

De la communauté à l'EMS

# Détection de la dépression du sujet âgé

La dépression est une pathologie fréquente chez la personne âgée, connue pour être insuffisamment diagnostiquée et traitée. La reconnaître est souvent difficile, pour différentes raisons. Les conséquences d'une dépression, même mineure, sont importantes en termes de déclin fonctionnel, de baisse de la qualité de vie, d'augmentation de la morbidité et de la mortalité (y compris par suicide), de prolongation des séjours hospitaliers et de recours accru aux soins. A cela s'ajoute le fardeau pour les proches qui aident la personne déprimée et sont témoins de sa souffrance. Il est important que les médecins de premier recours soient sensibilisés à cette pathologie, sachant que la majorité des patients déprimés sont et préfèrent être traités par leur médecin et que ces derniers aussi préfèrent généralement traiter eux-mêmes leurs patients (1).

La prévalence de la dépression du sujet âgé varie selon les critères utilisés, la catégorie d'âge et la population considérée. Dans la communauté, la prévalence de la dépression majeure atteint à peine 4%, mais il y aurait bien plus de dépressions « mineures ». 15 à 30% des personnes âgées consultant un généraliste ont des symptômes dépressifs significatifs. La prévalence de la dépression augmente chez les patients hospitalisés (30-40%) et chez ceux qui vivent en EMS (35-45%). En médecine de premier recours, 40% des cas de dépression ne seraient pas diagnostiqués (2). Ce taux de non-reconnaissance de la dépression est encore plus élevé, atteignant 75%, si on considère une population âgée de 85 ans (3). Même lorsqu'elle est reconnue, la dépression n'est souvent pas traitée, voire traitée de façon inappropriée par des anxiolytiques ou des analgésiques seuls. Cette tendance à ne pas traiter est encore plus marquée concernant les « vieux vieux » (4).

## Détection et recherche de facteurs étiologiques

On peut distinguer trois sous-types étiologiques de dépression (5) :

- ▶ à début précoce, récurrente, associée à une vulnérabilité psychobiologique ;
- ▶ à début tardif, en lien avec des facteurs de stress ;

TAB. 1	Dépression post-AVC : facteurs de risque
	Présence d'un handicap physique
	Présence d'une détérioration cognitive
	Gravité de l'AVC
	Sexe féminin
	Antécédents d'épisodes cérébrovasculaires et/ou de dépression
	Neuroticisme élevé dans les tests de personnalité
	Présence d'un deuil ou d'événements de vie défavorables
	Présence de troubles du sommeil
	Encadrement psychosocial faible



Dr méd. Anne-Laure Serra  
Lausanne



Dr méd. Umberto Giardini  
Chêne-Bourg

- ▶ à début tardif, avec facteurs de risque vasculaires (dépression vasculaire).

Dans la dépression de l'âge à début précoce (premier épisode avant 65 ans), la vulnérabilité biopsychosociale et le fonctionnement de la personnalité conditionnent passablement l'émergence de l'épisode dépressif, alors que dans la dépression à début tardif, l'épisode dépressif est souvent réactionnel à des événements ou contextes de vie stressants :

- ▶ pertes sociales et affectives ;
- ▶ solitude et isolement ;
- ▶ comorbidités physiques ;
- ▶ dépendance physique.

Plusieurs études récentes montrent les liens entre la dépression et un status post-AVC ou une atteinte vasculaire chronique. Près d'un tiers des patients survivant à un AVC présentent dans les six mois post-AVC un épisode dépressif, et le risque est augmenté durant les trois premières années. Parmi les facteurs de risque, on retrouve certains éléments en lien à l'histoire personnelle et familiale du patient, aux caractéristiques de personnalité, au type de séquelles survenues et à des facteurs psychosociaux comme par exemple la qualité des contacts sociaux (tab. 1).

Dans tous les cas, il convient d'investiguer les facteurs pouvant influencer le regard d'une personne sur sa situation : ses expériences de vie qui conditionnent ses valeurs, ses représentations et ses préjugés.

TAB. 2	Les différentes formes de dépression masquée
	somatique/hypochondriaque
	délirante (idées de préjudice, persécution, jalousie)
	hostile (patient irritable, susceptible, agité, méfiant)
	anxieuse (peur de tout)
	cognitive - démentielle
	conative (démotivation → régression)

d'après 2

La notion de dépression en lien à une atteinte vasculaire chronique d'évolution souvent insidieuse, la « dépression vasculaire », a été développée principalement à partir d'observations cliniques. Les patients qui présentent une dépression à début tardif (premier épisode après 65 ans) ont une prévalence plus élevée, par rapport à une population témoin euthymique, de comorbidités cardiovasculaires telles qu'hypertension artérielle, dyslipidémie ou fibrillation auriculaire. A la neuro-imagerie, ils présentent souvent des hypersignaux souscorticaux qui pourraient être impliqués dans l'atteinte des circuits frontosouscorticaux qui participent à la régulation de l'humeur (6).

**Pourquoi la dépression est-elle si difficile à détecter ?**

Chez le sujet âgé, la dépression prend souvent des formes atypiques ou masquées : le patient ne se perçoit pas déprimé, se plaint de douleurs, ses problèmes somatiques s'aggravent. Le médecin, de son côté, peut avoir des idées défaitistes sur les possibilités thérapeutiques ou penser qu'il est normal d'être triste ou retiré lorsqu'on est vieux. Quant au patient lui-même, il peut être réticent ou peu habitué à aborder ses propres difficultés psychiques, craindre d'être stigmatisé.

En médecine générale ambulatoire, il y a peu de temps pour explorer des symptômes dépressifs sous-jacents que le patient n'évoque pas d'emblée. En EMS, la principale source d'information pour le médecin est l'équipe soignante, dont les connaissances en sémiologie psychiatrique sont limitées. La présence fréquente d'une démence complique encore le diagnostic, tout comme l'intrication avec les symptômes organiques. Par exemple, l'arrêt d'une activité chez un patient arthritique est-elle liée à une limitation physique, à une anhédonie ou à une apathie ?

Le tableau 2 mentionne les différents masques que peut prendre la dépression (2). La forme hostile est facilement confondue avec un problème de caractère et risque d'être traitée par neuroleptiques plutôt qu'antidépresseurs. La forme conative, qui rend le patient complètement passif et docile, est fréquemment rencontrée en EMS. Ce patient-là risque d'être oublié car il ne « dérange » pas.

Le médecin doit rechercher, derrière ces tableaux cliniques, la perte de plaisir et la souffrance dépressive. Il doit aussi s'assurer que la dépression n'est pas secondaire à une maladie occulte (cancer, hypothyroïdie, etc.).

**Echelles**

La plus connue des échelles de dépistage est la Geriatric Depression Scale (GDS) de Yesavage, utilisée souvent dans sa forme à 15 items. Il en existe une version encore plus courte : la Mini-GDS (tab. 3), facilement applicable en médecine de premier recours du fait de sa brièveté.

Clément a développé une échelle d'hétéro-évaluation, spécialement pour les institutions (2, 7), applicable par les équipes soignantes et tenant compte de la symptomatologie polymorphe présentée par les patients (tab. 4).

**Conclusion**

Il est important de dépister la dépression, qui souvent se cache derrière des plaintes somatiques ou anxieuses. Elle est fréquente et a un impact important sur la santé et la qualité de vie, même dans sa forme « mineure ». Elle peut être en lien avec une vulnérabilité psychobiologique, des facteurs de stress, des facteurs cérébro-vas-

TAB. 3 Mini-Geriatric Depression Scale	
Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui= 1 point
Etes-vous heureux (bien) la plupart du temps ?	Non=1 point
Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?	Oui= 1 point
Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui= 1 point
Score = 1 ou plus : très forte probabilité de dépression Score = 0 : très forte probabilité d'absence de dépression	

TAB. 4 Echelle de dépistage de la dépression en institution (EDDI)	
Le patient...	
1. ...apparaît découragé, triste, déprimé	
2. ...exprime désespoir et pessimisme	
3. ...est soucieux	
4. ...manque d'énergie	
5. ...a des difficultés à se concentrer	
6. ...est plus mal le matin	
7. ...a des plaintes physiques	
8. ...n'a pas de plaisir	
9. ...est désintéressé	
10. ...a une diminution d'appétit	
11. ...a des idées délirantes	
12. ...a des hallucinations	
13. ...est agité/agressif	
14. ...est apathique/indifférent	
15. ...est anxieux	
16. ...a des troubles du sommeil	
Compter 1 point par réponse positive. Score seuil =6 (sensibilité 85%)	

d'après 7

culaires aigus ou chroniques. Le clinicien peut s'appuyer sur des échelles de dépistage pour repérer les patients chez qui approfondir ensuite son investigation clinique.

**Dr méd. Anne-Laure Serra**

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé  
Consultation-liaison CHUV, Av. Beaumont 21bis, 1011 Lausanne  
Anne-Laure.Serra@chuv.ch

**Dr méd. Umberto Giardini**

Département de Psychiatrie et Santé Mentale ;  
Hôpitaux Universitaires de Genève ;  
2 chemin du Petit-Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg  
Umberto.Giardini@hcuge.ch

Take-Home Message
◆ Chercher une dépression face à une plainte somatique ou un changement de comportement inexplicables
◆ Avoir un seuil diagnostique bas
◆ Soigneusement investiguer et traiter les comorbidités somatiques
◆ Inscrire la dépression dans le parcours de vie unique du patient, avec ses failles et ses ressources

**Littérature :**

1. Alexopoulos GS and the PROSPECT Group. Interventions for depressed elderly primary care patients (editorial). *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:553-559.
2. Clément JP. La dépression à l'âge avancé. Abrégé de Psychiatrie de l'âge avancé. In : Giannakopoulos P, Gaillard M, eds. Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé. Genève : Médecine et Hygiène, 2012:171-183.
3. Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, et al. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old : the Leiden 85-plus study. *J Affect Disord* 2004;78:193-200
4. Abrams RC, Leon AC, Tardiff K, et al. Antidepressant Use In Elderly Suicide Victims in New-York City : An Analysis of 255 Cases. *J Clin Psychiatry* 2009;70:3:312-317
5. Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bonhuys AL, et al. Depression in late life : three etiologically different subgroups. *J Affect Disord* 2001;65:19-26
6. Santos M, et al.: The impact of vascular burden on late-life depression. *Brain Research Reviews* 2009; Issue 62: 19-32.
7. Clément JP, Darthout N, Nubukpo P. Guide Pratique de psychogériatrie. Médi-guides, Masson, Paris, 2<sup>e</sup> édition, 2006, 89-99