

La dépression de la personne âgée



Attitudes pratiques

Docteur Norbert STEYER (médecin généraliste)

La dépression de la personne âgée



Attitudes pratiques

- ✓ **Poser le diagnostic**
- ✓ **Prendre en charge son traitement**

La dépression de la personne âgée



Attitudes pratiques

Poser le diagnostic

Comment évaluer une modification de l'humeur d'une personne âgée ? (1)

- **Il faut accorder une attention spéciale aux circonstances** dans lesquelles il survient.
 - ✓ Déterminer la date d'apparition du trouble, si elle a été progressive ou relativement subite.
 - ✓ Si le comportement paraît inadéquat, voir s'il y a un but sous-jacent ou une erreur de perception.
- **Passer en revue les ATCD psychiatriques** du patient, son passé social, sa personnalité antérieure.
- **Apprécier les facteurs interpersonnels et environnementaux.**

Comment évaluer une modification de l'humeur d'une personne âgée ? (2)

- **Passer en revue la liste des médicaments**
 - avec une attention particulière aux changements survenus au moment où les troubles ont commencé.
- **Examiner le patient,**
 - ✓ en prêtant attention aux changements de son état mental.
 - ✓ Rechercher les plaintes ou les signes physiques d'état douloureux.
 - ✓ Evaluer son autonomie physique.
 - ✓ Rechercher un handicap sensoriel. Evaluer l'estimation que la PA fait de sa maladie, de sa santé et de ses conditions de vie.
- **Apprécier les facteurs interpersonnels et environnementaux.**

Quand envisager le diagnostic de dépression ?



Il faut penser à une souffrance dépressive devant une modification comportementale :

- Agitation inhabituelle
- Troubles du sommeil
- Conduites agressives ou d'opposition
- Refus alimentaire
- Troubles psycho-comportementaux
- Idées récurrentes de mort et de suicide

Il est important de rappeler l'intérêt du diagnostic d'état dépressif en raison du risque suicidaire qu'il induit

Ce quelle n'est pas !

- ⊞ **La tristesse n'est pas un signe de dépression** puisqu'elle fait partie des réactions normales à une perte, fréquente chez les PA. Elle ne traduit une dépression que si elle est disproportionnée par rapport aux difficultés existentielles et si elle envahit totalement sa vie psychique.
- ⊞ **Le ralentissement psychomoteur et une moindre vivacité** peuvent traduire simplement le vieillissement ou l'existence de maladies.
- ⊞ **La réduction de la fluidité verbale, de la richesse du langage et des association d'idées** peuvent faire évoquer une démence débutante
- ⊞ **L'angoisse de fin de vie** peut être l'expression de la prise de conscience d'une mort prochaine : elle devient pour la personne âgée un événement personnel et n'est plus un destin général et abstrait.

Sur quels critères affirmer que nous sommes face à une dépression maladie et non une dépression symptôme d'une autre entité ? (1)

Il y a assurément maladie dépressive dans :

- ☒ l'expression du vécu d'une solitude intense, purement subjective, contrastant avec l'existence d'un soutien réel de l'entourage
- ☒ la survenue de troubles du comportement exprimant le vécu douloureux de la dépression : troubles caractériels et alcoolisme compulsif récent peuvent en faire partie
- ☒ l'abandon de tout projet
- ☒ la tentative de suicide ...

Mais parfois le doute diagnostique persiste :

- ☒ on peut alors s'aider d'outils validés d'évaluation
 - ☒ **Echelle de Dépression Gériatrique : ECHELLE G.D.S.** (Geriatric Depression Scale)
- ⌘ Un test thérapeutique est souvent nécessaire

Echelle de Dépression Gériatrique : Mini GDS



- Vous sentez vous souvent découragé(e) et triste ? OUI* NON
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? OUI* NON
- Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ? OUI NON*
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? OUI* NON

Si une * = forte probabilité de dépression

Si aucune * = forte probabilité d'absence de dépression

Sur quels critères affirmer que nous sommes face à une dépression symptôme d'une autre entité et non une dépression maladie ? (2)

Il peut s'agir de troubles bipolaires :

- épisodes dépressifs majeurs associés à un ou plusieurs épisodes maniaques ,
- troubles cyclothymiques dépressifs caractérisés par de nombreux épisodes de symptômes hypomaniaques et de symptômes dépressifs évoluant depuis au moins deux ans

**Ils sont déclinés en trois entités dans le DSM-IV,
Ils ne sont pas l'objet de notre propos.**

Comment repérer une dépression symptôme d'un autre trouble de l'humeur ? (1)

- ☒ une longue histoire de dépression majeure uni-polaire peut changer de polarité en fin de vie et peut s'avérer être une **manie** survenant pour la première fois à un âge avancé
- ☒ des épisodes dépressifs successifs peuvent s'associer à des **démences** corticales sous-corticales et vasculaires
- ☒ Des idées délirantes dépressives (culpabilité, persécution, nihilisme, vols,) des hallucinations traduiront la **dépression psychotique**.

Comment repérer une dépression secondaire à une autre pathologie ?

Elle peut accompagner :

- ✓ **des troubles endocriniens :**
Hypo-thyroïdie, Maladie de Cushing, Hyperparathyroïdie, arrêt de corticoïdes
- ✓ **des Infections virales :** Hépatites...
- ✓ **des néoplasies**
- ✓ **des maladies cérébrovasculaires :**
- ✓ **Des maladies neurologiques :**
Maladie d'Alzheimer, Maladie de Parkinson, AVC, Sclérose Latérale Amyotrophique, Maladie d'Huntington,...

L'examen clinique sera discriminant

Quelques situations cliniques particulières ou comment repérer une dépression secondaire ?

Dépression et AVC :

- ☒ La dépression survient chez environ 25 % des patients au décours d'un AVC
- ☒ quelques caractéristiques s'y attachent :
 - Il s'agit plus particulièrement de lésions de l'hémisphère gauche, à proximité du lobe frontal.
 - de lésions multiples de la substance blanche des hémisphères cérébraux ou des noyaux de la base.

Quelques situations cliniques particulières ou comment repérer une dépression secondaire ?

Dépression et maladie de Parkinson :

- Certains auteurs considèrent la dépression comme un signe de la maladie de Parkinson
- Dans 15 à 25 % des cas, elle précède ou est concomitante des premiers symptômes
- La dépression finit par atteindre la moitié des patients parkinsoniens
- Elle est d'autant plus importante que la maladie est accompagnée d'un dysfonctionnement du lobe frontal.

Il est important de diagnostiquer la dépression car elle peut être traitée par les antidépresseurs et la physiothérapie qui atténue également provisoirement le tremblement, la rigidité et la bradykinésie.

Quelques situations cliniques particulières ou comment repérer une dépression secondaire ?

Dépression et démence :

- La dépression y est plus fréquente que dans la population générale
 - 50% des déments présentent des manifestations dépressives.
 - Une dépression majeure est rencontrée dans 17% à 31% des maladies d'Alzheimer ; à noter qu'un ATCD familial de trouble de l'humeur prédispose les patients atteints de maladie d'Alzheimer à la dépression.
 - La dépression peut être initiale, traduisant une tentative d'adaptation mais l'installation de troubles mnésiques et du déficit intellectuel perturbent les mécanismes de défense et l'estime de soi. Rappelons l'intérêt du MMS
 - Elle peut être iatrogène

Quelques situations cliniques particulières ou comment repérer une dépression secondaire?

La dépression hypochondriaque :

- ☒ Elle prend le masque d'une pathologie organique.
- ☒ Elle donne lieu à des investigations multiples et répétées.
- ☒ Elle traduit une préoccupation constante, envahissante d'être atteint d'une maladie grave et de la certitude d'en développer une, en dépit de l'assurance du contraire.
- ☒ Les traitements, même bien conduits sont sans efficacité.

Quelques situations cliniques particulières ou comment repérer une dépression secondaire ?



Dépression et mélancolie :

- Elle prend l'aspect d'une dépression intense mais il y a prostration et mutisme
- Une perte de poids importante et une insomnie prédominante en fin de nuit doivent y faire penser
- Un syndrome mélancolique peut représenter l'évolution d'un trouble bipolaire déjà connu

Elle constitue une urgence thérapeutique du fait du retentissement somatique et du **risque important de conduite suicidaire**

Quelques situations cliniques particulières ou comment repérer une dépression secondaire ?

⌘ Attention à la iatrogénie:

- Les troubles neuropsychiques représentent près de 25% de la symptomatologie iatrogène comprenant les troubles de la vigilance, les syndromes confusionnels voire pseudo-démementiels et **également les états dépressifs**.
- Médicaments potentiellement dépressogènes : bétabloquants, inhibiteurs calciques, IEC, Méthyldopa, Benzodiazépines, Corticoïdes, L-Dopa,

La possibilité de « déprescrire » doit toujours être discutée notamment quand le bénéfice de la molécule n'est pas clairement établi ou lorsque la prescription n'est plus actuelle.

Comment évaluer les risques de suicide ?

Il faut savoir :

- ⊗ 12000 suicides chaque année dont **un tiers ont plus de 65 ans** soit 4000 personnes
- ⊗ les personnes âgées se suicident **deux fois plus souvent que les adultes**
- ⊗ La mort par suicide est à la fois plus rare que les autres causes de mort à cet âge, mais aussi plus fréquente que dans les autres tranches d'âge.
- ⊗ Les personnes âgées sont souvent si déterminées qu'**elles trouvent très fréquemment la mort.**

Comment évaluer les risques de suicide ?

- ⊞ L'angoisse d'une fin de vie difficile
- ⊞ La **dépression majeure, intense et durable**, augmentant le recours aux soins, responsable d'un rejet éventuel du traitement, donnant lieu à de nouvelles prescriptions également inefficaces
- ⊞ **L'isolement**
- ⊞ Les **maladies graves, la souffrance**
- ⊞ Les **idées suicidaires exprimées** par la personne âgée prenant l'aspect d'une ruminant ou d'une menace adressée à l'entourage
- ⊞ Attention aux **traumatismes importants** auxquels la personne âgée a échappé. Ces traumatismes la fragilisent : elle peut souffrir de ce qu'on appelle la culpabilité du survivant

Quel sens peut revêtir le suicide ?



- ☒ Un évitement qui permet de **garder la maîtrise des événements.**
- ☒ une prise de conscience de la maladie qui lui fait penser que ce n'est **plus la peine de continuer à vivre**
- ☒ Le **contrôle de sa mort** en se la donnant.
- ☒ **La délivrance** par une mort immédiate sans période de fin de vie laquelle fait peur.

Peut-on prévenir le suicide de la personne âgée ?

- ☒ Il est **impossible de prévoir** qui va se donner la mort mais il faut savoir reconnaître une dépression.

- ☒ **L'écoute et le temps passé pour aborder la question** du suicide reste la meilleure prévention

-
- ☒ **Verbaliser les idées suicidaires** diminue le risque de suicide et soulage le patient.

La dépression de la personne âgée

Attitudes pratiques



Prendre en charge son traitement

Quel est l'environnement de mon patient ?



Il est indispensable d'apprécier les circonstances de survenue de la dépression et de rechercher un facteur déclenchant :

- La PA ne comprend pas ce que l'entourage attend d'elle
- L'environnement a changé :
 - trop stimulant
 - trop bruyant
 - trop de contraintes
 - tout simplement nouveau
 - chercher les mésententes
 - penser à la dure épreuve de la solitude

Quel est l'objectif du traitement ?

⌘ La modification des symptômes et des conduites :

- ☒ Restaurer l'humeur
- ☒ Retrouver un sommeil de qualité
- ☒ Reprendre des activités sociales et améliorer la qualité de la vie
- ☒ Faire à nouveau des projets

- ☒ Mais aussi diminuer les coûts de santé et de mortalité

ou plus simplement :

- ☒ Diminuer les symptômes de la dépression
- ☒ Réduire le risque de rechutes
- ☒ Prévenir le raptus suicidaire

Que dire au patient ?



- ⊞ **Il faut employer le mot de dépression**
- ⊞ La prise en charge ne se conçoit pas sans **expliquer** au patient sa maladie, le principe du traitement, ce qu'il peut en attendre et en craindre
- ⊞ Insister sur la notion que la dépression est une maladie véritable, **qu'elle se traite et donc peut se guérir**
- ⊞ Insister sur l'idée que **le traitement n'agit pas immédiatement** et qu'il doit être prolongé pendant au moins six mois , généralement un an

Que dire à son entourage ?



- ☒ Qu'il doit **faire preuve de patience**, de bienveillance, d'écoute et d'encouragement
- ☒ Qu'il ne sert à rien de **forcer la personne âgée à « réagir »**, pour qu'elle aille mieux
- ☒ Qu'il est important de **l'aider dans son quotidien et de la valoriser**

De quel arsenal thérapeutique disposons-nous ?



Selon la nature et la gravité du syndrome dépressif, on peut utiliser :

- Les thérapies médicamenteuses et bien sûr la psychothérapie chaque fois qu'elle est possible
- selon l'avis du spécialiste, la sismothérapie seule ou en association en cas de résistance au traitement et plus spécialement pour les dépressions avec idées délirantes, l'adynamie marquée, l'agitation importante

Quelles questions devons-nous nous poser avant toute instauration de traitement ?



- ⌘ Y a-t-il des antécédents dépressifs ou des traitements antidépresseurs déjà prescrits ?
- ⌘ Y a-t-il des pathologies associées ?
- ⌘ Quel est le traitement actuel ?
- ⌘ Y a-t-il une altération des fonctions supérieures, un déficit cognitif ?
- ⌘ Y a-t-il une perte d'autonomie physique ou un handicap sensoriel ?
- ⌘ Quel est le contexte social? Permet-il une prise en charge à domicile ?

Étape pré-thérapeutique selon la terminologie de Pfitzenmeyer
Annales médicales de Moselle

Y a-t-il des troubles du comportement associés?

Il faut faire un **inventaire psychiatrique** :

- Y a-t-il des idées délirantes ?
- Y a-t-il des hallucinations ?
- Y a-t-il une agitation ou une agressivité ?
- Y a-t-il une anxiété ?
- Y a-t-il une exaltation de l'humeur ?
- Y a-t-il une apathie , une indifférence ?
- Y a-t-il une irritabilité ou une instabilité ?
- Existe-t-il un comportement moteur aberrant ?
- Existe-t-il des troubles du sommeil ?
- Existe-t-il des troubles de l'appétit ?

The neuropsychiatric inventory d'après J.L.Cummings et coll

Quel est l'état physique de mon patient ?



Il est indispensable de :

- ☒ connaître le **poids** du patient pour adapter au mieux le posologie des médicaments
- ☒ connaître sa **fonction rénale**
- ☒ apprécier son état d'**hydratation**
- ☒ estimer son **état nutritionnel**
- ☒ Contrôler ses possibilités de **déglutition**
- ☒ définir son **état sensoriel et moteur**
- ☒ apprécier une **éventuelle instabilité à la marche**, source de chute
- ☒ Rechercher une **instabilité tensionnelle**, source de chute également
- ☒ Rechercher encore et toujours une **détérioration intellectuelle** préexistante parfois latente ou masquée

Devons nous faire appel à un traitement médicamenteux ?



- ✓ Les médications psychotropes sont toujours indiquées
- ✓ Mais il faut souligner que si le soutien par psychothérapie est toujours indiqué, les psychothérapies sont malheureusement peu utilisées dans le traitement de la dépression chez la PA

Comment choisir le bon antidépresseur chez la personne âgée ?



Le choix de la molécule dépend:

- de l'histoire et du terrain du patient
- du médicament :
 - Propriétés pharmacocinétiques
 - Interactions potentielles
 - Effets secondaires
 - Profil pharmacodynamiques sédatif ou désinhibiteur
- du type de dépression :
 - Plutôt anxieuse
 - Plutôt inhibée

Comment choisir le bon antidépresseur chez la personne âgée ?

Quelques grandes règles (1) :

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) (séropram*, prozac*, deroxat*, zoloft*) sont souvent utilisés en première intention, mais ne sont **pas totalement dénués d'interactions médicamenteuses** qu'il faut connaître (AVK, anti-arythmiques...).
- Les tricycliques imipramiques (anafranil*, laroxyl*...) ne sont à utiliser **qu'en seconde intention** chez le sujet âgé dépressif en cas de résistance au traitement, car trop d'effets secondaires.
- Un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Effexor* Ixel*) peut s'avérer très utile; aussi puissant qu'un tricyclique avec moins d'effets secondaires.

Comment choisir le bon antidépresseur chez la personne âgée ?

Quelques grandes règles (2) :

- **Autres antidépresseurs** (athymil*, stablon*, vivalan*) sont souvent intéressants en gériatrie à l'exception du norset*
 - Les **IMAO sélectifs** (Humoryl*...) mieux tolérés que ceux de la première génération ;ils ont également des effets secondaires et sont moins utilisés.
-
- ✓ une dépression évoluant sur un mode d'anxiété fera préférer un antidépresseur sédatif (athymil*...)
 - ✓ une dépression évoluant sur un mode d'inhibition fera préférer un antidépresseur stimulant (seropram*, vivalan* effexor*...)
 - ✓ Chez le sujet âgé, il convient de préférer les ISRS à demi-vie courte et sans métabolite actif(seropram*, deroxat*, zoloft*...) afin de réduire et éviter les risque de surdosage et accumulation.

Comment éduquer la famille du patient sur l'utilisation et les risques du traitement médicamenteux ?

⌘ Informer la famille :

- ☑ sur l'éventuelle survenue de troubles du comportement
- ☑ ou d'effets secondaires de médications

⌘ Conseiller la famille :

- ☑ pour qu'elle propose au patient des activités servant de dérivatifs à ses idées mélancoliques ou convictionnelles (changer de lieu ou de conversation, proposer une activité...)
- ☑ pour qu'elle organise régulièrement des activités physiques
- ☑ De diminuer les sources de perturbation : trop de bruit, trop de contraintes...)

⌘ Aider la famille

Concours médical 13 avril 2002 n°14

Comment le prescrire ?

- ⌘ Il faut atteindre une **posologie normale** mais **souvent avec des doses faibles en début de traitement**, si la P.A. est fragilisée.
- ⌘ Chez la personne âgée, il faut savoir changer d'antidépresseur ;
 - ☒ en pratique il faut réévaluer la situation au bout d'un mois; en cas d'inefficacité changer d'antidépresseur (pour une autre classe).
- ⌘ **Le traitement doit être poursuivi :**
 - ☒ Au mois six à neuf mois après normalisation de la thymie s'il s'agit d'un premier épisode
 - très longtemps en présence d'une forme récurrente ou d'une dépression ayant menacé le pronostic vital

Comment apprécier sa tolérance ?

⌘ Il faut sans cesse rechercher les effets indésirables :

- ⊠ Le **syndrome sérotoninergique** en particulier favorisé par certaines associations et qui justifie l'arrêt immédiat du traitement, si apparition
 - ⊗ de troubles psychiques : confusion, agitation, coma
 - ⊗ De troubles moteurs : incoordination motrice , tremblements, myoclonies
 - ⊗ De troubles végétatifs : pbs tensionnels, tachycardie, hyperthermie, sueurs
 - ⊗ Et digestifs : diarrhées
- ⊠ Les **troubles neuropsychiques** : hallucinations , idées délirantes
- ⊠ Les **troubles extrapyramidaux** : tremblements , dyskésies
- ⊠ Les **troubles digestifs** : constipation, nausées, vomissements, sécheresse de bouche
- Les **troubles mictionnels**...

Comment évaluer son efficacité avec l'avis du malade, de la famille, de son entourage, de l'équipe soignante ?

Il faut rappeler les objectifs :

- l'amélioration des symptômes et des conduites, l'amélioration de la qualité de la vie, l'amélioration de l'état de santé, la prévention des tentatives de suicide

donc **documenter régulièrement l'efficacité du traitement**

- avec l'aide des outils de « l'évaluation gériatrique standardisée » : les échelles de la dépression, de l'anxiété, de l'état nutritionnel...
- d'après le comportement du patient et ses capacités d'adaptation
- un bilan environnemental appréciant la participation sociale familiale ou de voisinage (les clubs du troisième âge..)

Que faire en cas d'inefficacité du traitement ?

- ⌘ Il faut changer de classe thérapeutique
- ⌘ et prendre un avis psychiatrique spécialisé
 - ⊞ ne pas oublier la **psychothérapie** qui a démontré son efficacité
 - ⊗ tentant de substituer des pensées positives aux images sombres
 - ⊗ qui n'est toujours pas assez utilisée
 - ⊞ proposer la **sismothérapie** qui est un traitement hautement efficace pour la dépression gériatrique sévère et durable :
 - ⊗ elle est indiquée dans les formes mélancoliques ou les formes avec anorexie majeure
 - ⊗ et en cas de résistance au traitements antidépresseurs bien conduits
- ⌘ Mettre en place ou renforcer le **soutien familial**

Quand arrêter le traitement ?



- ⌘ Chez la personne âgée , **Le traitement doit être poursuivi :**
 - ☒ Au mois six à neuf mois après normalisation de la thymie s'il s'agit d'un premier épisode
 - très longtemps en présence d'une forme récurrente ou d'une dépression ayant menacé le pronostic vital

- ⌘ Mais le soutien , la relation d'aide, la qualité d'écoute de la **relation « médecin-malade »** sont à **maintenir indéfiniment**
