

RÉSUMÉ : Les troubles dépressifs sont particulièrement fréquents chez la personne âgée et soulèvent des problèmes importants par la difficulté du diagnostic, la fréquence des affections somatiques concomitantes, les particularités sociales et environnementales liées à cette période de la vie. Leur symptomatologie est souvent atypique avec une fréquence particulière de plaintes somatiques et hypocondriaques. Divers diagnostics différentiels doivent être évoqués, notamment la démence. La prise en charge du déprimé âgé impose une compétence particulière sur le plan psychothérapeutique et des précautions spécifiques dans l'approche médicamenteuse. Le rôle du médecin est essentiel afin que le "supplément de vie" obtenu grâce aux progrès médicaux et sociaux ne devienne pas une période de souffrance ou simplement une survie sans projet.

INTRODUCTION

Du fait de l'augmentation de la longévité, les problèmes de santé mentale des personnes âgées occupent désormais une place grandissante dans le champ de la psychiatrie. La dépression de la personne âgée ne diffère pas fondamentalement de celle apparaissant à d'autres âges de la vie. Elle soulève cependant des problèmes importants par la difficulté du diagnostic, la fréquence des affections somatiques concomitantes, les particularités sociales et environnementales liées à cette période. De plus, elle impose une compétence particulière dans la prise en charge psychothérapeutique et des précautions spécifiques dans le traitement médicamenteux. Il est essentiel que le "supplément de vie" obtenu grâce aux progrès médicaux et sociaux ne devienne pas une période de souffrance ou simplement une survie sans projets. La dépression constitue l'un des facteurs négatifs essentiels du concept de "qualité de vie", dont l'importance est maintenant admise par tous.

Dans le cadre de cet article de synthèse, nous décrivons l'épidémiologie de la dépression de la personne âgée, ses particularités cliniques, le diagnostic différentiel avec les affections associées, les facteurs pathogéniques, et les principes de traitement.

EPIDÉMIOLOGIE

Les études épidémiologiques de la prévalence de la dépression chez la personne âgée, le plus souvent définie par un âge supérieur à 65 ans, rapportent des résultats souvent disparates, liés à des différences méthodologiques importantes. Dans la population générale, la prévalence de

l'épisode dépressif majeur se situe entre 2 et 3 %, auxquels il faut ajouter 10 à 15 % "d'états dysphoriques" moins bien caractérisés (1). Kivela (2) rapporte des taux de 2,7 % pour la dépression majeure, de 1,4 % pour la dépression "atypique" et de 13 % pour la dysthymie (ou dépression modérée chronique). Chez les sujets institutionnalisés ainsi que chez les sujets hospitalisés, la prévalence de la dépression serait d'environ 40 %. En médecine générale, 15 à 30 % des personnes âgées qui consultent présentent des symptômes dépressifs significatifs (1). Ces statistiques démontrent bien l'ampleur des troubles dépressifs chez la personne âgée. Il faut cependant souligner que la grande majorité des patients déprimés âgés ne consultent pas, ou seulement pour des troubles somatiques qui masquent les signes classiques de dépression. Seulement entre 4 et 14 % des patients déprimés qui consultent seraient diagnostiqués comme tels.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

La symptomatologie dépressive de la personne âgée de diffère pas fondamentalement de celle du sujet plus jeune, telle qu'elle est décrite par exemple dans les critères d'épisode dépressif majeur de la 4^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV) (3) (tableau I). Elle est cependant souvent moins caractéristique. Certains symptômes sont rencontrés plus fréquemment (tableau II), particulièrement les plaintes somatiques et les plaintes hypocondriaques (4). Près de deux-tiers des sujets ont des plaintes somatiques prédominantes et dans 30 % des cas, cette somatisation représente le symptôme initial. Les symptômes somatiques concernent particulièrement le système nerveux central (difficultés de concentration, troubles de mémoire), le système

TABLEAU I. EPISODE DÉPRESSIF MAJEUR (DSM-IV)

Au moins 5 critères pendant 2 semaines avec (1) ou (2).
(1) Humeur dépressive
(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
(3) Perte ou gain significatif de poids en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit
(4) Insomnie ou hypersomnie
(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
(6) Fatigue ou perte d'énergie
(7) Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
(9) Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

(1) Chargé de Cours, Université de Liège, Chef du Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale.

TABLEAU II. SYMPTÔMES DÉPRESSIFS PLUS FRÉQUENTS
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

- Symptômes somatiques
- Symptômes hypocondriaques
- Idées délirantes (persécution, jalousie, préjudice)
- Irritabilité, hostilité, agressivité
- Sentiments d'être diminué
- Perte d'intérêt
- Agitation
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit
- Idées de culpabilité
- Perte d'estime de soi
- Anxiété

digestif, l'état général, les douleurs ostéo-articulaires et musculaires et les symptômes cardio-vasculaires. Les plaintes hypocondriaques sont principalement de nature cardio-vasculaire, urinaire et digestive. Ces idées hypocondriaques peuvent parfois prendre un aspect délirant.

Dès lors, il est important que le médecin soit capable de rechercher un trouble dépressif derrière de vagues plaintes somatiques et hypocondriaques (tableau III).

TABLEAU III. RECHERCHE D'UN TABLEAU DÉPRESSIF
CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

1. Le patient a-t-il l'air abattu ?
2. Pleure-t-il facilement ?
3. Ferme-t-il facilement les yeux et/ou refuse-t-il le contact visuel lorsque le médecin évoque la dépression ?
4. Le patient présente-t-il des signes d'auto-négligence ?
5. Le patient refuse-t-il de boire ou de manger ?
6. Le patient présente-t-il des troubles graves du sommeil, particulièrement en milieu ou fin de nuit ?
7. Existe-t-il un caractère cyclique des plaintes somatiques, principalement présentes le matin et s'améliorant en fin de journée ?
8. Le patient présente-t-il des symptômes anxieux ou hypocondriaques d'apparition récente ?

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les principaux diagnostics différentiels envisagés devant une symptomatologie dépressive de la personne âgée concernent des affections médicales, des troubles iatrogéniques et d'autres pathologies psychiatriques, particulièrement la démence.

De nombreuses affections médicales peuvent donner des tableaux dépressifs, particulièrement les affections endocriniennes (hypothyroïdie, maladie de Cushing ...), les affections neurologiques (maladie de Parkinson, tumeur cérébrale ...), les maladies infectieuses (hépatite, mononucléose ...). Dès lors, une anamnèse et un examen clinique soigneux sont toujours utiles ainsi qu'éventuellement certains examens complémentaires (bilan thyroïdien, scanner cérébral par exemple). D'autre part, les maladies chroniques ou débilitantes s'accompagnent fréquemment d'une symptomatologie dépressive.

De nombreux médicaments peuvent provoquer ou favoriser un état dépressif. Historiquement, la réserpine, utilisée comme antihypertenseur induisait des états dépressifs caractéristiques chez un quart des patients traités. Actuellement, les substances à risque sont surtout représentées par certains antihypertenseurs comme la méthildopa (Aldomet®), la clonidine (Catapressan®), la guanéthidine (Isméline®), la prazosine (Minipress®) et plus rarement les bêta-bloquants, les anorexigènes (amphétamines, fenfluramine ou Ponderal®), les psychostimulants, les antituberculeux, certains antimigraineux (flunarizine ou Sibelium®), les préparations hormonales (surtout les progestagènes) et les antimétabolites.

Dans les démences débutantes, il y a fréquemment l'existence de troubles cognitifs et d'une symptomatologie dépressive atypique (repli, anesthésie affective...) : un bilan complet est souvent utile. Le tableau IV reprend les principaux éléments orientant le diagnostic différentiel (5). En cas de doute, un traitement antidépressif d'épreuve est recommandé.

PATHOGÉNIE

Comme dans toutes les dépressions, divers facteurs peuvent jouer un rôle pathogénique dans la dépression de la personne âgée.

Les *facteurs génétiques* apparaissent jouer un rôle moindre dans les dépressions survenant tard dans la vie par comparaison aux dépressions apparues plus précocement.

Sur le plan *biologique*, les sujets âgés possèdent des systèmes aminergiques différents de ceux d'une population plus jeune qui pourraient expliquer un risque augmenté de dépression. Ainsi, l'activité des systèmes dopaminergiques et noradrénergiques diminue dès la cinquantaine. De plus, l'activité de la monoamine oxydase (MAO) est très corrélée avec l'âge. Dès lors, la diminution de libération des principaux neurotransmetteurs, couplée à une augmentation de leur dégradation, constitue un facteur de risque biologique aggravé chez la personne âgée par rapport à la personne plus jeune.

Les dépressions de la personne âgée semblent davantage déclenchées par des *événements de vie* et des *facteurs sociaux* que celles des sujets plus jeune. La vieillesse est une période où les deuils sont nombreux de même que les pertes de sujets d'intérêt. Cependant, ce type d'événement pourrait être moins déterminant d'un point de vue psychologique chez le sujet âgé que plus précocement dans la vie parce que davantage anticipé. Une grande majorité des personnes âgées traversent ces expériences douloureuses

TABLEAU IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE DÉPRESSION ET DÉMENCE (5)

	Dépression	Démence
<i>Hétéro-anamnèse</i>		
dépansions préalables	fréquentes	rares
début des symptômes	subaigu (semaines)	insidieux (mois)
durée des symptômes	mois	années
perte des aptitudes sociales	précoce et marquée	tardive et limitée
symptômes de dépression et/ou d'apathie	précèdent les symptômes de dysfonctionnement cognitif	font suite aux symptômes de dysfonctionnement cognitif
variation diurne	moins bien le matin	plus agité le soir
effort pour faire face à la situation	faible	important
<i>Examen clinique</i>		
soins personnels	fortement diminués	incompétence en matière de maquillage/d'habillement
humeur et affect	perpétuellement déprimé et en phase avec la préoccupation intérieure	labiles, alternance rapide entre euphorie et "tristesse"
contenue des pensées	improductif, limité	productif
idéation	ralentie	parfois accélérée, prolixité
<i>Examen neuro-psychologique</i>		
coopération	faible	souvent bonne
attention	bien soutenue	faible
orientation	meilleure que prévu	perturbée
calculs simples	grosses fautes	presque justes
mémoire	mémoire récente et éloignée toutes deux très perturbées	récente > éloignée
réaction à la situation de test	accentuation du handicap mnésique	content du résultat
performance générale	variable	régulièrement mauvaise
<i>Examen somatique</i>		
démarche	normale	jambes écartées, légèrement incertaine
réflexes	normaux	"snout reflex", réflexe palmo-mentonnier

sans nécessiter une aide médicale ou psychologique. Il n'en demeure pas moins que plusieurs études ont mis en évidence un taux significativement plus élevé de suicides (jusqu'à 5 fois) après la perte de l'épouse.

De nombreux déprimés rapportent au moins un événement de vie sévère dans les trois mois précédant la survenue de la dépression. De même, la perte d'un réseau relationnel favorable est associée à la dépression mais uniquement chez les hommes. La dépression est également en relation avec la retraite par l'intermédiaire de facteurs secondaires : la perte de relations amicales proches, la survenue de stress sociaux chroniques et la maladie.

Les *affections somatiques* jouent fréquemment un rôle dans la dépression de la personne âgée. Certaines maladies peuvent avoir un rôle étiologique direct sur la survenue d'un état dépressif, soit pour une raison psychologique, soit par des mécanismes cognitifs. La prévalence et le risque relatif de symptômes dépressifs sont nettement corrélés au nombre d'incidents médicaux, aux difficultés dans les activités de la vie quotidienne, à la perte d'autonomie, à l'évaluation de son propre état de santé et au nombre de visites chez les médecins somaticiens. La nécessité de rester au domicile suite à un mauvais état physique joue un rôle manifeste confirmé dans

de nombreuses études. Un processus pathologique communément associé à l'âge est représenté par la maladie cardio-vasculaire. Ainsi, des tableaux dépressifs sont présents chez près de la moitié des patients ayant présenté un accident vasculaire cérébral. De toute façon, il est essentiel d'évaluer et de traiter la maladie physique, ce qui constitue une part essentielle de la prise en charge des déprimés âgés.

TRAITEMENT

Le traitement des états dépressifs peut s'articuler suivant deux grands axes : psychothérapique et médicamenteux. Les aspects relationnels, de compréhension et d'écoute sont fondamentaux pour tout patient déprimé. L'approche psychothérapique peut être suffisante dans les formes d'intensité légère ou modérée ou lorsque les facteurs psychologiques jouent un rôle primordial. Un traitement médicamenteux sera cependant nécessaire si l'intensité de la symptomatologie est importante ou si le patient est peu accessible à la prise en charge psychothérapique.

A. PSYCHOTHÉRAPIE

Le premier rôle du médecin consiste à expliquer au patient que la dépression est une véritable maladie et à lui proposer un schéma expli-

catif adapté à son niveau culturel ("batterie déchargée" par exemple). Il est souvent utile de féliciter le patient d'être venu consulter en lui montrant qu'il s'agit d'un signe de courage et d'intelligence alors que le patient l'interprète habituellement comme une preuve supplémentaire de sa faiblesse et de sa dévalorisation.

Rassurer, apporter un soutien et rendre un espoir réaliste constituent des aspects importants. Il faut convaincre le patient déprimé que sa souffrance actuelle, avec tout ce qu'elle a d'insupportable, est heureusement temporaire.

Le patient déprimé présente généralement une perception anormalement négative ou pessimiste de lui-même, de son environnement et de son futur. Ce "filtre" lui fait interpréter tout élément dans un sens défavorable qui ne fait qu'augmenter ses sentiments d'échec et de dévalorisation. A partir des problèmes concrets actuels et des événements en relation avec l'état dépressif, il faut mettre en lumière les erreurs de raisonnement (distorsions cognitives) et les corriger. Il faut insister sur la présence d'éléments positifs que le patient a tendance à passer sous silence. Il faut relever avec le patient ce qui, dans son univers actuel, a un rôle négatif et essayer d'en limiter l'influence. Il faut également évaluer tout ce qui a un effet positif même transitoire, et proposer au patient d'en augmenter la fréquence. Globalement, le but est de rétablir une balance positive en diminuant les stress négatifs et en augmentant les activités sources de plaisir.

Enfin, il est essentiel d'aborder avec tact le problème du suicide et d'évaluer soigneusement le risque suicidaire.

De façon plus spécifique, Steuer (6) a bien schématisé les principaux principes de la psychothérapie de la personne âgée.

1. Le thérapeute doit prendre un rôle actif dans la mise en oeuvre de n'importe quelle thérapie, autorisant ainsi le patient à chercher à terme des solutions à ses difficultés.

2. Le traitement doit se focaliser sur les problèmes.

3. Il est utile d'éduquer le patient sur les aspects normaux du vieillissement, en l'aidant à planifier des activités quotidiennes, et en jouant un rôle de soutien social.

4. Les buts du traitement peuvent être davantage limités que chez un jeune patient, par exemple au niveau de la réduction des symptômes, de l'acceptation de plus grandes dépendances, de l'apprentissage de nouveaux schémas comportementaux ou de l'augmentation de l'estime de soi pour améliorer la qualité de vie du patient.

Ainsi, les programmes d'affirmation de soi, les traitements orientés vers les problèmes actuels, les thérapies cognitives et comportementales peuvent avoir un intérêt thérapeutique de même que les interventions en situation de crise face à une maladie somatique ou de multiples pertes.

B. PHARMACOTHÉRAPIE

Un traitement médicamenteux approprié peut fortement améliorer le pronostic à court et à long terme de la dépression du sujet âgé. Le traitement antidépressif est cependant plus difficile de par l'existence fréquente de troubles physiques pouvant constituer des contre-indications au traitement, de la moins bonne tolérance à certains effets indésirables des antidépresseurs et de la compliance souvent médiocre au traitement. Les sujets âgés ont besoin d'être impliqués dans leur traitement qui doit être régulièrement évalué (7).

Parmi les différentes familles d'antidépresseurs, les *inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine* (tableau V) présentent une efficacité comparable aux tricycliques, au moins dans les dépressions d'intensité légère à modérée. Ils n'ont guère de contre-indications, sont peu toxiques et leur tolérance est généralement nettement meilleure que celle des tricycliques, grâce notamment au petit nombre de plaintes de types anticholinergique et adrénolytique. De plus, ils ne perturbent généralement pas les fonctions intellectuelles et n'induisent pas de prise de poids. Leurs effets indésirables principaux (le plus souvent transitoires) concernent la sphère digestive (nausées, gastralgies ...), la sphère sexuelle (retard orgasmique), des troubles de la vigilance (insomnie/somnolence en fonction de la molécule et de la sensibilité individuelle) et parfois de la fièvre en début de traitement. Ces antidépresseurs se donnent en prise unique quotidienne généralement à la fin du repas, de préférence le matin dans le cas de molécules plutôt stimulantes (fluoxétine, citalopram, sertraline) ou le soir pour les molécules plutôt sédatives (fluvoxamine, paroxétine).

La prescription des *inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)* classiques doit, en raison de leur toxicité potentielle, être réservée aux spécialistes. Ils peuvent cependant, en cas d'échec d'autres traitements, constituer une

TABLEAU V. INHIBITEURS SÉLECTIFS DU RECAPTAGE DE LA SÉROTONINE
DOSE INITIALE, DOSE EFFICACE, DOSE MAXIMALE (MG/J)

fluvoxamine (Floxyfral®) :	50, 100, 300
fluoxétine (Prozac®) :	10-20, 20, 60
citalopram (Cipramil®) :	10-20, 20-40, 60
sertraline (Serlain®) :	50, 50, 200
paroxétine (Aropax®/Seroxat®) :	10-20, 20, 50

arme particulièrement efficace. Un nouveau type d'IMAO, les inhibiteurs réversibles de la MAO-A (RIMA), dont le maniement est beaucoup plus facile, a été récemment introduit. Le premier représentant en est le moclobémide (Aurorix®). Le moclobémide est un antidépresseur maniable et bien toléré qui doit être utilisé à une dose suffisante (généralement au moins 600 mg/j).

Les *antidépresseurs tricycliques* tels que la clomipramine (Anafranil®) ou l'amitriptyline (Redomex®/Tryptizol®) ont largement fait la preuve de leur efficacité mais comportent d'importantes contre-indications et de nombreux effets indésirables liés notamment à leur action anticholinergique. Parmi les contre-indications fréquentes chez le déprimé âgé, il faut mentionner le glaucome à angle fermé, les troubles vésico-prostatiques, les troubles cardiaques, particulièrement les troubles de conduction et les troubles du rythme. Les effets indésirables des tricycliques peuvent être plus marqués chez la personne âgée, notamment la constipation conduisant à un iléus paralytique, les troubles cognitifs conduisant à la confusion, l'hypotension et la sédation. De plus, les tricycliques sont rapidement toxiques en surdosage.

Enfin, quelques *antidépresseurs "atypiques"* sont caractérisés soit par des propriétés sédatives marquées (la miansérine ou Lerivon® et la trazodone ou Trazolan®) ou psychostimulantes (la viloxazine ou Vivalan®).

Il est important de rappeler les principes généraux de la bonne utilisation des antidépresseurs.

1. Utiliser une posologie suffisante, ce qui n'est pas toujours le cas avec les tricycliques où l'ascension posologique doit être progressive mais aboutir à des doses d'au moins 75 mg/j.

2. Informer le patient et éventuellement sa famille de la nature de la maladie et de la stratégie thérapeutique. En particulier, le patient doit être prévenu de la latence d'apparition de l'effet dépressif et de la survenue possible de certains effets indésirables qui précèdent l'effet thérapeutique. Cette information est capitale pour améliorer la compliance du patient.

3. Utiliser de préférence une seule administration quotidienne, le soir pour les antidépresseurs à action sédative et le matin pour les produits plus stimulants.

4. Administrer le traitement pendant une durée suffisante. Le début de l'effet antidépresseur demande au moins 2 à 3 semaines mais peut nécessiter 2 mois chez la personne âgée. En cas d'amélioration insuffisante, on peut augmenter la dose (généralement la doubler) si le traitement est bien toléré. Le traitement antidépresseur doit

être poursuivi au moins 6 mois après une amélioration symptomatique mais une durée de deux années est souvent recommandée chez la personne âgée. De plus, certains états dépressifs chroniques peuvent justifier un traitement continu.

5. Eviter l'association d'antidépresseurs. En cas d'échec d'un premier antidépresseur, substituer à ce traitement une autre molécule.

6. Limiter les associations, notamment avec des anxiolytiques et des hypnotiques qui peuvent être responsables de déficits cognitifs et éventuellement de confusion.

7. La dégression posologique doit être lente, par exemple à raison d'un comprimé toutes les 4 à 6 semaines en revoyant le patient régulièrement et en revenant à la posologie initiale en cas de réapparition de symptômes dépressifs. Le patient doit également être suivi après arrêt du traitement afin d'évaluer le risque de rechute ou de récurrence.

CONCLUSION

Le rôle du médecin traitant est essentiel pour un diagnostic précoce et une prise en charge efficace du patient déprimé âgé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Clément JP, Léger JM.— Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé, in Th Lemprière Ed, *Les dépressions du sujet âgé*. Masson, Paris, 1996, 19-30.
2. Kivela SL.— Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatr Scand*, 1994, **89**, (Suppl. 377), 73-76.
3. American Psychiatric Association — *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4ème éd. Masson, Paris, 1996.
4. Blanchard M, Mann A.— Dépression des sujets âgés, in JP Olié, MF Poirier, H Léo Ed, *Les maladies dépressives*. Flammarion, Paris, 1995, 32-44.
5. Godderis J.— *La dépression chez le sujet âgé*. Continental Pharma, Bruxelles, 1990.
6. Steuer J.— Psychotherapy with the elderly. *Psychiatr Clin N Am*, 1982, **5**, 199-213.
7. Ansseau, M.— Comment je traite ... Un premier épisode dépressif. *Rev med Liege*, 1994, **49**, 591-592.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. M. Ansseau, Service de Psychiatrie et de Psychologie médicale, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.