à jeun, vitamines sanguines B12, folates, sérologies selon le contexte : sérologie Lyme, TPHA-VDRL, VHB, VHC, VIH après accord.

2. ECG

3. IRM cérébrale

Séquences FLAIR, volume T1 (reconstruction dans le plan hippocampique +/- Coro T2), T2*, diffusion :

- Recherche d'une leucopathie vasculaire sus et sous-tentorielle (échelle de Fazekas)
- Recherche d'une atrophie hippocampique (échelle de Scheltens)
- Recherche d'une atrophie corticale/sous-corticale
- Recherche de stigmates hémorragiques
- Recherche d'hydrocéphalie.

4. Autres examens à discuter selon orientation clinique

EEG, scintigraphie cérébrale de perfusion, DAT-scan, PL avec biomarqueurs, etc.

❖ **Diagnostic de la dépression chez les sujets âgés :**

Pour diagnostiquer la dépression chez les sujets âgés, il est essentiel d'utiliser des outils d'évaluation adaptés à cette population. Plusieurs méthodes peuvent être employées, notamment :

Questionnaires auto-administrés : Les questionnaires auto-administrés sont des outils privilégiés pour le dépistage des troubles dépressifs chez les sujets âgés. Ils permettent une évaluation initiale des symptômes dépressifs.

Échelles d'évaluation par observateur : Ces échelles sont utilisées pour enregistrer l'intensité des symptômes dépressifs, ce qui est crucial pour évaluer l'efficacité des mesures thérapeutiques dans le suivi des patients âgés.

Entretiens standardisés structurés : Ces entretiens, en raison de leur haute spécificité, sont souvent utilisés dans le cadre de protocoles de recherche pour l'évaluation des symptômes dépressifs de manière approfondie.

Outils spécifiques multidimensionnels ou unidimensionnels : Pour évaluer les symptômes dépressifs, notamment en cas de démence, des outils spécifiques comme le NPI (Neuropsychiatric Inventory) ou des échelles comme l'échelle de Cornell sont préférés.

En résumé, le diagnostic de la dépression chez les sujets âgés repose sur l'utilisation de questionnaires, d'échelles d'évaluation et d'entretiens structurés adaptés à cette population. Ces outils permettent une évaluation précise des symptômes dépressifs, essentiels pour une prise en charge adéquate des troubles dépressifs chez les personnes âgées.

Particularités cliniques de la dépression chez le sujet âgé :

- Tristesse et anhédonie moins souvent exprimées, voire déni des sentiments de dépression
- Hostilité et irritabilité
- Anxiété et un ralentissement psychomoteur plus fréquents
- Plaintes somatiques non expliquées par une pathologie médicale non psychiatrique fréquentes
- Présence d'idées délirantes de préjudice, de ruine et d'incurabilité fréquentes
- Conduites régressives
- Idées hypochondriaques
- Atteinte cognitive principalement attentionnelle et de la concentration

- Risque suicidaire très élevé

Echelle de dépression :

- Echelle de dépression gériatrique
 - Version originale (30 items) ou abrégée (15 ou 4 items)
 - En auto-questionnaire
 - Le plus souvent utilisée chez le sujet âgé
 - Objectif : repérage d'un état dépressif (pas le diagnostic)
 - Par validée chez les sujets ayant des troubles cognitifs avec MMSMS
- Echelle de dépression Montgomery et Asperg et échelle de dépression Hamilton

Outils d'hétéroévaluation aide ou diagnostic de dépression et de sévérité.

- Echelle de Cornell, basée sur l'observation du comportement, pour aider les cliniciens à porter le diagnostic de dépression chez les malades atteints de démence.

Critères diagnostiques de l'état dépressif :

Caractérisé selon le DSM-5 :(17)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observé par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.
- 2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

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

L'état dépressif majeur ou caractérisé tel que défini dans DSM5 représente environ 12% des dépressions du sujet âgé

Il n'existe pas de critères diagnostiques spécifiques à la personne âgée, non plus que de critères spécifiques de dépression au cours d'autres maladies (par exemple dépression et maladie neurovégétative)

Classification CIM11 : (18)

La classification internationale des maladies CIM- publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé OMS.

Épisodes dépressifs :

- Épisode dépressif léger
- Épisode dépressif moyen
- Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- Autres épisodes dépressifs
- Épisode dépressif, sans précision

La CIM-11 classe les épisodes dépressifs selon la durée, la sévérité et la nature des symptômes.

Dans la CIM-11 la dépression, appelée épisode dépressif, se définit par un certain nombre de symptômes, présents toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines :

Troubles dépressifs :

- Symptômes majeurs : humeur dépressive, tristesse, perte d'intérêt ;
- Fatigue ou perte d'énergie ;
- Trouble de l'appétit (avec perte ou prise de poids)
- Troubles du sommeil (perte ou augmentation) ;
- Ralentissement ou agitation psychomotrice ;
- Sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi ;
- Sentiment de culpabilité inappropriée ;
- Difficultés de concentration ;

- Idées noires, pensées de mort, comportement suicidaire.

Episode dépressif léger :

Au moins 2 des 3 symptômes suivants, présents pratiquement toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines :

- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour la personne ;
- Perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

Episode dépressif moyen :

Au moins 6 symptômes listés

Plusieurs de ces symptômes ont une intensité sévère et la personne a des difficultés importantes pour mener à bien ses activités professionnelles, sociales ou familiales.

Episode dépressif sévère :

Au moins 8 symptômes listés

La personne est incapable de poursuivre l'ensemble de ses activités habituelles. Peut être associé à des symptômes psychotiques (idées délirantes d'indignité, de maladie physique ou de désastre imminent, hallucinations auditives de dérision ou de condamnation) au maximum une stupeur dépressive. Les symptômes psychotiques augmentent le risque suicidaire et le risque de récurrences dépressives.

Troubles dépressifs récurrents :

On parle de troubles récurrents lorsque plusieurs épisodes dépressifs surviennent en l'absence d'épisodes distincts d'excitation (trouble bipolaire). Chaque épisode a une durée moyenne d'environ six mois à un an.

Si la dépression est traitée, l'épisode est plus court et évolue vers la disparition de l'ensemble des symptômes ou la persistance de quelques symptômes résiduels, indices d'une évolution générale moins favorable.

- Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour la personne ;
- Perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

- Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

A cela s'ajoutent au moins un ou deux des symptômes listés (donc en tout, un minimum de 4 symptômes pour atteindre le niveau du diagnostic). Aucun des symptômes n'est sévère.

Ce type d'épisode peut s'accompagner de détresse et de difficultés pour mener à bien les activités sociales et professionnelles.

Tableau atypique :

A. Dépression masquée : plaintes somatiques au premier plan (dyspnée, dlr abdominale, oppression thoracique, dlr musculosquelettique) alors que la souffrance psychique en particulier la tristesse n'est pas exprimée par le patient.

Dépression à masque confusionnel ou hypocondriaque

- Plaintes somatiques nombreuses
- Anxiété importante
- Revendication vis-à-vis des soins car les sujets âgés ne se sentent pas entendus
- Syndrome confusionnel
- Incapacité d'élaboration cognitive du mal-être existant

Dépression délirante ou à caractéristique psychotique

- La dépression est une complication et/ou un mode d'expression des psychoses tardives
- Régression psychique
- Risque majeur de syndrome de glissement ou mélancolie
- Idées délirantes congruentes à l'humeur
- Préjudice, persécution, jalousie
- Mécanisme interprétatif, imaginatif rarement hallucinatoire
- Contact méfiant, quérulant voire agressif
- Syndrome de Cotard

Dépression anxieuse • État de perplexité anxieuse

- Comportement inhibé
- Prépondérance des ruminations
- Angoisse à réaliser les actes de la vie quotidienne, source de désapprentissage et de

dépendance

- Angoisses à prédominance matinale
- Plainte mnésique

Dépression à masque hostile • Irritabilité, susceptibilité, coléreux, querelleur

- Contact hautement méfiant
- Hétéro-agressivité
- Hypersensibilité aux stimuli avec réponse agressive
- Idées de culpabilité et autodépréciation secondaires voire absentes Déception de soi et des autres devenant source de colère
- Anxiété, récriminations, agitation hostile, refus de soins et agressivité souvent dirigée contre l'entourage direct du patient. Notion importante de modifications récente du comportement en faveur de la dépression. Prise en charge souvent difficile.

Dépression conative • Survient vers les 85 ans

- Syndrome amotivationnel prédominant
- Émoussement affectif et relationnel
- Sentiment d'inutilité, attitude résignée « ce que je fais ne compte pas », «à quoi bon»
- Apathie, anhédonie, négligence de soi
- Régression, dépendance
- Syndrome de la moule et du rocher

Dépression pseudo-démentielle • Désorientation temporo-spatiale

- Troubles mnésiques, difficultés attentionnelles
- Agitation, déambulation, mutisme
- Régression, dépendance
- Dépression et démence ont un lien important

Devant un état démentiel, une épreuve thérapeutique par antidépresseur peut aider au diagnostic différentiel d'avec une démence débutante

B. Dépression avec plainte mnésique :

La plainte mnésique est un symptôme de dépression chez sujet âgé, qui représente un

diagnostic différentiel avec trouble neurocognitif

- C. Dépression sévère* : elle justifie une prise en charge spécialisée la plupart du temps en hospitalisation en raison du risque d'évolution rapidement défavorable.
- D. Dépression mélancolique* : prostration, un mutisme ou une passivité extrême ou un refus de participer aux sollicitations d'environnement, refus de manger ou refus de traitement urgence psychiatrique car évolution rapide vers une perte d'autonomie sévère et/ou de décompensation somatique sur un terrain polypathologique
- E. Dépression délirante* : délire de tonalité triste, congruent à l'humeur avec pour thème des idées d'incurabilité, de ruine, de persécution, ou encore de négation d'organes (syndrome de Cotard), fait discuter les dg de trouble neurocognitifs avec manifestation délirante ou état psychotiques à début tardif, et justifier d'une prise en charge rapprochée et d'un suivi prolongé.

Dépression et démence : (19)

- Dépression fréquente au cours d'une maladie neurodégénérative (45% en cas de MA).
- Partagent plusieurs symptômes (apathie, anhédonie, ralentissement idéomoteur, irritabilité, agitation, agressivité, déambulation, perte de poids, insomnie) avec risque de retard diagnostique ou de diagnostic par excès.

Distinction entre dépression et maladie d'Alzheimer : (20)

- **La dépression :**
 - Etat affectif : tristesse, culpabilité, auto dévalorisation, inutilité
 - Ralentissement psychomoteur : global sur toutes les activités, inexpressivité du visage
 - Anhédonie : globale, massive, constante
 - Etat émotionnel : émotions négatives amplifiées
 - Perte de poids : précoce, massive, liée à l'anorexie
 - Trouble de sommeil : précoce, insomnie d'endormissement ou réveils matinaux précoces
 - Plaintes somatiques : nombreuses
- **Maladie d'Alzheimer :**
 - Etat affectif : superficiel, labile
 - Ralentissement psychomoteur : pour les activités intellectuelles complexes

- Anhédonie : tardive
- Perte d'élan vital : le plaisir pour les activités simples est maintenu
- Etat émotionnel : longtemps préservé fluctuant dans le temps
- Perte de poids : tardive liée à l'évolution de la maladie
- Trouble de sommeil : tardifs, non constants, inversion du rythme veille-sommeil
- Plaintes somatiques : rares

Syndrome de glissement :

Syndrome de glissement survient chez les personnes âgées, plus souvent fragiles et polypathologiques, majoritairement après 80 ans.

Ce syndrome caractérisé par son déclenchement brutal, généralisé et rapide de l'état physique et psychique de la personne âgée

Celle-ci s'affecte sur elle et perd le goût de vivre.

Il est fréquent de confondre le syndrome de glissement avec la dépression, il s'agit d'ailleurs d'une forme avancée d'état dépressif divers symptômes caractéristiques permettent de poser un diagnostic : une passivité extrême, un comportement de replis sur soi, un mutisme, un désir extrême de mourir ou encore une clinophilie.

CHAPITRE III

Prise en charge de la dépression du sujet âgé :

Il existe plusieurs recommandations qui codifient la prise en charge de la dépression caractérisée du sujet âgé. Elles abordent notamment les traitements médicamenteux, les mesures non médicamenteuses (21) toute en commençant par l'information du diagnostic de la dépression.

Elles traitent principalement de la dépression de l'adulte, mais exposent tout de même quelques points spécifiques concernant les personnes âgées dépressives. Elles sont concordantes avec les guides de pratiques britanniques et canadiens.

Nous allons en rappeler les principaux éléments.

1) Informer du diagnostic de la dépression

- ❖ Faire le diagnostic de la dépression.
- ❖ Faire l'annonce au patient pour optimiser son adhésion au traitement.
- ❖ Annoncer de manière anticipée que le délai d'efficacité du traitement qui sera introduit sera retardé chez le sujet âgé (10jours à 6 semaines).

2) Les mesures médicamenteuses :

A- Les antidépresseurs (22)

★L'objectif du traitement antidépresseur : est d'obtenir une rémission complète.

a) Place de l'antidépresseur dans la stratégie thérapeutique :

Pour la dépression unipolaire caractéristique, le choix de la stratégie thérapeutique repose sur l'évaluation de l'intensité de l'épisode dépressif d'une part et sur les antécédents dépressifs du patient (épisodes isolés ou récurrence) d'autre part. Selon les recommandations de l'AFSAPS sur le bon usage des antidépresseurs (23,24), les épisodes dépressifs caractérisés par une intensité légère ne doivent pas être traités par des antidépresseurs de première intention. Il est recommandé d'apporter un soutien psychologique au patient et de le revoir (par exemple 15 jours) pour suivre l'évolution des symptômes. En revanche, dans les épisodes dépressifs caractérisés par une intensité modérée ou sévère, le traitement antidépresseur est considéré comme un traitement de première intention (23). Une méta-analyse d'essais contrôlés randomisés publiée par Cochrane en 2001 (25) a démontré que les antidépresseurs tricycliques, les ISRS et l'IMAO-A étaient significativement plus efficaces que les autres médicaments dans le traitement de la dépression chez le sujet âgé.

Les recommandations britanniques (26) proposent les mêmes options de traitement. Lors du premier épisode dépressif léger, le rapport bénéfice-risque des antidépresseurs est jugé défavorable. Des soins psychosociaux de faible intensité seront fournis en première intention. Pour la dépression modérée ou sévère, un traitement antidépresseur associé à une psychothérapie telle qu'une thérapie cognitivo-comportementale ou une thérapie interpersonnelle est recommandée comme traitement de première intention. La proposition américaine (27) est similaire.

b) Principes généraux de la prescription d'un antidépresseur pour une meilleure efficacité (NICE 2009) :

- Informer le patient du diagnostic et mettre en place un "contrat" thérapeutique.
- Discuter du choix de l'antidépresseur avec le patient.
- Informer le patient sur :
 - ❖ L'effet progressif mais retardé de l'action du traitement.
 - ❖ L'importance de prendre le traitement même après la rémission des symptômes.
 - ❖ De possibles effets secondaires et des interactions médicamenteuses.
- Réévaluer très régulièrement la réponse au traitement et les effets indésirables.
- Ne pas prescrire des doses infra-thérapeutique.
- Réévaluer l'observance.

c) Section des classes d'antidépresseur :

Les antidépresseurs sont habituellement divisés en cinq catégories (Annexe 2) :

- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (SNIRS)
- L'imipramine, tricyclique ou non tricyclique.
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non pour les MAO-A,
- "Autres antidépresseurs" (Miansérine, Mirtazapine, Tianpentine **et** Agomélatine).

Selon une méta-analyse de Mottram PG publiée par Cochrane en 2009, il n'y avait pas de différence significative dans l'efficacité de l'imipramine et des ISRS chez les patients de plus de 55 ans bénéficiant d'un traitement ambulatoire pour dépression. Il n'a pas été démontré qu'une classe d'antidépresseurs a un délai d'action plus court qu'une autre classe d'antidépresseurs (24,28).

D'autre part, le risque d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses dans les différentes classes de traitement doit être pris en compte lors du choix d'un traitement

antidépresseur, en particulier chez les personnes âgées.

Les effets indésirables les plus fréquents des antidépresseurs sont liés à différentes classes d'effets pharmacologiques (23) :

Pour les ISRS :

- Troubles digestifs (nausées, vomissements) liés à la stimulation sérotoninergique, notamment en début de traitement.
- Syndrome dans lequel une hyponatrémie survient en raison d'une sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (souvent aggravée par l'utilisation concomitante de diurétiques ou d'autres traitements hyponatrémiques).

Plusieurs études ont montré que l'hyponatrémie, quelle que soit sa gravité, est associée à un risque significativement accru de chutes traumatiques chez les patients de plus de 65 ans, même en cas d'hyponatrémie légère a priori asymptomatique (29).

- Allongement de l'intervalle QT, notamment avec l'escitalopram et le citalopram. L'allongement de l'intervalle QT peut provoquer des torsades de pointes, pouvant entraîner une syncope et une fibrillation ventriculaire parfois mortelle. L'allongement de l'intervalle QT avec les ISRS dépend de la dose et nécessite une surveillance ECG périodique. Pour les patients de plus de 65 ans, la dose maximale autorisée d'escitalopram est réduite à 10 mg par jour et la dose maximale autorisée de citalopram est réduite à 20 mg par jour. De plus, les deux médicaments sont contre-indiqués chez les patients présentant des intervalles prolongés acquis ou congénitaux.

QT. Ils sont à utiliser avec précaution chez les sujets à haut risque de torsade de pointe comme par exemple ceux présentant une insuffisance cardiaque congestive ou un infarctus du myocarde récent. Il est également contre-indiqué d'associer ces ISRS avec d'autres médicaments connus pour induire des allongements du QT (comme l'amiodarone, le sotalol, les macrolides, la dompéridone, l'ébastine, le salbutamol...) ou avec des traitements induisant une hypokaliémie (comme certains diurétiques) ou une bradycardie (30).

- Hypertension artérielle
- Abaissement du seuil épileptogène, rendant l'utilisation des ISRS parfois risquée chez les patients avec des séquelles vasculaires cérébrales ou chez les sujets déjà traités avec d'autres médicaments abaissant aussi ce seuil.
- Tremblements, fasciculations, syndrome des jambes sans repos

- Effets sérotoninergiques : nausées, vomissements, diarrhée, hypersudation, céphalées, agitation, insomnie, somnolence, vertiges, tremblements, asthénie, syndrome sérotoninergique.

Pour les IRSNa :

- Hypertension artérielle sous venlafaxine.
- Abaissement du seuil épiléptogène
- Effets sérotoninergiques
- Allongement du QT sous venlafaxine, trouble du rythme cardiaque (30).

Pour les imipraminiques :

- Effets anticholinergiques périphériques : constipation, tachycardie, bouche sèche, rétention urinaire (contre-indication en cas d'hypertrophie bénigne de la prostate), glaucome aigu.
- Effets anticholinergiques centraux : confusion, aggravation des troubles cognitifs.
- Effets « quinidine-like » et antagonistes adrénérgiques alpha-1 : hypotension orthostatique induisant un risque de chute, troubles du rythme cardiaque, trouble de conduction auriculo-ventriculaire (d'où la nécessité d'un ECG avant toute prescription).
- Effets des antihistaminiques H1 : Sédation, prise de poids.
- Seuil d'épilepsie abaissé.
- Tremblements dose-dépendants, dysarthrie Les antidépresseurs tricycliques présentent un risque élevé d'effets secondaires, leur utilisation chez les personnes âgées est donc limitée. Ils font également partie de la liste Laroche ML. Concernant les médicaments potentiellement inappropriés qui devraient être évités en gériatrie en raison de leurs effets anticholinergiques et cardiaques graves (31).

Pour les IMAO :

- Hypotension orthostatique.
- Effet « fromage » sous iproniazide, qui correspond à une hypertension artérielle majeure et brutale suite à l'ingestion de certains aliments contenant de la tyramine (fromage, foie, framboise,), nécessitant un régime alimentaire contraignant. Pour la Miansérine :

- Somnolence, prise de poids
- Agranulocytose (rare) aiguë, réversible à l'arrêt du traitement.

La surveillance de la NFS est donc nécessaire en début de traitement.

Pour la Mirtazapine : Pour la Tianeptine : Pour l'Agomélatine :

- Somnolence, sécheresse de la bouche, prise de poids
- Hypotension orthostatique.
- Hépatite (rare).
- Hépatite (rare), d'où la nécessité d'un suivi biologique hépatique durant le traitement et la contre-indication chez les patients dont les transaminases sont supérieures à 3 fois la normale. En outre, l'agomélatine ne doit pas être prescrit chez les patients âgés de 75 ans et plus, pour lesquels le bénéfice de ce médicament n'a pas été démontré. De plus, le syndrome sérotoninergique est un effet indésirable rare mais grave et parfois mortel.

La prescription d'un antidépresseur expose également le patient au risque d'interaction médicamenteuse avec le reste de son traitement. Par exemple, un traitement par ISRS ou par venlafaxine peut entraîner une augmentation de l'effet des anticoagulants oraux anti-vitamine K (AVK) et un risque hémorragique (23). Les recommandations de l'association des psychiatres du Canada soulignent que les ISRS influencent aussi le système iso-enzymatique du cytochrome P450, d'où le risque important d'interactions médicamenteuses (32). De plus, la toxicité en cas de surdosage volontaire ou involontaire doit être prise en considération lors du choix du médicament. Par exemple, les tricycliques et la venlafaxine exposent à un risque mortel en cas d'overdose (26). En somme, dans son rapport sur le bon usage des antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs de l'adulte (23), l'AFSSAPS recommande donc de prescrire, en 1ère intention, en cas d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère en ambulatoire, un IRSR, un IRSNa, de la miansérine ou de la Tianeptine, en raison de leur meilleure tolérance et leur meilleure maniabilité.

Les tricycliques et les IMAO sont réservés aux traitements de 2ème ou 3ème intention. De plus, il est déconseillé de prescrire en 1ère intention plus d'un antidépresseur lors de l'instauration du traitement d'un épisode dépressif.

Les guidelines britanniques (26) et américains (27) recommandent également les ISRS, les IRSNA et la Mirtazapine en 1ère intention, compte tenu de la quantité d'étude clinique jugeant de leur bonne tolérance. L'utilisation des IMAO est réservée aux patients ne répondant pas aux autres

traitements.

A l'instauration de l'antidépresseur, le choix du traitement peut également être guidé par les propriétés collatérales sédatives, anxiolytiques ou stimulantes, que peuvent présenter certaines molécules, en plus de leur effet à proprement parler antidépresseur. L'effet sédatif est bénéfique chez les déprimés les plus anxieux ou insomniaques, l'effet stimulant chez les déprimés les plus ralentis. Par exemple, le pouvoir sédatif de la miansérine peut être utile en cas d'agitation anxieuse ou d'insomnie d'endormissement. De plus, il faut rappeler que, dans le cas d'une dépression récidivante, le choix de l'antidépresseur est guidé par la réponse au traitement antérieur lors du précédent épisode dépressif. Une fois l'antidépresseur choisi, il doit être prescrit à dose efficace. En effet, l'une des premières causes de non-réponse au traitement antidépresseur serait l'utilisation de posologie journalière insuffisante. Toutefois, chez le sujet âgé de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée est en général la moitié de la posologie préconisée chez l'adulte, en particulier pour les imipraminiques. Les doses peuvent ensuite être progressivement augmentées, selon l'efficacité et la tolérance du traitement (23,26).

En cas d'inefficacité d'un traitement antidépresseur, il peut être utile de rechercher un sous-dosage pharmacologique par le dosage sérique du médicament. Cela permet également de s'assurer de l'observance du traitement.

d) Suivi du patient en début de traitement :

Pas une urgence, La fréquence optimale des consultations de suivi d'un patient dépressif dépend de la sévérité des symptômes et doit être adaptée à chaque cas particulier. Toutefois, l'AFFSAPS (24) recommande une surveillance renforcée en début de traitement antidépresseur. Elle permet de suivre le malade durant cette période où le traitement n'est pas encore efficace, mais peut déjà poser des problèmes de tolérance. L'évolution clinique, le risque suicidaire, l'observance et la tolérance du traitement sont à réévaluer régulièrement. Les recommandations de l'ANAES (33) soulignent qu'un rythme de consultation au moins hebdomadaire est souvent nécessaire pendant les premières semaines. Le guide britannique de pratique clinique (26) recommande de réévaluer le patient dépressif sans risque suicidaire 2 semaines après l'introduction du traitement. Il faut rappeler que le délai d'action des antidépresseurs est de 2 à 4 semaines. Le délai d'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de 6 à 8 semaines (23). Par conséquent, l'évaluation de l'efficacité d'un traitement antidépresseur ne doit pas être trop précoce.

A l'exception des cas où l'état des patients s'aggrave, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration avant 4 semaines de traitement à posologie efficace (34).

e) Durée du traitement antidépresseur :

Selon les recommandations de l'HAS (23), le traitement d'un épisode dépressif caractérisé isolé comporte 2 phases :

- la phase aiguë (ou traitement d'attaque) :

Dont l'objectif est la rémission complète des symptômes dépressifs. Sa durée est d'environ 6 à 12 semaines (24) et correspond au délai d'obtention d'une réponse thérapeutique complète.

- la phase de consolidation, qui a pour but de prévenir la rechute, c'est-à-dire de réduire le risque de réapparition des symptômes dépressifs après le traitement. Elle doit être d'au moins 6 à 12 mois selon l'ANAES et de 4 à 9 mois selon les recommandations américaines (27). Les recommandations britanniques (26) sont similaires en termes de durée de la phase de consolidation et conseillent une durée d'au moins 6 mois après la rémission des symptômes.

La durée totale du traitement antidépresseur d'un épisode dépressif caractérisé isolé est donc d'au moins 6 mois à 1 an. En cas de trouble dépressif récurrent, l'AFSSAPS (24) recommande de prolonger le traitement.

En cas de trouble dépressif récurrent, l'AFSSAPS (24) recommande de prolonger le traitement antidépresseur en ajoutant une phase de maintenance, dont l'objectif est la prévention des récurrences (ou récurrences), c'est-à-dire de réduire le risque de survenue de nouveaux épisodes dépressifs.

D'après les recommandations britanniques (26) et canadiennes (32), le traitement antidépresseur doit être maintenu au moins 2 ans, s'il y a un risque de rechute, notamment lorsque le patient a déjà eu au moins deux épisodes récents de dépression ou s'il présente des symptômes résiduels. Chez la personne âgée, la question de l'intérêt d'une phase de maintenance est particulièrement importante, compte tenu du taux élevé de récurrences de dépression et de la fréquence des suicides.

B- Autres traitements psychotropes :

Le traitement d'un épisode dépressif caractérisé, les benzodiazépines ou autres médicaments psychotropes apparentés ne doivent pas être systématiquement associés au traitement antidépresseur, selon les recommandations de l'AFSSAPS (23), du fait de leurs effets secondaires et du risque de dépendance. Il vaut mieux utiliser un antidépresseur avec une composante anxiolytique, plutôt qu'une benzodiazépine, pour éviter les associations de psychotropes, notamment chez les personnes âgées. L'utilisation de benzodiazépines, ou apparentés, doit être réservée pour les patients présentant en début de traitement, une insomnie et/ou une anxiété très invalidante, ou si l'agitation est trop importante. Chez les patients âgés, les risques d'effets secondaires des anxiolytiques ou hypnotiques sont importants : troubles de la mémoire, baisse de vigilance voire somnolence, confusion, trouble du comportement, risque accru de chute, dépression respiratoire, ... Il existe aussi des effets paradoxaux avec désinhibition et augmentation de l'agressivité (30). Pour limiter le risque d'effets secondaires, il est préférable d'utiliser les benzodiazépines à demi-vie courte ou intermédiaire. Selon la liste de Laroche ML. (31) concernant les médicaments potentiellement inappropriés à éviter en gériatrie, les hypnotiques aux propriétés anticholinergiques (comme la Doxylamine) et les benzodiazépines à demi-vie longue (supérieure à 20 heures) sont contre-indiqués chez les personnes âgées en raison de l'augmentation du risque d'effets indésirables. De plus, l'AFSSAPS recommande d'utiliser les anxiolytiques ou hypnotiques à la dose minimale efficace (23). Laroche ML. et al.(31) proposent de limiter la posologie des benzodiazépines à demi vie courte chez les patients âgés de 75 ans et plus, à une dose inférieure ou égale à celle proposée chez l'adulte jeune. Le cumul de plusieurs médicaments à effet sédatif est également déconseillé car il potentialise les effets indésirables. L'exposition prolongée aux benzodiazépines et aux molécules apparentées expose également à un risque de tolérance pharmacologique et de dépendance psychique et physique. Pour éviter cela, la durée du traitement doit être la plus courte possible. Les anxiolytiques ou hypnotiques doivent être interrompus dès que l'anxiété et/ou l'insomnie se sont amendées du fait de l'effet de l'antidépresseur (17). Selon les dernières recommandations de l'HAS de février 2015 (35), les hypnotiques de type benzodiazépine ou apparentés ne doivent pas être prescrits plus de 4 semaines, incluant la période de diminution progressive des doses avant l'arrêt.

3) Le traitement médicamenteux :

A- Psychothérapie :

Elles sont nombreuses et recommandées pour la dépression. Seules (dépression légère à modérée) ou en affiliation à un traitement médicamenteux (dépression modérée à sévère) (36), elles peuvent être proposées systématiquement (37–41) aux vues des effets secondaires peu nombreux, et des études montrant une amélioration des symptômes dépressifs (42). L’HAS souligne le fait qu'aucune preuve ne permet de privilégier une thérapie plutôt qu'une autre. Dans les psychothérapies indiquées on retrouve :

La thérapie cognitivo-comportementale : basée sur la prise de conscience des liens entre les pensées, les émotions et les comportements. L’objectif est de changer les pensées dysfonctionnelles afin d’améliorer l’état émotionnel, et de modifier les facteurs influençant le comportement.

La psychothérapie interpersonnelle : qui est une méthode à plus court terme. Elle vise à améliorer le comportement interpersonnel en favorisant une meilleure adaptation aux rôles et aux situations.

- La psychothérapie de soutien :
Cette approche, centrée sur le présent, mise sur la capacité de la personne à comprendre ses difficultés, à trouver ses propres solutions et à apporter les changements adaptés.
- La psychothérapie analytique, qui correspond à une démarche plus longue. Elle fait appel au concept de l’inconscient. Les difficultés présentes sont considérées comme ayant leurs origines dans les conflits irrésolus de l’enfance. L’objectif est de prendre conscience de l’influence des conflits inconscients sur le fonctionnement actuel, afin de s’en dégager.

Concernant la durée de la psychothérapie, les recommandations françaises ne donnent pas d’indication, contrairement aux recommandations britanniques (39) qui préconisent une durée de 3 à 4 mois pour la psychothérapie cognitivo-comportementale ou la psychothérapie interpersonnelle.

B- Activité physique et mode de vie :

Dans leur article, Glover et Srinivasan (43) soulignent le fait qu'une bonne condition physique et psychique ainsi qu'une activité sociale récurrente favoriserait un équilibre psychologique (44) et seraient un " remède " à la dépression.

On pourrait donc envisager de prévenir certains diagnostics de dépression en encourageant les patients âgés à maintenir une activité physique adaptée ainsi que des interactions sociales.

En effet, les différentes recommandations (36) préconisent une certaine hygiène de vie.

Dans certains articles trouvés, l'activité physique est conseillée pour permettre une meilleure synchronisation du rythme biologique (37) et aurait un rôle important dans le vieillissement et la sensation de bien-être psychologique.

De plus dans leur revue, Rhyner et Watts (33) démontrent que l'exercice physique seul est supérieur à l'absence de traitement pour l'amélioration des symptômes dépressifs.

C- Sismothérapie (Electro thérapie au ECT) :

- Indiquée dans les dépression sévères, résistantes ou mélancolique.
- Efficacité comparable voir supérieure à celle des antidépresseurs.
- Intérêt d'une association à un antidépresseur (prévention des rechutes)
- Contre-indications rares et liées à l'anesthésie générale.
- Bonne tolérance.
- Principaux effets secondaires : confusion.
- Trois séances par semaine jusqu'à efficacité maximale puis, si besoin, séances d'entretien sur une période de 6mois.
- Difficultés d'accès, réticences des médecins.

D- Autres pistes :

Nos équations de recherche nous ont permis de trouver d'autres pistes intéressantes :

- Les interventions corps-esprit (45) :

Représentées ici par la méditation et le Tai-chi. L'avantage est qu'elles sont peu onéreuses, bien tolérées et qu'une amélioration significative des symptômes dépressifs et anxieux serait recouvrée.

- La musicothérapie (46) :

Dans cette revue, il a été observé que ces interventions auraient des effets de qualité moindre sur les symptômes dépressifs chez les sujets atteints de troubles neurocognitifs.

On peut facilement appréhender une résultante plus probante de ce genre de thérapie chez les patients âgés sans trouble cognitif. Elle peut néanmoins participer à la réduction de l'agitation, l'agressivité et de l'errance (47).

4) Antidépresseurs et HTA :

L'hypertension artérielle est un facteur de risque cardiovasculaire bien établi (48,49) principalement essentielle mais parfois une cause secondaire est retrouvée : maladie du parenchyme rénal, sténoses des artères rénales, hyperaldostéronisme ou phéochromocytome peuvent ainsi être suspectés. Cependant, les professionnels de santé évoquent moins fréquemment une cause iatrogène médicamenteuse. (50)

La prise en charge de la dépression a beaucoup évolué ces dernières années avec l'apparition successives des antidépresseurs, de l'imipramine à la Vortioxétine. Aussi, la maladie dépressive apparaît chez de nombreux patients ayant une HTA non contrôlée en comparaison à la population normo tendue (51).

Les ADs ont des mécanismes d'actions différents pouvant expliquer leur lien avec l'HTA (52)

Les IRS inhibent les transporteurs sérotoninergiques, provoquant une augmentation de la concentration extracellulaire de sérotonine et provoquant ainsi une vasoconstriction et inhibent la synthèse de monoxyde d'azote (un vasodilatateur physiologique). (53) (54)

En plus de ces mécanismes d'action communs avec les IRS, les IRSNA, dont la venlafaxine et les tricycliques, causent une élévation de la pression artérielle par leur mécanisme noradrénergique.

Par ailleurs, les IMAOs et les tricycliques provoqueraient une HTA par activation du système nerveux sympathique (55).

Le profil de sécurité d'emploi des ADs est assez différent d'une classe à l'autre.

Dans ce contexte, les IRS sont considérés comme les traitements de première intention puisque potentiellement moins à risque d'EI.

PARTIE PRATIQUE

La sémiologie :

Symptômes de la dépression chez le sujet âgé :

Symptômes présents chez le sujet jeune et le sujet âgé :

- Tristesse, douleur morale.
- Pessimisme, désespoir.
- Sentiment d'inutilité, mésestime de soi.
- Anhédonie ou incapacité à ressentir du plaisir.
- Perte d'intérêt pour les activités de la vie quotidienne.
- Ralentissement idéomoteur.
- Anorexie, perte de poids.
- Trouble du sommeil (endormissement tardif ou réveil précoce).

Symptômes spécifiques à la personne âgée :

- Irritabilité, agressivité, agitation, colère.
- Opposition ou comportement de refus (alimentation, soins, traitement).
- Démotivation.
- Sentiment d'inutilité, d'être une charge.
- Sentiment d'impuissance.
- Repli sur soi, prostration, isolement.
- Sensation douloureuse de vide intérieur.
- Angoisse matinale.
- Troubles de la concentration.
- Plaintes mnésiques.
- Dépendance fonctionnelle.
- Somatisations (douleurs, dyspnée...), hypocondrie.
- Symptômes devant faire rechercher une dépression chez un sujet âgé.
- Instabilité, agressivité, colère
- Somatisations fréquentes
- Démotivation, ennui, sensation de vide intérieur
- Replis sur soi, isolement

- Angoisses à prédominance matinale
- Confusion
- Dépendance à un tiers
- Plainte mnésique
- Impression d'inutilité
- Suicide programmé, abouti

Examen mentale du sujet âgé :

Un examen de l'état mental utilise l'observation et les questions afin d'évaluer plusieurs domaines du fonctionnement mental, dont :

- Parole
- Expression émotionnelle
- Pensée et perception
- Fonctions cognitives

Des questionnaires de dépistage brefs et standardisés sont disponibles pour évaluer certaines composantes de l'état mental, dont ceux spécifiquement destinés à évaluer l'orientation et la mémoire. Ces évaluations standardisées utilisées lors d'une consultation de routine pour dépister les patients peuvent permettre d'identifier les symptômes les plus importants et de fournir une base de référence pour mesurer la réponse au traitement. Cependant, les questionnaires de dépistage ne peuvent pas remplacer un examen élargi et détaillé de l'état mental.

L'aspect général doit être évalué pour dépister les éléments révélateurs de pathologies sous-jacentes. Par exemple, l'aspect des patients peut aider à déterminer s'ils ne sont pas en mesure de prendre soin d'eux-mêmes (p. ex., ils apparaissent sous-alimentés, échevelés ou habillés de façon inappropriée au temps ou ont une odeur corporelle importante) ne peuvent pas ou ne veulent pas se conformer aux normes sociales (p. ex., ils sont vêtus de vêtements socialement inappropriés), ont utilisé des substances ou ont fait une tentative d'automutilation (p. ex., ils ont une odeur d'alcool, des cicatrices suggérant une prise de drogues par injection IV ou une blessure auto-infligée)

Le langage peut être évalué en notant la spontanéité, la syntaxe, le flux et la sonorité. Un patient qui présente une dépression parlera lentement et doucement, alors qu'un patient présentant un état maniaque parlera vite et fort. Des anomalies comme la dysarthrie et l'aphasie peuvent témoigner d'un problème physique sous-jacent tels qu'une blessure à la tête, un accident vasculaire

cérébral, une tumeur cérébrale ou une sclérose en plaques.

L'expression émotionnelle peut être évaluée en demandant au patient de décrire ses sentiments. Le timbre de la voix, la posture, la gestuelle des mains, les expressions faciales, seront pris en compte. L'humeur (état émotionnel rapporté par le patient) et l'affect (expression par le patient de l'état émotionnel observé par l'intervieweur) doivent être évalués. L'affect et son domaine d'expression (c'est-à-dire, complet versus restreint) doivent être notés ainsi que l'adéquation de l'affect au contenu de la pensée (p. ex., le patient souriant en discutant d'un événement tragique).

La pensée et les perceptions peuvent être évaluées en notant non seulement ce qui est communiqué, mais également la manière dont cela est communiqué. Un contenu anormal peut prendre les formes suivantes :

Un délire (fausses croyances fixées)

Des idées de référence (le fait que les événements quotidiens ont une signification ou une importance spéciale pour le patient ou adviennent spécialement à cause de, ou pour, le patient)

Obsessions (pensées, pulsions ou images récurrentes, persistantes, non désirées et intrusives)

Le médecin peut apprécier la cohérence des idées, leur pertinence, les transitions logiques de l'une à l'autre. Les patients psychotiques ou maniaques peuvent avoir des pensées désorganisées ou une fuite des idées.

Les fonctions cognitives comprennent les fonctions suivantes du patient :

- Niveau de vigilance
- Attention ou concentration
- Orientation dans le temps, l'espace et par rapport aux autres
- Mémoire immédiate, à court et à long terme
- Raisonnement abstrait
- Perspicacité
- Jugement

Les anomalies de la cognition surviennent le plus souvent avec une confusion ou une démence ou avec une intoxication par des substances ou leur sevrage, mais peuvent également se produire en cas de dépression.

L'évaluation de la dépression chez les sujets âgés :

Partie pratique

Il s'agit d'une question cruciale et complexe en raison de la forte prévalence de la dépression dans cette population et du chevauchement fréquent des symptômes dépressifs avec ceux du vieillissement et d'autres conditions médicales. Les résultats de la recherche fournissent des informations sur divers outils et méthodes d'évaluation pour détecter la dépression chez les personnes âgées, ainsi que sur l'importance d'un dépistage ciblé et d'une prise en charge personnalisée.

L'échelle de dépression gériatrique (GDS) est un outil largement utilisé pour détecter la dépression chez les personnes âgées. Il est disponible en différentes versions, dont une version courte (mini-GDS) à 4 items, qui peut s'avérer particulièrement utile pour un premier dépistage systématique. Le GDS est un outil efficace pour détecter la dépression, mais il peut ne pas convenir aux personnes souffrant de déficiences cognitives.

Les résultats de la recherche soulignent également l'importance d'une évaluation globale et multidisciplinaire pour la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées, prenant en compte les spécificités de cette population et l'impact potentiel sur la capacité fonctionnelle, la qualité de vie et le risque de suicide.

En résumé, l'évaluation de la dépression chez la personne âgée nécessite l'utilisation d'outils et de méthodes appropriés, prenant en compte les spécificités de cette population et l'importance d'une prise en charge globale et personnalisée. Le mini-GDS, le BDI et le MADRS sont des exemples d'outils d'évaluation qui peuvent être utilisés, chacun avec ses propres avantages et limites.

Pourquoi la dépression des personnes âgées est-elle souvent négligée et mal traitée ?

La dépression peut être difficile à cerner chez les personnes âgées pour plusieurs raisons. Les personnes âgées sont peu enclines à parler de leurs symptômes psychologiques ou de leurs difficultés, et elles tendent à communiquer leur détresse psychologique en faisant part surtout de leurs symptômes physiques. Plusieurs symptômes de dépression (par exemple, problèmes de sommeil, fatigue et perte d'énergie) sont communs à l'âge adulte avancé, et comme tels, ils tendent à être attribués au vieillissement normal. Aussi, le mythe qu'il est normal pour les personnes âgées de ressentir de la dépression à un certain degré conduit à négliger les cas de réelle dépression clinique.

Echelle de dépression Gériatrique (GDS) :

Echelle de dépression de Hamilton

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles)
- Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi
- Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :
 - de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
 - de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
 - au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères
- Cet examen donne lieu à une notation CCAM : Code = ALOP003 - Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an

Remplissez le questionnaire ci-dessous.

Le sigle "V" au dessus des numéros de questions permet de faire monter la page sans avoir à utiliser les barres de défilement. Arrivé en fin de questionnaire vous trouverez l'analyse des réponses (note globale, interprétation) ainsi que le rappel des réponses apportées aux 17 questions.

Vous pourrez - sélectionner le texte du rapport final pour le copier puis le coller dans votre dossier (bouton Sélectionner)
 - imprimer un compte-rendu intégrant le nom du patient, votre cachet et signature (bouton Imprimer)

Le Test

V

1. Humeur dépressive:

La personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto-dépréciation ?

- Non
- Oul. Etats affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir)
- Oul. Etats signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).
- Oul. Etats communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).
- Oul. La personne ne communique **pratiquement que** ces états affectifs verbalement et non verbalement.

V

2. Sentiments de culpabilité de la personne

- N'a pas de sentiments de culpabilité
- S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
- Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables
- La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

V

3. Suicide

- N'a pas d'idée suicidaire
- A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- Idées ou geste de suicide
- Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)

V

4. Insomnie de début de nuit

- Pas de difficulté à s'endormir
- Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir
- Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

V

5. Insomnie en milieu de nuit

 11-15 points: dépression grave

Echelle de dépression de Hamilton :

- Pas de difficulté
- Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit
- Se réveille pendant la nuit (coûter toutes les fois où le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)

V

6. Insomnie du matin

- Pas de difficulté
- Se réveille de très bonne heure mais se rendort
- Incapable de se rendormir s'il se lève

V

7. Travail et activités

- Pas de difficulté
- Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations. (à l'impression de devoir se forcer)
- Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
- A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

V

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration et de l'activité motrice)

- Pensée et langage normaux
- Léger ralentissement à l'entretien
- Ralentissement manifeste lors de l'entretien
- Entretien difficile
- Entretien impossible (état de stupeur)

V

9. Agitation

- Aucune
- Crispations, secousses musculaires
- Joue avec ses mains, ses cheveux...
- Bouge, ne peut rester assis tranquille
- Se tord les mains, se ronge les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

V

10 Anxiété psychique

- Aucune
- Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité
- Symptômes modérés - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
- Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
- Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions

V

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation ...)

- Aucun de ces symptômes
- Symptômes légers
- Symptômes modérés

- Symptômes sévères
- Symptômes très invalidants trappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

V

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- Aucun symptôme
- Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé
- A des difficultés à manger en l'absence d'incitations.
Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux

V

13. Symptômes somatiques généraux

- Aucun
- Lourdeur dans les membres, le dos et la tête.
Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.
- Un des symptômes apparaît clairement

V

14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- Absents
- Légers
- Sévères

V

15. Hypochondrie

- Absente
- Attention concentrée sur son propre corps
- Préoccupations sur sa santé
- Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...
- Idées délirantes hypochondriaques

V

16. Perte de poids

- A: D'après les renseignements apportés par le malade
- Pas de perte de poids
 - Perte de poids probable
 - Perte de poids certaine
- B: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant
- Perte inférieure à 500g par semaine
 - Perte supérieure à 500g par semaine
 - Perte supérieure à 1 kg par semaine

V

17. Prise de conscience

- Reconnaît être déprimé et malade
- Reconnaît être malade
mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...

V accès au résultat

Résultat

Nom du patient : (sera intégré dans le compte-rendu imprimé)

Sélectionner le texte du compte-rendu

Imprimer le compte-rendu

Effacer les réponses

v2.2 par B Delafite pour MG France - ©2013

Maladie somatique et médication fréquente associée à la dépression : (20)

Maladies neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Accident vasculaire cérébral - Maladie d'Alzheimer et autres démences - Maladie de parkinson - Hydrocéphalie chronique
Maladies cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> - Infarctus du myocarde - Insuffisance cardiaque
Maladies endocriniennes	<ul style="list-style-type: none"> - Diabète - Hypothyroïdie – hyperthyroïdie - Hyperparathyroïdie - Hypercorticisme - Déficit androgénique chez l'homme
Maladies diverses	<ul style="list-style-type: none"> - Cancers - Douleur chronique
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> - Corticoïdes - Clonidine - Béta-bloquants - L-dopa - Amantadine - Neuroleptiques

Situation justifiant l'hospitalisation :

- La gravité :
 - Risque suicidaire élevé évaluation RVD
 - Dépression délirante
 - Dépression mélancolique en raison de risque deca d'organe et de décès
- De par le risque d'évaluation défavorable :
 - Isolement familial ou social ou situation de précarité en raison de la difficulté de PEC
 - Agitation ou prostration sévère
 - Dépendance ou pathologie chronique à un stade évolué

Évaluation risque urgence dangerosité (RUD).

I. Risque

Facteurs de risque primaires

- Facteurs les plus importants
- Ont une valeur d'alarme
- Non présents en temps normal
- Valides individuellement Influencés par la prise en charge
- Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique, etc.
- Communication d'une intention suicidaire
- Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires
- Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence

Facteurs de risque secondaires II

Facteurs de la "vie courante" pour certains

- N'ont pas une valeur d'alarme
- Valides statistiquement seulement Peu influencés par la prise en charge
- Intérêts associés aux facteurs I
- Pertes parentales précoces
- Traumatismes et abus durant l'enfance
- Isolement social, affectif
- Problèmes financiers, chômage
- Événements de vie négatifs significatifs

Facteurs de risque tertiaires (III)

Événements naturels (on n'y échappe pas !)

- N'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs I et II
- Sexe masculin
- Adolescence
- Sénescence
- Période prémenstruelle
- Saison de l'été

II. Urgence

- Fréquence : combien de fois y avez-vous pensé ?
- Durée : lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?
- Éléments dissuasifs : y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?
- Où, quand, comment envisagez-vous de vous suicider ?

III. Dangerosité

Avez-vous accès à un moyen léthal ?

- Accessibilité du moyen
- Létalité du moyen envisagé

I. MATERIEL ET METHODE :

A. Présentation de notre travail :

Le but de ce travail, après avoir pris connaissance des données actuelles de la littérature, était d'étudier une population de personnes âgées afin de déterminer la sévérité des troubles dépressifs en fonction des différents paramètres (sexe, l'âge, comorbidité somatique, présence ou non des troubles psychiatriques, trouble cognitifs). Nous avons également décidé d'introduire, en plus de l'entretien psychiatrique classique, deux échelles psychométriques dépistant d'autres pathologies psychiatriques, le HAMILTON et la GDS, afin de mieux apprécier la sévérité de la dépression chez le sujet âgé. Il s'agissait d'une étude descriptive appréciant les caractéristiques de la population constituée par les personnes âgées avec un profil dépressif afin d'évaluer la sévérité de cette dépression et sa variabilité en fonction des données sociales, des pathologies psychiatriques cognitifs et des comorbidités somatiques.

B. Objectifs :

L'objectif principal de ce travail était d'étudier la prévalence de sévérité des épisodes dépressifs retrouvés chez les personnes âgées >65 en fonction des différents paramètres (âge, sexe, comorbidités, troubles psychiatriques, troubles cognitifs).

C. Les critères d'inclusions :

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être un sujet âgé dont l'âge supérieur à 65 ans avec un profil dépressif avec ou sans comorbidités, accepter l'entretien et la réalisation des tests psychométriques.

Les critères de non inclusions :

N'ont pas été inclus au sein de notre étude les patients :

- L'âge est <65ans
- Les patients refusant de répondre aux questionnaires.
- Les patients souffrant d'un trouble ne leur permettant pas de répondre aux questionnaires

La taille d'échantillon :

La population de notre étude est composée de 75 patients.

Recueil des données :

Le recueil des données de notre étude s'est basé sur ce qu'on a pu interroger les patients hospitalisés au sein des différents services :

- * Service Neurologie CHU,
- * Service gynécologie EHS Tlemcen,
- * Service chirurgie A et B CHU Tlemcen,
- * Service néphrologie CHU Tlemcen,
- * Service hématologie CHU Tlemcen,
- * Service médecine interne CHU Tlemcen,
- * Service cardiologie CHU Tlemcen,
- * Ou bien viennent de consulter au niveau service psychiatrie CHU Tlemcen et les UMC CHU Tlemcen,

Les limites de notre étude :

Notre étude aurait certainement plus de crédibilité si toutes contraintes étaient surmontées, sur celles-ci nous pouvons citer :

- La courte période de recueil de données.
- La non disponibilité des recherches similaires en Algérie
- Stigmatisation de la santé mentale dans notre population
- Manque de coopération de la plupart des patients

D. Méthodologie :

1. Etude épidémiologique descriptive :

Nous avons réalisé une étude descriptive anonyme, non interventionnelle, réalisée de janvier -mai 2024 sur échantillon de 75 sujets âgés, dans le cadre de mémoire de fin d'études. Il a été proposé à tous les patients âgés répondant aux critères d'inclusion et d'avoir un entretien psychiatrique ouvert et ensuite de passer deux évaluations psychométriques : L'échelle d'HAMILTON et l'échelle GDS. La consultation se déroule donc en deux temps : un premier temps d'entretien clinique ouvert avec diagnostic selon les critères de la DSM 5 puis un deuxième temps avec un entretien clinique structuré par les deux échelles HAMILTON et GDS.

Durant l'entretien, on recueillait également les caractéristiques socio-cliniques des patients, à savoir :

- * Age
- * Sexe
- * Existence d'une comorbidité somatique
- * Les symptômes :
 - ❖ Trouble instinctuel (insomnie, trouble d'appétit)
 - ❖ Anxiété (psychique, somatique)
- Coexistence des troubles psychiatriques : TOC, délire.
- Trouble cognitif : troubles de la mémoire.

Le consentement éclairé a été inséré dans chaque observation de patient, chacun ayant le choix d'accepter ou non l'entretien. Nous avons procédé à une description de notre échantillon selon les différentes caractéristiques cliniques et sociodémographiques.

Traitement des données :

L'étude statistique a été réalisée en utilisant le logiciel IBM SPSS et Microsoft Office Excel version 2016 avec l'aide du médecin de santé publique du service d'épidémiologie docteur TEBBAL.

II. RESULTATS :

Age moyen :

La moyenne d'âge de la population est de $74,01 \pm 7,311$, avec un minimum de 65 ans et un maximum de 90 ans. Une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio de 0,78.

A. La sévérité de la dépression en fonction des tranches d'âge :

Vis à vis de la tranche d'âge de la population étudiée on a constaté les résultats suivants :

La prévalence de la population jeune vieux entre 65-75 ans qui présentent une dépression de sévérité variable approximativement 49% avec :

- 25% présentent une dépression légère
- 4% présentent une dépression légère à modérée.
- 20% présentent une dépression modérée à sévère.

La prévalence de la population âgée entre 75-84% ans qui présentent une dépression de sévérité variable c'est 36% avec :

- 16% présentent une dépression légère
- 7% présentent une dépression légère à modérée.
- 13% présentent une dépression modérée à sévère

Pour la population avec un âge >85 ans, on a constaté que 15% présentent une dépression avec :

- 3% présentent une dépression légère
- 5% présentent une dépression légère à modérée.
- 7% présentent une dépression modérée à sévère.

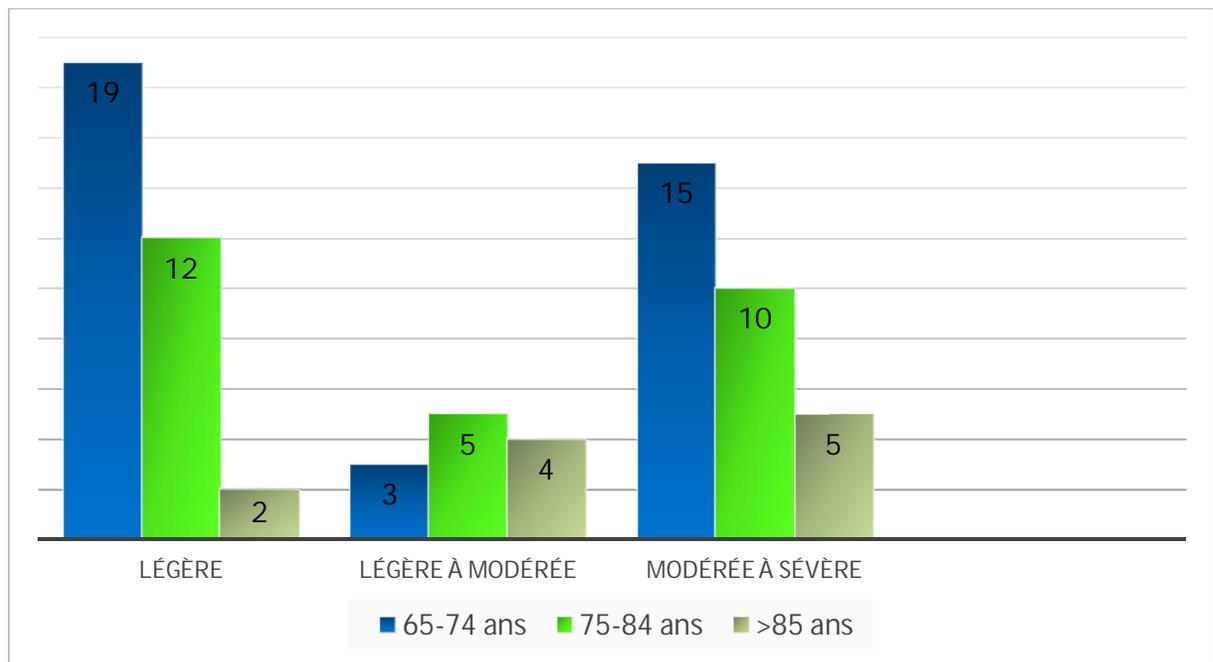


Figure 1 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction des tranches d'âge.

E. Caractéristiques liées au sexe :

Les caractéristiques de notre échantillon sont détaillées dans le tableau I (annexe 2). 75 patients ont été inclus, parmi lesquels 44% d'hommes et 56 % de femmes.

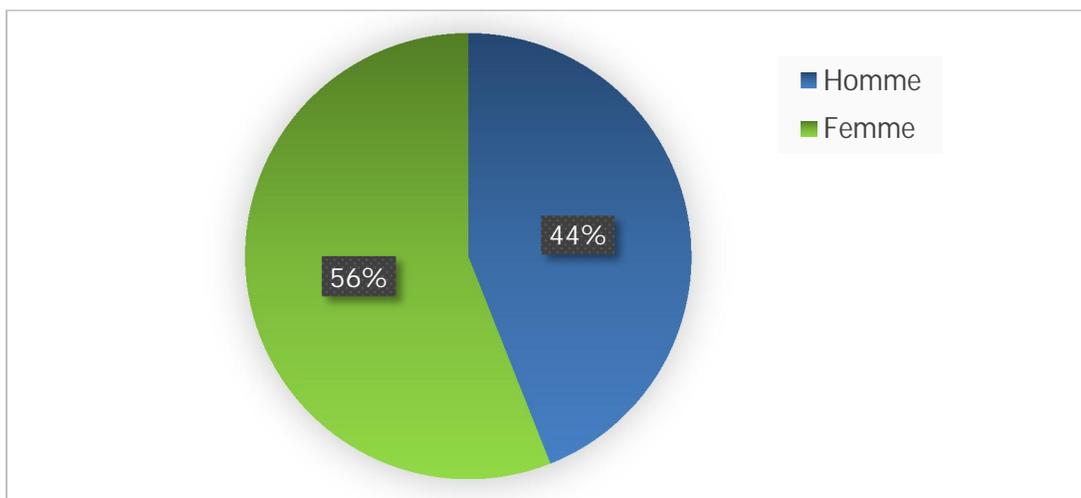


Figure 2 : Répartition de la dépression en fonction du sexe.

F. Caractéristiques liées à la présence d'une pathologie somatique :

Nous avons ensuite recensé la sévérité de la dépression en fonction de la présence d'une pathologie somatique ou non.

Chez 68% des patients au moins une pathologie somatique associée à la dépression était retrouvée. Dont laquelle la prévalence de la dépression légère était 28%, légère à modérée était approximativement 9%, modéré à sévère était 30% de l'ensemble de la population étudiée.

D'autre part ,33% de la population étudiée ne présente aucune pathologie somatique associée à leur dépression dont 16% présentent une dépression légère ,8% présentent une dépression légère à modérée et 9% présentent une dépression modérée à sévère.

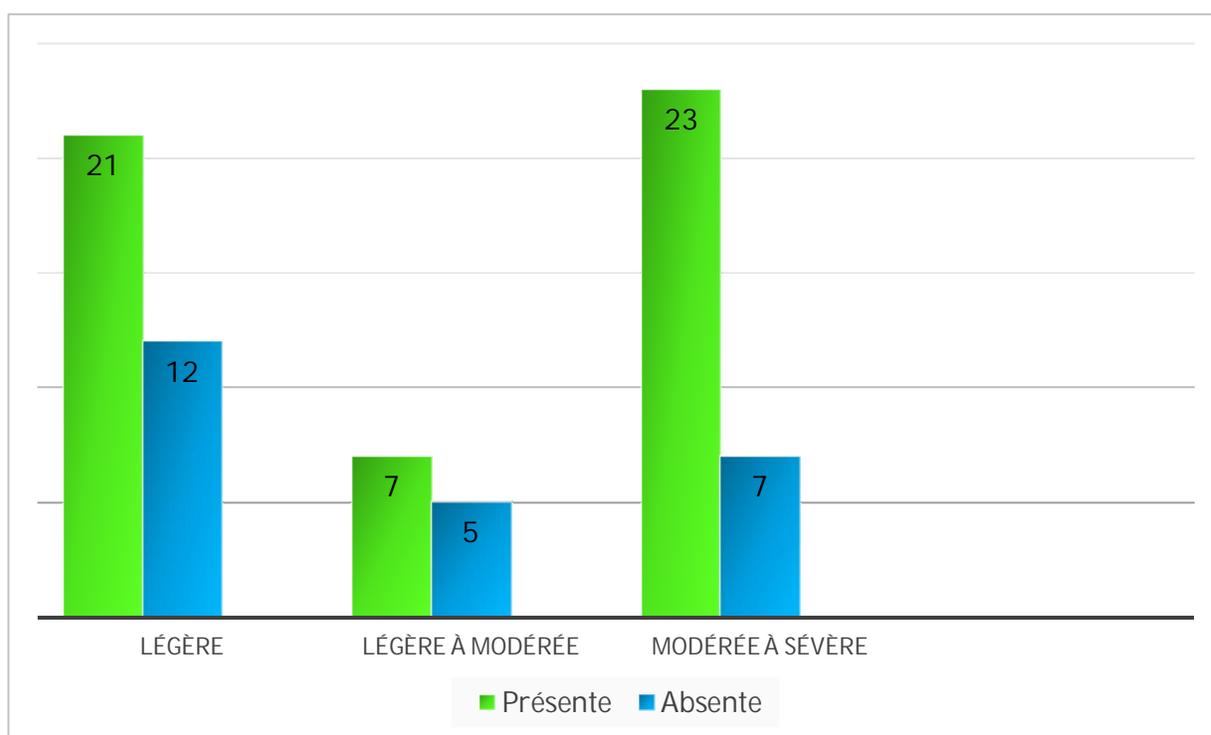


Figure 3 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de la présence ou l'absence d'une comorbidité somatique.

G. Caractéristiques liées aux Troubles instinctuels (insomnie, trouble d'appétit) :

● La sévérité de la dépression et l'insomnie :

Lors de l'entretien clinique, nous avons retrouvé une majorité de patients insomnie-dépressifs (64%) avec :

- ❖ 13% de patients présentant une association insomnie-dépressive légère.
- ❖ 10% des patients présentent une association insomnie-dépression légère à modérée.

- ❖ 40% présentent une association insomnie-dépressive modérée à sévère.

Nous avons retrouvé un chiffre de 36% qui ne présentent pas d'insomnie au cours de son épisode dépressif parmi laquelle :

- ❖ 30% présentent une dépression légère.
- ❖ Approximativement 5% présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ Aucune personne ne présente une dépression modérée à sévère.

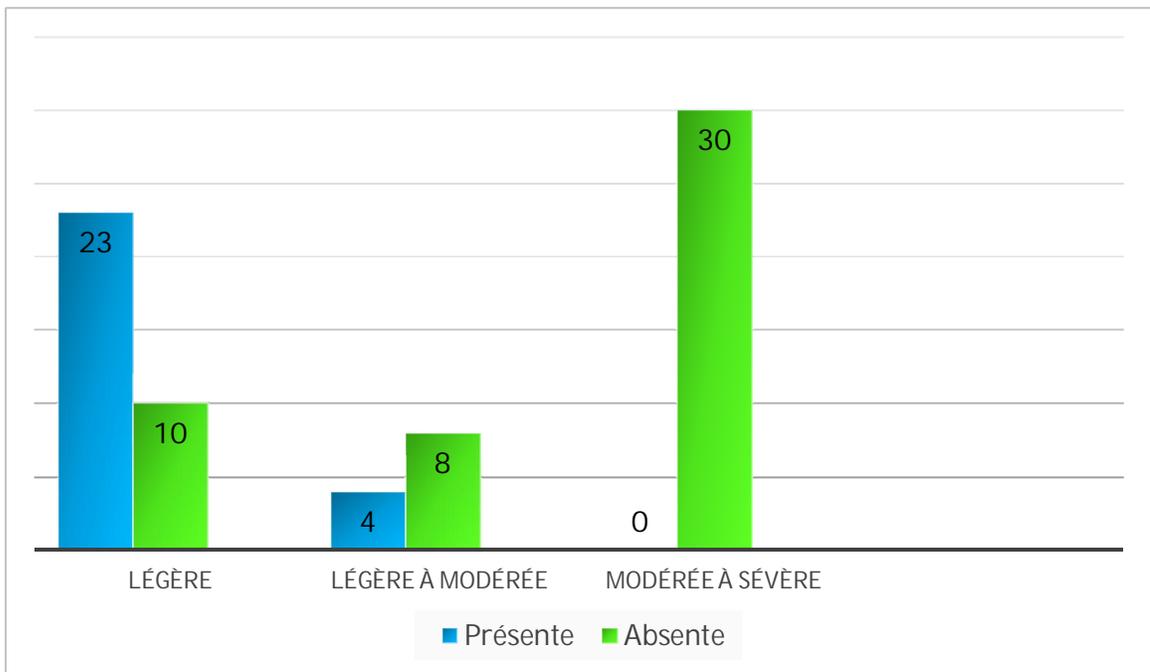


Figure 4 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de la présence ou l'absence de l'insomnie.

Cette insomnie peut être soit :

1. Au début de la nuit : insomnie d'endormissement

A l'issue de l'entretien clinique, nous avons retrouvé une majorité des patients qui présentaient une insomnie d'endormissement au cours de son épisode dépressif dont la prévalence était de 45% avec :

- ❖ 24% présentent une insomnie-légère dépression.
- ❖ 7% présentent une insomnie- dépression légère à modérée.
- ❖ 14% présentent une insomnie-dépression modérée à sévère de l'ensemble de la population étudiée.

D'autre part, une prévalence de 30% de l'échantillon plaint d'avoir chaque soir des troubles de sommeil au cours de son épisode dépressif avec :

- ❖ 2% présentent une insomnie- légère dépression.
- ❖ 6% présentent une insomnie- dépression légère à modérée.
- ❖ 22% présentent une insomnie- dépression modérée à sévère de l'ensemble de la population étudiée.

25% de la population étudiée ne présente aucun trouble du sommeil durant la nuit au cours de son épisode dépressif dont :

- ❖ 18% présentent une légère dépression.
- ❖ 4% présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 3% présentent une insomnie- dépression modérée à sévère de l'ensemble de la population étudiée.

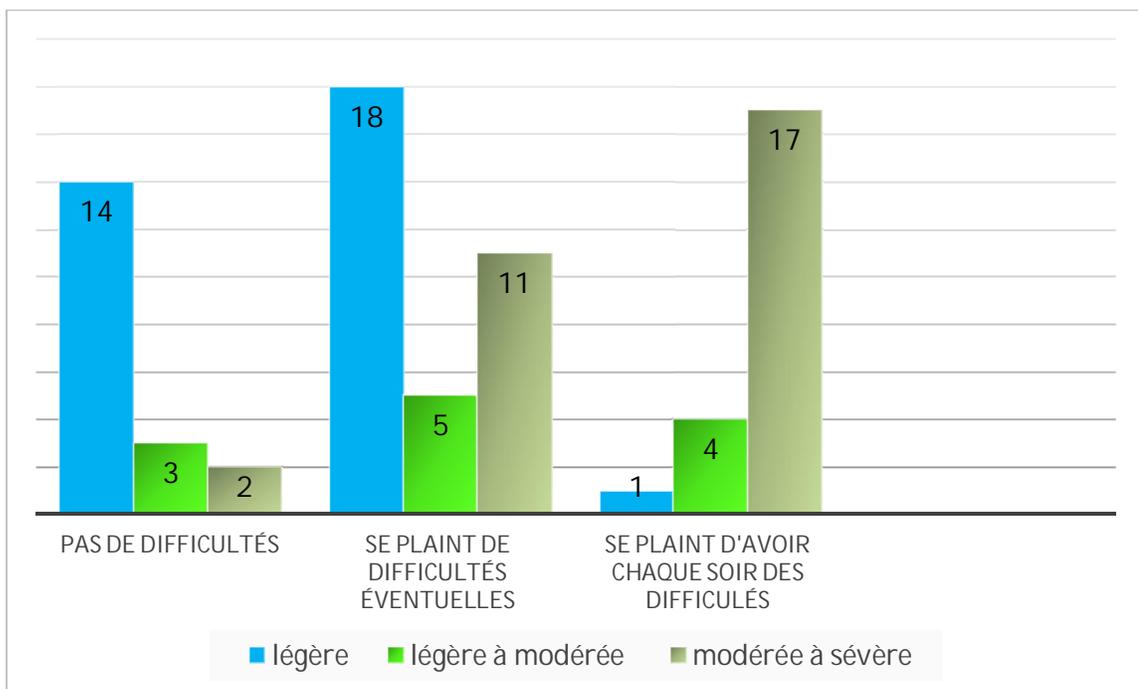


Figure 5 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'insomnie d'endormissement.

2. Au milieu de la nuit :

52% de la population étudiée présentent des troubles du sommeil au milieu de la nuit au cours de l'épisode dépressif, avec :

- ❖ 16% présentent des troubles du sommeil au milieu de la nuit au cours de la dépression légère.
- ❖ 9% présentent des troubles du sommeil au milieu de la nuit au cours de dépression légère à modérée.
- ❖ 27% présentent des troubles du sommeil au milieu de la nuit au cours de dépression modérée à sévère.

38% de l'échantillon ne présentent pas d'insomnie au milieu de la nuit au cours l'épisode dépressif avec :

- ❖ 28% d'absence d'association dépression légère et difficultés d'insomnie au milieu de la nuit.
- ❖ 5% d'absence d'association dépression légère à modérée et difficultés d'insomnie au milieu de la nuit.
- ❖ 5% d'absence d'association dépression modérée à sévère et difficultés d'insomnie au milieu de la nuit.

Pour les patients qui se réveillent pendant la nuit lors de l'épisode dépressif c'est une minorité de 9% de l'ensemble de la population étudiée avec :

- ❖ 1% des patients présentent une dépression sévère et se réveillent pendant la nuit.
- ❖ 8% des patients présentent une dépression légère à modérée et se réveillent pendant la nuit.
- ❖ Aucun patient présente une légère dépression et se réveille pendant la nuit.

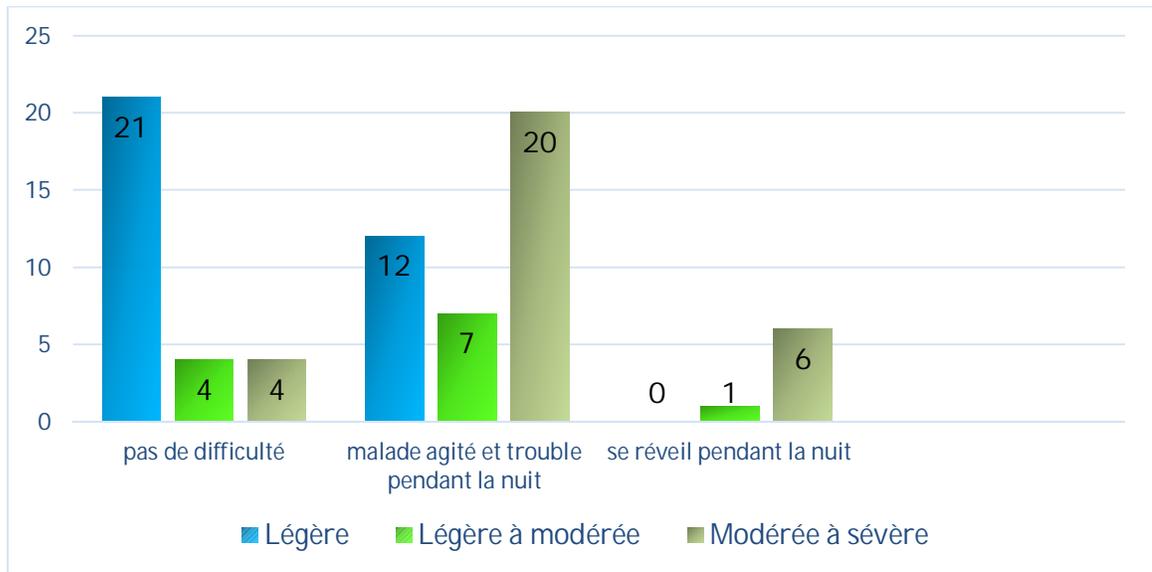


Figure 6 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'insomnie au milieu de la nuit.

3. Insomnie MATINALE :

44% de la population étudiée se réveille mais se rendort au cours de l'épisode dépressif et représente la plus grande partie de l'échantillon et la majorité d'entre eux présentent une dépression légère (19%) et une minorité de 8% présentent une dépression légère à modérée. Ainsi, on trouve un pourcentage de 17% de la population se réveille et se rendort au cours de la dépression modérée à sévère.

32% de l'échantillon ne présentent pas d'insomnie du matin au cours l'épisode dépressif avec :

- ❖ 25% d'absence d'association dépression légère et difficultés d'insomnie le matin.
- ❖ 1% d'absence d'association dépression légère à modérée et difficultés d'insomnie du matin.
- ❖ 6% d'absence d'association dépression modérée à sévère et difficultés d'insomnie du matin.

24% de la population est incapable de se rendormir après le réveil, 17% d'eux présentent une dépression modérée à sévère et 7% présentent une dépression légère à modérée et aucun patient ne présente une dépression légère.

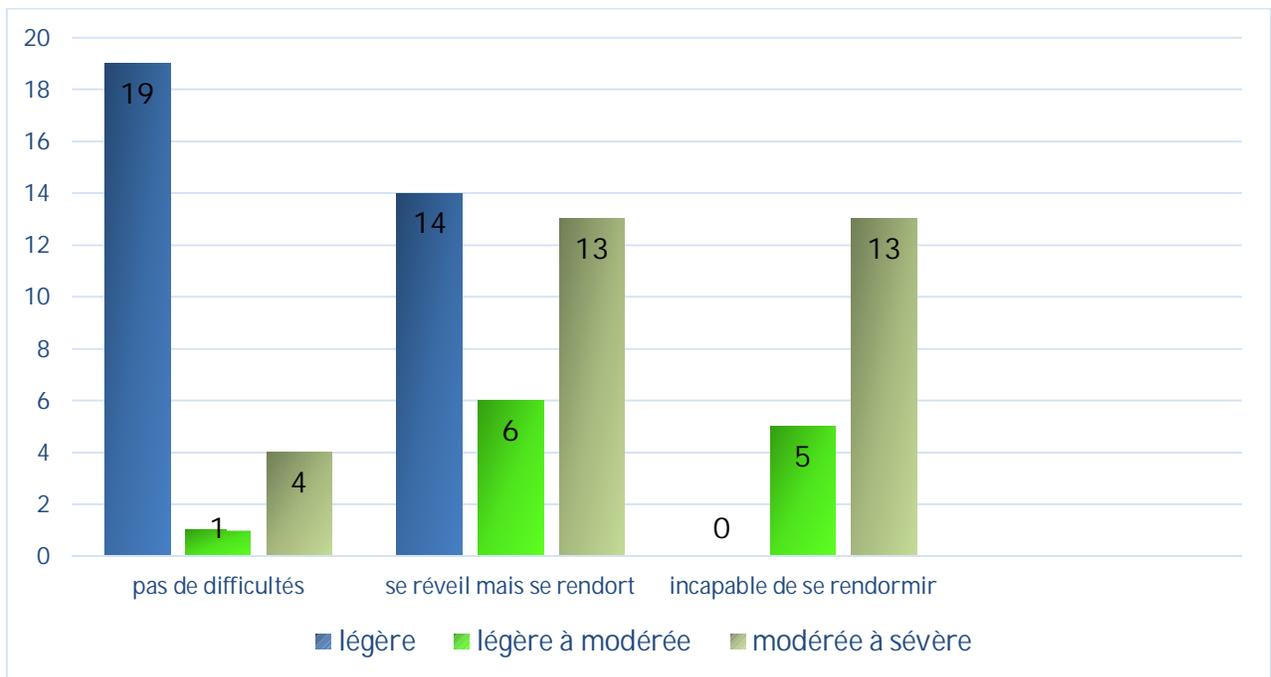


Figure 7 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'insomnie matinale.

● **La sévérité de la dépression et les troubles d'appétit :**

Concernant l'appétit, 56% des patients ne présentent pas des troubles d'appétit, parmi laquelle :

- ❖ 33% présentent une dépression légère.
- ❖ 7% présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 16% présentent une dépression modérée à sévère.

44% de l'échantillon présentent des troubles d'appétit à l'occasion de l'épisode dépressif.

Repartie comme suit :

- ❖ 11% présentent des troubles d'appétit en association avec la dépression légère.
- ❖ 9% présentent des troubles d'appétit en association avec la dépression légère à modérée.
- ❖ 24% présentent des troubles d'appétit en association avec la dépression modérée à sévère.

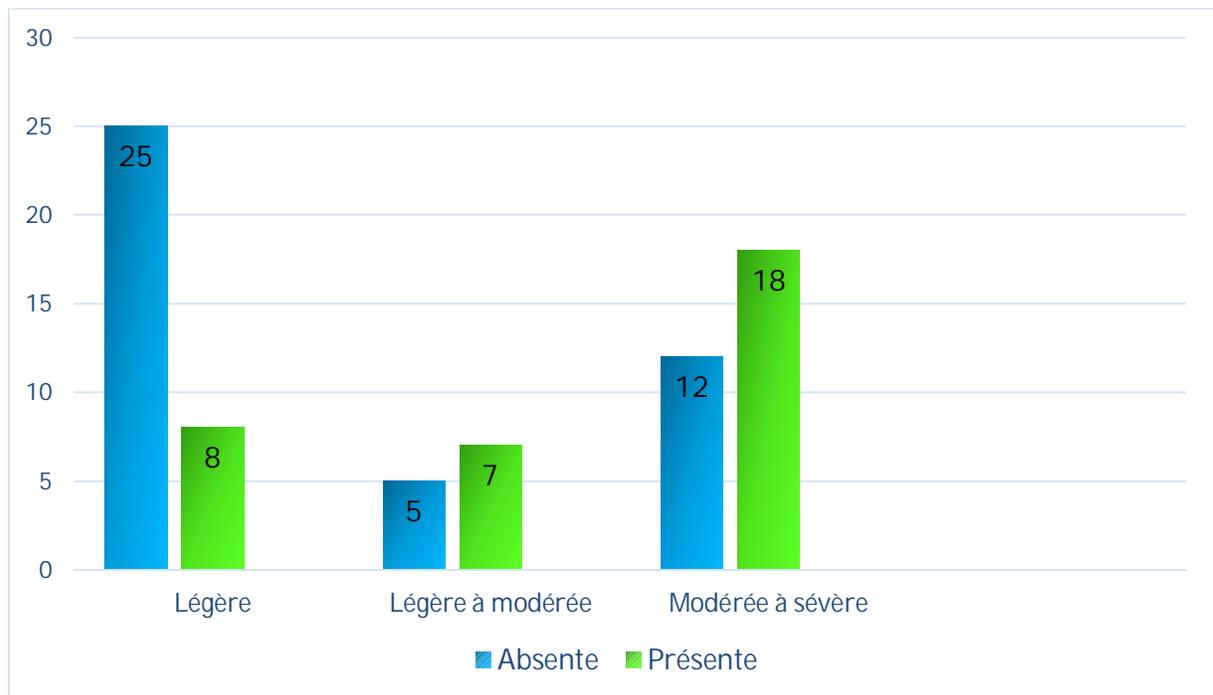


Figure 8 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'absence ou la présence des troubles d'appétit.

● **La sévérité de la dépression et la perte de poids :**

La majorité de 49% de la population étudiée déclarant l'absence de perte de poids au cours de de l'épisode dépressif, les résultats sont repartis comme suivant :

- ❖ 31% déclarent qu'il n'y a pas de perte de poids et qui présentent une dépression légère.
- ❖ 5% déclarent qu'il n'y a pas de perte de poids et qui présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 13% déclarent qu'il n'y a pas de perte de poids et qui présentent une dépression modérée à sévère.

TANDIS que 37% de la population étudiée déclarent la présence d'une perte de poids au cours de l'épisode dépressif, dont la répartition est la suivante :

- ❖ 8% déclarent qu'il y a une perte de poids et qui présentent une dépression légère.
- ❖ 9% déclarent qu'il y a une perte de poids et qui présentent une dépression légère à modérée.

- ❖ 20% déclarent qu'il y a une perte de poids et qui présentent une dépression modérée à sévère.

Une minorité de 14% déclarant que la perte de poids est en rapport avec sa comorbidité somatique.

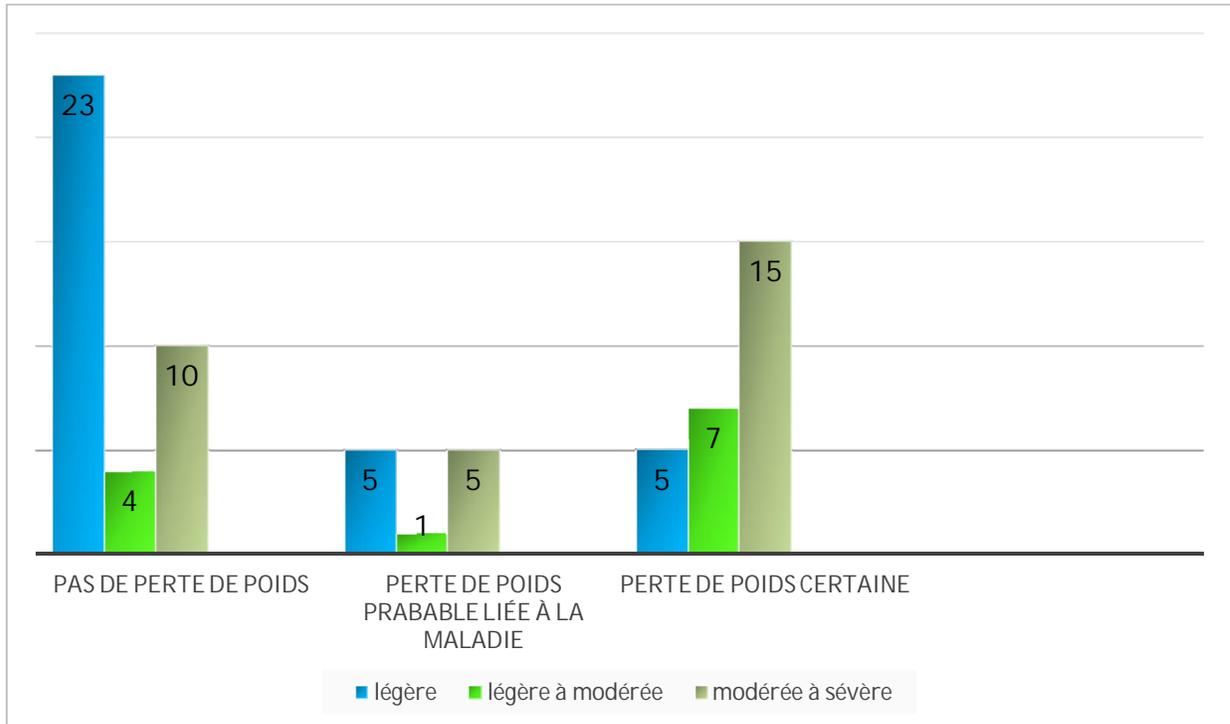


Figure 9 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de perte de poids.

H. Les caractéristiques liées à l'anxiété :

1. sévérité de la dépression en fonction de l'anxiété global (somatique et /ou psychique) :

La majorité des patients avec une prévalence de 79% présentent une anxiété quel que soit physique ou psychique au cours de leur épisode dépressif parmi laquelle :

- ❖ 27% présentent une légère dépression.
- ❖ 12% présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 40% présentent une dépression modérée à sévère.

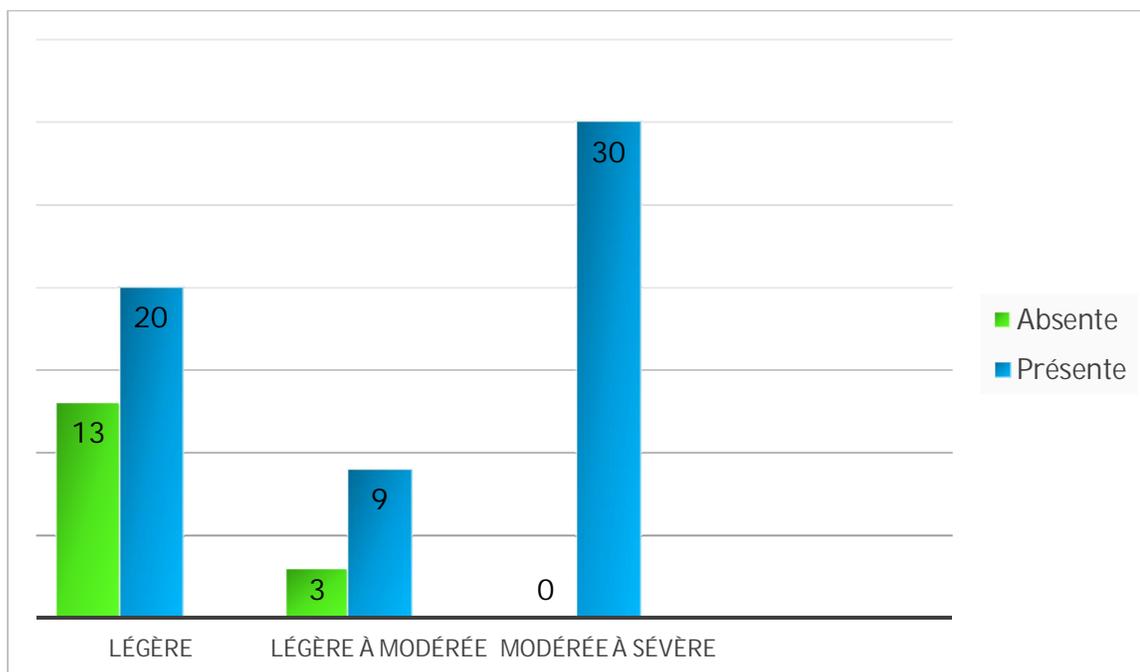


Figure 10 : Répartition de la sévérité de la dépression selon la présence ou l'absence d'une anxiété psychique et ou somatique.

2. Somatique : symptômes somatiques liée à l'anxiété

En se basant sur l'interrogatoire, on étudie l'anxiété somatique et la sévérité de la dépression. Les résultats obtenus sont les suivantes :

Chez 42% des patients présentant une anxiété somatique moyenne associée à la dépression était retrouvée. Dont laquelle la prévalence de la dépression légère était 24%, légère à modérée était approximativement 11%, modéré à sévère était 7% de l'ensemble de la population étudiée.

39% de la population étudiée présentent une anxiété somatique grave touchant les patients avec une dépression de sévérité variables avec :

- ❖ % 13 d'entre elles présentent une dépression légère.
- ❖ 3% d'entre elles présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 23% d'entre elles présentent une dépression modérée à sévère.

D'autre part ,16% de la population étudiée l'anxiété somatique frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle qui souffrent de la dépression dont 4% présentent une dépression légère ,1% présentent une dépression légère à modérée et 11% présentent une dépression modérée à sévère.

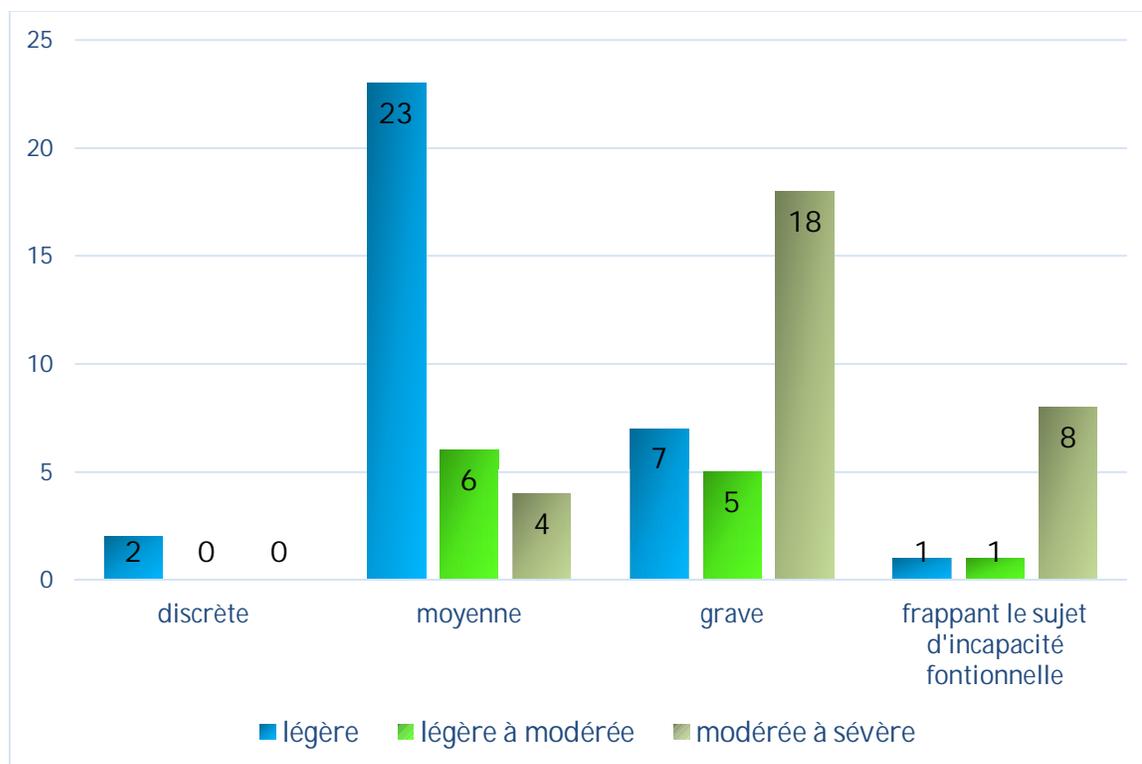


Figure 11 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'anxiété somatique.

3. Psychique :

Suite au questionnaire, on a constaté que 21% des patients présentant une tension et irritabilité au cours de son dépression avec :

- ❖ 17% Pour la dépression légère et 4% pour la dépression légère à modérée.

14% des patients avec une dépression modérée à sévère présentent une peur sans poser de questions.

34% de la population étudiée fait des soucis à propos des problèmes mineurs avec :

- ❖ 18% d'entre elles présentent dépression légère.
- ❖ 8% d'entre elles présentent dépression légère à modérée.
- ❖ 7% d'entre elles présentent une dépression modérée à sévère.

26% de la population étudiée fait des attitudes inquiète à propos des problèmes mineurs avec :

3% d'entre elles présentent dépression légère.

- ❖ 3% d'entre elles présentent dépression légère à modérée.

- ❖ 20% d'entre elles présentent une dépression modérée à sévère.

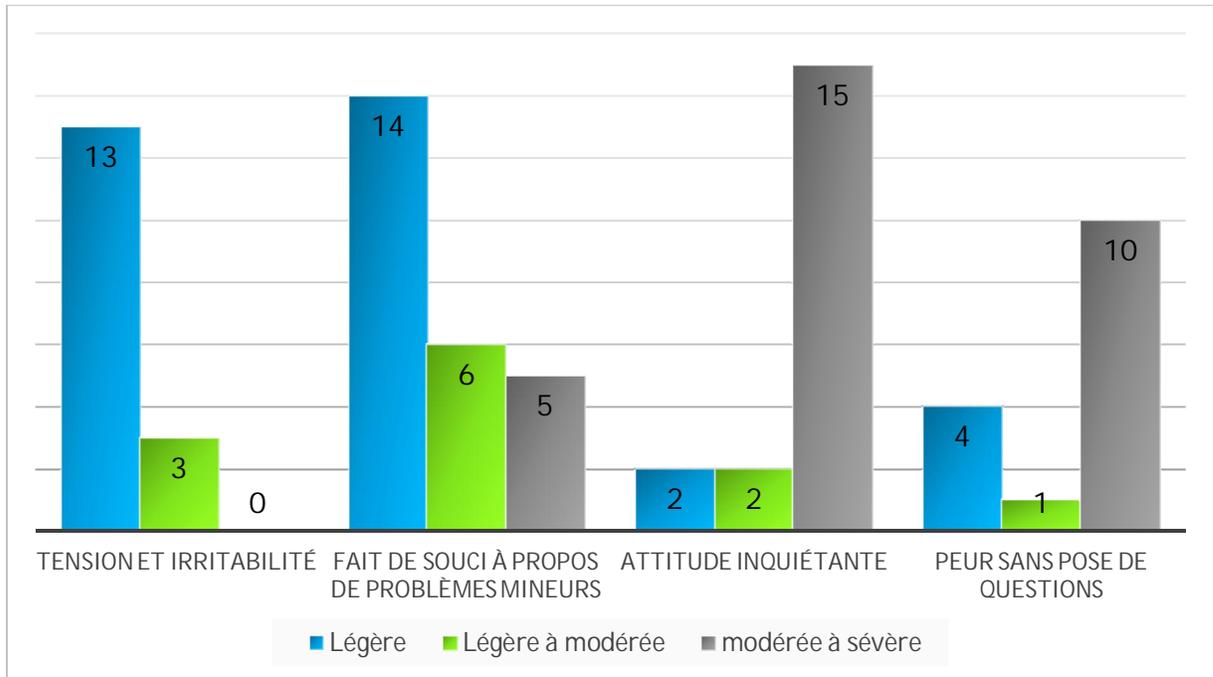


Figure 12 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'anxiété psychique.

I. Caractéristique liée aux comorbidités psychiatriques :

La majorité des patients avec une prévalence de 85% ne présentent pas des troubles psychiatriques au cours de leur épisode dépressif parmi laquelle :

- ❖ 42% présentent une légère dépression.
- ❖ 14% présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 30% présentent une dépression modérée à sévère.

D'autre côté 15% de la population étudiée présentent des troubles psychiatriques au associée à leur dépression dont 3% présentent une dépression légère ,3% présentent une dépression légère à modérée et 9% présentent une dépression modérée à sévère.

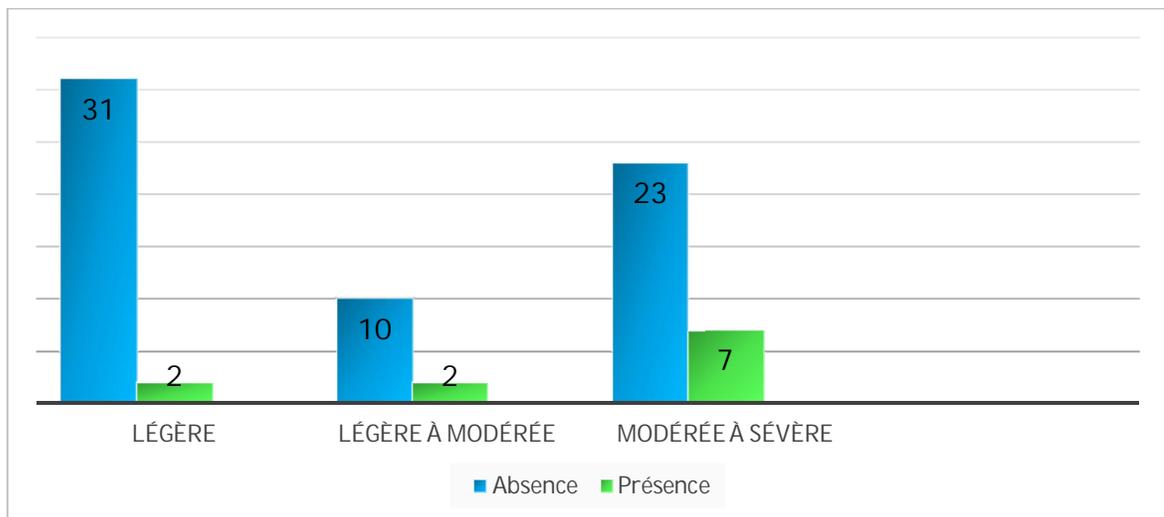


Figure 13 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de l'absence ou la présence d'une comorbidité psychiatrique.

J. Troubles cognitifs : troubles de la mémoire :

En ce qui concerne les troubles cognitifs, nous avons inclus que les troubles de la mémoire dans notre travail basé sur une question directe mentionnée dans la mini GDS.

La majorité des patients avec une prévalence de 55% ne présentent pas des troubles de la mémoire au cours de sa dépression parmi laquelle :

- ❖ 12% présentent une légère dépression.
- ❖ 9% présentent une dépression légère à modérée.
- ❖ 34% présentent une dépression modérée à sévère.

D'autre côté 45% de la population étudiée présentent des troubles de la mémoire au associée à leur dépression dont 7% présentent une dépression légère ,7% présentent une dépression légère à modérée et 31% présentent une dépression modérée à sévère.

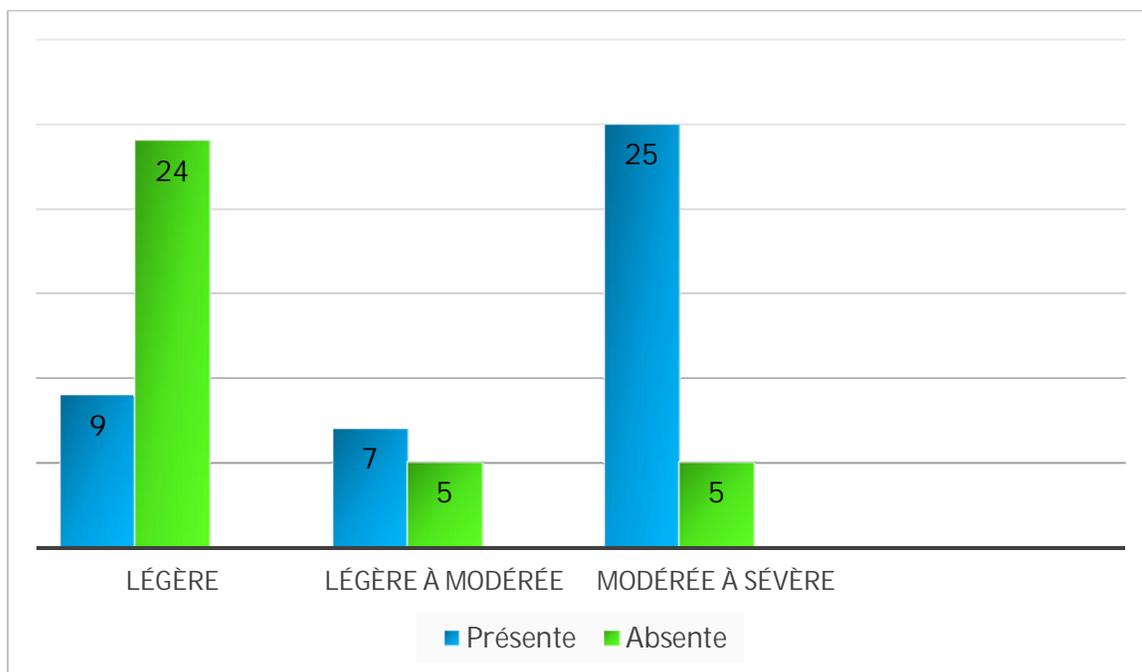


Figure 14 : Répartition de la sévérité de la dépression en fonction de la présence ou l'absence des troubles de la mémoire.

III. Discussion :

Nous avons retrouvé dans notre échantillon une nette prédominance de la tranche d'âge entre 65 à 90 avec moyenne d'âge de 74, le sexe féminin est le plus touché avec 56% des cas avec sexe ratio 0.78 ; cette étude est comparable à celle qui est faite par le service de psychiatrie B de CHU Hedi Chaker Sfax- Tunisie et Faculté de Médecine d' Université de Sfax- Tunisie dont leurs résultats concordent avec notre donnée, et notamment avec ceux rapportés par la prédominance féminine qu'a été notée avec un sexe ratio de 0,66. (56)

Notre objectif primaire c'est d'étudier l'association entre comorbidité somatique et la dépression et on retrouve que la majorité de 68% des patients présentant au moins une seule maladie somatique au cours de leur dépression et la majorité entre eux de 30% ont une dépression modérée à sévère, ces résultats sont compatibles avec celle faite par le service de psychiatrie B de CHU Hedi Chaker Sfax- Tunisie et Faculté de Médecine d' Université de Sfax- Tunisie Plus de la moitié des patients (53,3%) étaient suivis pour une maladie somatique chronique .

L'association insomnie-dépressive se trouve dans la majorité des cas avec une prévalence de 64% et la majorité de 40% d'entre eux est une association insomnie-dépressive modérée à sévère ; ces résultats concordent avec l'enquête algérienne qui porte -à- porte un trouble de sommeil de 40 à 60 % et que l'insomnie est le trouble du sommeil le plus fréquent, il concernerait entre 23 et 34% des patients de plus de 65 ans.

Concernant l'appétit, 56% ne présentent pas de troubles d'appétit au cours de sa dépression quel que soit sa sévérité, et la notion de perte de poids n'existe plus chez 49% de la population étudiée.

Notre étude a révélé la présence de corrélation entre la dépression et l'anxiété, qu'elle soit d'origine psychique ou somatique avec une prévalence de 79% de la population étudiée. Ces résultats sont compatibles de ceux de Valter Lleshi, du service de psychogériatrie du Secteur psychiatrique Ouest vaudois (1188 Gime) (57) où l'anxiété et le trouble anxieux sont associés à la dépression chez 50 à 70 % des sujets âgés.

Notre objectif secondaire était d'étudier l'association entre la sévérité variable des épisodes dépressifs et les pathologies psychiatriques. Nous avons constaté qu'un taux non négligeable de 85 % des patients ne présentait pas de pathologie psychiatrique pendant l'épisode dépressif. En revanche, une autre étude (58) a montré que 60 à 70 % des patients déprimés avaient au moins une

Partie pratique

comorbidité psychiatrique, et que 30 à 40 % en avaient au moins deux. Ces divergences de résultats peuvent être attribuées aux différences dans les échantillons étudiés. Notre étude a été menée sur des patients hospitalisés et non hospitalisés, tandis que d'autres ont été réalisées chez des patients qui sont hospitalisés au service de psychiatrie.

Les troubles de la mémoire étaient présents chez 45% de la population dépressif avec une prévalence de 31% dans la population présentant une dépression modérée à sévère.

En résumé, notre étude confirme que la sévérité de la dépression est variable en fonction de plusieurs facteurs sociaux et cliniques, et l'association avec d'autres symptômes cliniques somatiques et psychiatriques est possible et mais la faiblesse de notre étude réside principalement dans la taille de notre échantillon.

Ce recueil mériterait d'être poursuivi afin de pouvoir rechercher des associations et facteurs de risques avec plus de fiabilité.

Conclusion :

La dépression du sujet âgé est une pathologie fréquente en gérontopsychiatrie qui pose un problème de la santé publique par son impact sur la qualité de vie, l'état de la santé générale, la perte de l'autonomie et l'augmentation du risque suicidaire.

Plusieurs facteurs de risques (sociaux, physique ou psychologique) intervenant dans la genèse de la dépression chez le sujet âgé et augmentant leur incidence et leur sévérité qui peut être légère, modérée ou sévère avec un pronostic sombre du fait des rechutes et des récurrences qui restent fréquentes.

Le dépistage et le traitement de la dépression chez le sujet âgé restent extrêmement difficiles en raison notamment d'une sémiologie souvent atypique avec la présence des plaintes somatiques, douleurs et/ou symptomatologie hypochondriaque.

La difficulté à poser un diagnostic de certitude reste la principale raison pour laquelle la dépression du sujet âgé est insuffisamment diagnostiquée.

Le diagnostic repose essentiellement sur la symptomatologie clinique et les critères de DSM-5 et la CIM11 sont souvent difficiles à utiliser chez le sujet âgé déprimé.

En fonction des antécédents, du tableau clinique et de l'évolution, l'association avec d'autres troubles psychiatriques ou maladies neurologiques dégénératives du système nerveux central doit être prise en compte.

La prise en charge globale de la dépression chez le sujet âgé commençant par l'information du diagnostic de la dépression puis un recours à un traitement qui peut être médicamenteux basé essentiellement sur :

- Les antidépresseurs et plus rarement les psychotropes avec un taux de réponse similaire à celui observé chez le sujet plus jeune

- Non médicamenteuses notamment la thérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie interpersonnelles et la thérapie occupent une place centrale dans la prise en charge et ne doivent pas être sous-utilisées.

Une meilleure diffusion des recommandations de bonne pratique et le développement de travaux de recherche évaluant l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs spécifiquement chez

les personnes âgées sont nécessaires afin d'améliorer la prise en charge de la dépression pour cette population vulnérable.

Résumé :

La dépression, c'est un problème majeur de santé publique, et une pathologie fréquente chez les personnes âgées.

Le diagnostic de la dépression chez le sujet âgé et la quantification de leur sévérité repose sur l'utilisation d'échelle d'évaluation et d'entretien structuré adapté à cette population dans notre étude c'est le GDS et Hamilton, ce qui donne une évaluation essentielle pour la prise en charge des troubles dépressifs chez les sujets âgés.

Elle nécessite une prise en charge globale et optimale, car elle a un impact important sur la qualité de vie et la morbidité.

Concernant le traitement, il peut être médicamenteux ou non médicamenteux selon le stade de la dépression et sa gravité.

Concernant le traitement médicamenteux, les médecins déclarent prescrire le plus souvent en première intention un ISRS, un IRSNa ou de la miansérine, conformément aux recommandations, car ce sont les antidépresseurs les mieux tolérés chez les patients âgés. En revanche, la durée du traitement antidépresseur est parfois trop courte, ce qui peut majorer le risque de rechute. Les médecins disent choisir le plus souvent une benzodiazépine à demi-vie courte pour limiter.

Le traitement non médicamenteux Basée surtout sur la psychothérapie, qui est recommandée quel que soit le degré de sévérité de la dépression, reste sous-utilisée chez les patients âgés dépressifs. La psychothérapie demeure de premier recours, mais l'utilisation d'autres type de psychothérapie telle que la psychothérapie cognitivo-comportementale est possible.

Notre étude a permis de décrire la sévérité de la dépression du sujet âgé de plus de 65 ans, avec ou sans maladie neuro-dégénérative, et de mettre en évidence ses relations par rapport aux différents paramètres sociaux et cliniques.

Notre enquête a montré que, la dépression quel que soit sa sévérité est plus fréquente chez la population féminine. La dépression peut être associée à des troubles somatiques, troubles psychiatriques, troubles de la mémoire, troubles d'appétit et d'anxiété somatique et psychique.

ABSTRACT:

Depression, a major public health problem, is a common condition among the elderly. The diagnosis of depression in older adults and the quantification of its severity rely on the use of evaluation scales and structured interviews adapted to this population. In our study, we used the GDS (Geriatric Depression Scale) and Hamilton scales, which provide essential assessments for managing depressive disorders in the elderly.

Depression requires comprehensive and optimal care because it significantly impacts quality of life and morbidity. Treatment can be pharmacological or non-pharmacological, depending on the stage and severity of the depression.

For pharmacological treatment, physicians often prescribe SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), SNRIs (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors), or mianserin as first-line treatment, in accordance with recommendations, as these are the best-tolerated antidepressants for elderly patients. However, the duration of antidepressant treatment is sometimes too short, which can increase the risk of relapse. Physicians often choose a short-acting benzodiazepine to limit this risk.

Non-pharmacological treatment is primarily based on psychotherapy, which is recommended regardless of the severity of the depression but remains underutilized in elderly depressive patients. A first-line psychotherapeutic approach often practiced is supportive psychotherapy, but other types of psychotherapy, such as cognitive-behavioral therapy, are also possible.

Our study described the severity of depression in individuals over 65, with or without neurodegenerative diseases, and highlighted its relationships with various social and clinical parameters. Our survey showed that depression, regardless of its severity, is more common in the female population. Depression can be associated with somatic disorders, psychiatric disorders, memory problems, appetite disturbances, and both somatic and psychological anxiety.

Terminologie :

1) Apathie :

- Décrite par Marin en 1993
- Syndrome présent eu cours des maladies neurodégénératives de type Alzheimer, au cours des maladies de parkinson et au cours de certains états dépressifs.
- Critères diagnostiques précis : manque de motivation / niveau antérieur et atteinte quasi permanente d'au moins des trois domaines suivants depuis au moins 4 semaines :
 - Diminution des comportements volontaires
 - Diminution de l'intérêt pour de nouvelles activités ou l'intérêt envers les autres ;
 - Absence ou diminution du ressenti émotionnel et/ou de la réactivité affective envers des évènements agréables et désagréables.
- Partage un certain nombre de symptômes avec la dépression, et elles coexistent dans 30% des cas en cas de MA : perte d'anticipation, perte d'initiative, fatigue, désintérêt, troubles des fonctions exécutives.
- Risque élevé de consommation d'anti dépresseurs chez le sujet âgé avec démence.
- Améliorée par les antidépresseurs en cas de dépression, mais sans effet ou risque d'aggravation en cas de maladie neurodégénérative (discuter l'arrêt).

2) Anhédonie :

- A été introduit par Ribat psychologue français en 1896 pour décrire la psychologie d'analgésie chez ses patients.
- Il caractérise l'incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement comme plaisantes. Cette incapacité est fréquemment associée à un sentiment de désintérêt diffus (perte de l'élan vital). L'anhédonie, perte de la capacité à ressentir des émotions positives, est fréquemment observée au cours de la dépression et de la schizophrénie.

3) Clinophilie :

Est un trouble psychiatrique caractérisé par un refus de s'élever, le patient préfère au contraire rester couché en permanence, le besoin de rester couché devient une véritable addiction, les patients pouvant rester couchés pendant plusieurs jours de suite, sans jamais se lever.

Terminologie

- 4) AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire du médicament et des Produits de Santé, qui a été remplacée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) à partir du 1er mai 2012.
- 5) IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase. IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline.
- 6) ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine.

- 7) ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, qui a été remplacée par la Haute Autorité de Santé (HAS) à partir du 1er janvier 2005.
Perte de capacité à ressentir le plaisir et un symptôme central de dépression majeure, schizophrénie et d'autres troubles neuropsychiatriques.

Annexes 2 :❖ **Classes pharmaceutiques des antidépresseurs :**→ **Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) :**

- PAROXETINE Deroxat®, Divarius®
- FLUOXETINE Prozac®
- CITALOPRAM Seropram®
- ESCITALOPRAM Seroplex®
- SERTRALINE Zoloft®
- FLUVOXAMINE Floxyfral®

→ **Inhibiteurs de la Recapture de la Serotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) :**

- VENLAFAXINE Effexor®
- MILNACIPRAN Ixel®
- DULOXETINE Cymbalta® Tricycliques :
- CLOMIPRAMINE Anafranil®
- AMITRIPTYLINE Laroxyll®, Elavil®
- IMIPRAMINE Tofranil®
- AMOXAPINE Défanyl®
- DOSULEPTINE Prothiaden®
- TRIMIPRAMINE Surmontil®
- DOXEPINE Quitaxon®
- MAPROTILINE Ludiomil®

→ **Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase (IMAO) :**

- Sélectif de la MAO-A (IMAO-A) :

- MOCLOBEMIDE Moclamine®
- Non sélectif :
 - IPRONIAZIDE Marsilid®
- Autres antidépresseurs :
 - MIANSERINE Athymil®
 - TIANEPTINE Stablon®
 - MIRTAZAPINE Norset®
 - AGOMELATINE Valdoxan®

BIBLIOGRAPHIE :

1. Lleshi V. Revue Médicale Suisse : La dépression du sujet âgé. Bizzozzero T, éditeur. Revue Médicale Suisse. 2009;5(216):1785-9.
2. Anne-Sophie Glover-Bondeau. passeportsante. Gérontologie. Disponible sur: <https://www.passeportsante.net/fr/specialites-medicales/Fiche.aspx?doc=gerontologie>
3. OMS. Vieillesse et santé. OMS (organisation mondiale de la santé) [Internet]. 1 oct 2022; Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Richard G. Stefanacci. Présentation du vieillissement. LE MANUEL MSD Version Pour Le Grand Public [Internet]. déc 2022; Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/accueil/la-sant%C3%A9-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es/le-vieillesse/pr%C3%A9sentation-du-vieillesse>
5. INED. Vieillesse démographique. ined (institut national d'études démographiques) [Internet]. 2024; Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/lexique/vieillesse-demographique/>
6. Jeandel C. Les différents parcours du vieillissement. Les Tribunes de la santé. 2005;7(2):25-35.
7. Santé mentale : définition et enjeux. ARS (Agence Régionale de Santé) [Internet]. 11 sept 2023; Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux>
8. Santé mentale : définition et facteurs en jeu. ameli.fr [Internet]. 27 nov 2023; Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/sante-mentale-de-l-adulte/sante-mentale-definition-et-facteurs-en-jeu>
9. Santé mentale : renforcer notre action. OMS (organisation mondiale de la santé) [Internet]. 17 juin 2022; Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
10. Petot D. Chapitre 8. Les états dépressifs. In: L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant [Internet]. Paris: Dunod; 2018. p. 269-309. (Univers Psy; vol. 4e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-evaluation-clinique-en-psychopathologie--9782100775613-p-269.htm>
11. François Caroline, grade massé. Les situations d'urgence en psychiatrie (mélancolie) collège de psychiatrie pratique de l'encéphale. doin; 23 p. (Collection de psychiatrie pratique de l'Encéphale).
12. I.Simeone, G.Abraham. Introduction à la psycho-gériatrie.
13. Daniel wildöchen. Les logiques de la dépression. 14 p.
14. W. Pitchot. Le suicide chez la personne âgée. Rev Med Liège. 2014^e éd. :5-6, 390-4.

15. SUICIDE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES : IL FAUT BRISER CE TABOU ! filien la téléassistance ADMR [Internet]. 7 déc 2022; Disponible sur: <https://www.filien.com/suicide-personnes-agees/>
16. Cécile dormia, Sophie fève. Pour les psychomotricien: psychomotricité au près de la personne âgée fiche d'activité à l'usage du psychomotricien.
17. Manuel diagnostiques et statistique des troubles mentaux DSM-5.
18. CIM-11 (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. 11ème version.
19. Yonne l'amour. Le vieillissement cérébral. Puf; 10 p.
20. Elsevier Masson. Gériatrie (Collège national des enseignants de gériatrie). 4ème édition. 159+163.
21. Jean Pierre Martin. La médecine des personnes âgées de la préhistoire à nos jours. L'Harmattan;
22. Nicolas tournier, tiphaine legrand, Denis Richard. Médicament en gériatrie (Prescription d'antidépresseurs et gériatrie le choix antidépresseur). éditions LAMARRE. 165 p.
23. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations et argumentaire. AFSSAPS. oct 2006;
24. Bon usage des antidépresseurs au cours des troubles dépressifs chez l'adulte. Mise au point de recommandations. AFSSAPS. avr 2005;
25. Wilson K, Mottram PG, Sivananthan A, Nightingale A. Antidepressants versus placebo for the depressed elderly. Cochrane Database Syst Rev. 1996;
26. NICE clinical guideline 90. Depression in adults : The treatment and management of depression in adults. United Kingdom: National Institute for health and Clinical Excellence. oct 2009;
27. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. American psychiatric association. Third. oct 2010;
28. Gelenberg AJ, Chesen CL. How fast are antidepressants ? J Clin Psychiatry. 2000;712-21.
29. Ahamed S, Anapalahan M, Savvas S, Gibson S, Torres J, Janus E. Hyponatraemia in older medical patients: implications for falls and adverse outcomes of hospitalisation. Intern Med J. oct 2014;991-7.
30. Petit manuel de pharmacovigilance et pharmacologie clinique. Rev Prescrire. 2011.
31. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française. Eur J Clin Pharmacol. 2007;725-31.

32. Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs. Association des psychiatres du Canada. juin 2001;
33. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.Recommandations et argumentaire. ANAES. mai 2002;
34. Mémo Episode dépressif caractérisé isolé de l'adulte, d'après les recommandations ANAES et AFSSAPS après avis de la HAS. Fiche Mémo. L'Assurance Maladie. oct 2010;
35. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? Recommandation sur le bon usage du médicament. HAS. févr 2015;
36. Joëlle FB. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours: Prise en charge thérapeutique et suivi. Haute Autorité de santé. oct 2017;380.
37. Nicolas A, Dorey JM, Charles E, Clément J. Sleep and depression in elderly people. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*. 1 sept 2010;171-8.
38. of Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, Alexopoulos GS. Diagnosis and Treatment Depression and Cognitive Impairment in Late-Life. *Ann N Y Acad Sci*. mai 2015;36-46.
39. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie A-S, Hanon C, Lestrade N, Limosin F, et al. Diagnosis and management of depression in the elderly. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2020;88-96.
40. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in Later Life: An Overview with Treatment Recommendations. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 mars 2012;203-29.
41. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ*. 28 sept 2011;d5219.
42. Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Rodrigues M, Castro I, Cardoso D. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic revie. *Int J Nurs Stud*. juin 2016;59-70.
43. Glover J, Srinivasan S. Assessment of the Person with Late-life Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 déc 2013;545-60.
44. Joulain M, Alaphilippe D, Bailly N, Hervé C. Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 juin 2010;106-10.
45. Vasudev A, Torres-Platas SG, Kerfoot K, Potes A, Therriault J, Gifuni A, et al. MindBody Interventions in Late-Life Mental Illnesses and Cognitive.
46. van der Steen JT, Smaling, HJA, van der Wouden, JC, Bruinsma, MS, Scholten, RJPM, Vink A. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018;(7). Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003477.pub4>
47. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and

- psychological symptoms of dementia. *BMJ*. 2 mars 2015;350(mar02 7):h369-h369.
48. Flack JM, Neaton J, Grimm R, Shih J, Cutler J, Ensrud K, et al. Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. 1995;2437-45.
 49. Stokes J, Kannel WB, Wolf PA, D'Agostino RB, Cupples LA. Blood pressure as a risk factor for cardiovascular disease. The Framingham Study--30 years of follow-up. 1989;13-8.
 50. Grossman A, Messerli FH, Grossman E. Drug induced hypertension--An unappreciated cause of secondary hypertension. *Eur J Pharmacol*. 2015;15-22.
 51. Almas A, Patel J, Ghori U, Ali A, Edhi AI, Khan MA. Depression is linked to uncontrolled hypertension: a case-control study from Karachi, Pakistan. *J Ment Health*. 2014;292-6.
 52. Fu W, Ma L, Zhao X, Li Y, Zhu H, Yang W, et al. Antidepressant medication can improve hypertension in elderly patients with depression. *J Clin Neurosci*. 2015;1911-5.
 53. Watts S, Morrison S, Davis R, Barman S. Serotonin and blood pressure regulation. *Pharmacol Rev*. :359-88.
 54. Finkel MS, Laghrissi-Thode F, Pollock BG, Rong J. Paroxetine is a novel nitric oxide synthase inhibitor. *Psychopharmacol Bull*. 1996;653-8.
 55. Grossman E, Messerli FH. Drug-induced hypertension: an unappreciated cause of secondary hypertension. *Am J Med*. 2012;14-22.
 56. N. HALOUANI, S. ELLOUZE, I. LAJMI, J. ALOULOU, ET O. AMAMI. DEPRESSION CHEZ LE SUJET AGE HOSPITALISE EN PSYCHIATRIE DEPRESSION IN THE ELDERLY HOSPITALIZED IN PSYCHIATRY. Service de psychiatrie B, CHU Hedi Chaker Sfax- Tunisie et Faculté de Médecine, Université de Sfax- Tunisie. *J.I. M. Sfax*. Octobre18;26-32.
 57. Boulenger JP, Ritchie K, Michel BF, Touchon J, Pancrazi MP, Verdier JM. Affect-Amygdale-Alzheimer, anxiété et démence. 1999;109-14.
 58. Molière F. Comorbidités psychiatriques et résistance thérapeutique. *European Psychiatry*. 2020/04/17 éd. 2014;29(S3):664-664.