

**Dépression du sujet âgé: spécificités cliniques et modalités de prise en charge thérapeutiques**

**Khadija Zaidi**

khadijazaidipsy@gmail.com

Département de Psychologie, faculté des Lettres et des Sciences Humaines-Sais. Université Sidi Mohammed Ben Abdellah-Fès.

**Résumé**

L'objectif de cet article est d'explorer l'effet de l'âge sur l'apparition de la dépression chez les personnes âgées. Bien que la dépression est d'apparition courante au moment de la vieillesse, elle est largement banalisée, sous diagnostiquée et par conséquent sous traitée. Il s'agit donc dans ce travail de comprendre la symptomatologie atypique de la dépression des sénescents, son évolution, et ses modalités psychothérapeutiques. Les données présentées dans cette étude appuient l'hypothèse d'un lien entre la senescence et la dépression. De ce fait il est nécessaire de comprendre la spécificité de la dépression chez les personnes âgées afin de leur offrir un traitement adéquat et considérer les possibilités de prévenir ou de réduire la prévalence de la dépression du sujet âgé. La prise en charge médicale spécialisée de la dépression du sujet âgé est une nécessité incontestable, toutefois, elle doit être accompagnée par une mise en place d'un programme élargi de formation du personnel qualifié pour pallier aux insuffisances sur le terrain.

**Mots-clés:** dépression; personne âgée; senescence.

**Depression in the elderly: clinical specificities and treatment modalities**

**Khadija Zaidi**

khadijazaidipsy@gmail.com

Department of Psychology, Faculty of Letters and Human Sciences Sais, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fes- Morocco

**Abstract**

The main goal of this article is to explore the effect of age on the onset of depression in the elderly. Although depression is common in old age, it is largely commonplace, underdiagnosed, and therefore undertreated. This work therefore involves understanding the atypical symptomatology of senescent depression, its course, and its psychotherapeutic modalities. The data presented in this study support the hypothesis of a link between senescence and depression. Therefore, it is necessary to understand the specificity of depression in the elderly in order to offer them adequate treatment and to consider the possibilities of preventing or reducing the prevalence of depression in the elderly. Specialized medical management of depression in the elderly is an indisputable necessity, however, it must be accompanied by the establishment of an expanded training program for qualified personnel to overcome the shortcomings in the field.

**Keywords:** depression; elderly person; senescence.

## **Introduction**

La sénescence est un processus physiologique, progressif et irréversible, où surviennent d'importants changements avec l'âge à tous les niveaux : physique, cognitif et affectif. Des études ont montré que le cerveau entre 20 et 85 ans, perd 12% de son volume. Cette perte entraîne une coordination motrice affaiblie, une diminution des fonctions d'apprentissage et de stockage de la mémoire des faits nouveaux, une baisse de l'impact des émotions sur la pensée, des difficultés de concentration et de l'attention, le langage qui devient pauvre et monotone... Ces altérations cognitives retentissent sur le niveau physique.

Quand on aborde le vieillissement, que ça soit "normal" ou "pathologique", cet abord génère des manifestations cliniques propres à cet âge de la vie, et le clinicien est le plus souvent conforté à ce genre de tableau clinique. En fait, l'approche de la personne âgée reste prudente et sensible, car elle pose la problématique du "normal" ou "pathologique". A la suite des intrications observées entre les troubles psychologiques physiologiquement liés au vieillissement, les troubles psychopathologiques propres au grand âge, et l'évolution avec le temps des troubles psychiatriques de l'adulte, Il est parfois difficile de discerner ce qui revient aux processus neurodégénératifs ou à la pathologie psychiatrique, ce qui ressort de l'approche neuropsychologique ou de la démarche psychopathologique. En fait, la présence d'affections somatiques concomitantes, ainsi que les particularités sociales et environnementales liées à cette période de vie, pourraient brouiller les pistes du diagnostic de la dépression chez le sujet âgé polypathologique et par conséquent polymédicamenté. Le dépistage précoce des premiers signes de décompensation dépressive serait la base d'une intervention à la fois préventive et thérapeutique. Quelle est la spécificité clinique de la dépression chez une personne âgée ? Comment peut-on la repérer ? Quelles sont les différentes modalités évolutives de cette dépression ? Et quel projet psychothérapeutique proposé au sénescent déprimé?

### **A- Données démographiques sur la vieillesse au Maroc<sup>3</sup>**

Au Maroc, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient une proportion de 8,1% selon le RGPH de 2004 après avoir été de 7,2% en 1962. Avec la baisse prévisible de la fécondité et l'allongement futur de la durée de vie, nous assisterons de plus en plus, à un accroissement du poids de cette frange de la population.

Les projections réalisées par le Haut-commissariat au plan indiquent que le vieillissement sera la principale et peut être la plus inquiétante caractéristique des modifications démographiques du 21<sup>ème</sup> Siècle. La proportion des personnes âgées de 60 ans et plus serait de 11,5% en 2020 et de 15,4% en l'an 2030 alors que la proportion des moins de 15 ans passerait de 31% en 2004 à 24,1% en 2020 pour chuter à près de 20,9% à l'horizon 2030.

Plus remarquable serait l'évolution en termes absolus. L'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus passerait, entre 1960 et 2030, de près d'un

<sup>3</sup> Recensement général de la population et de l'habitat (2014). Maroc: Haut-Commissariat au Plan (HCP).

million à environ 5,8 millions, soit une multiplication de près de 6 fois. Le rythme de l'évolution de l'effectif des personnes âgées de 60 ans et plus a connu une croissance accélérée, notamment à partir de 2010.

Avec une telle ampleur, le vieillissement serait à l'origine de profondes transformations économiques, sociales et psychologiques qui doivent être prises en considération dès à présent, d'autant plus que ces transformations risquent de menacer la solidarité intergénérationnelle qui constituait un rempart atténuant la précarité chez les personnes âgées.

Par ailleurs, la population comprend les personnes âgées bien portantes qui sont en bonne santé et celles malades qui présentent une détérioration importante et nécessitent une prise en charge spécialisée qu'elle soit purement médicale et / ou psychologique.

Les besoins de santé de ces personnes âgées sont devenus considérables et le rôle du thérapeute n'a jamais été aussi important que maintenant. À côté des maladies somatiques fréquemment diagnostiquées chez les sujets âgés (HTA. ACV...). Il y a des pathologies dégénératives qui surviennent suite aux effets délétères de l'âge à titre d'exemple: les démences, le Parkinson, la confusion mentale ...

Dans cette étude, nous allons nous intéresser particulièrement à la dépression chez les personnes âgées pour les raisons suivantes:

### **B- Données épidémiologiques**

Dans la population générale, les symptômes dépressifs concernent environ 15% des individus de plus de 65 ans, alors qu'un Épisode Dépressif Majeur (ÉDM) concerne environ 3% chez les plus de 65 ans.

Dans la population en institution (en hébergement ou en hospitalisation), la prévalence d'ÉDM est plus élevée, allant de 5% à 30%. Il survient notamment chez 10% à 15% des résidents après la première année suivant l'admission. Comme chez les adultes plus jeunes, la dépression du sujet âgé est plus fréquente chez les femmes (Tutin, 2017).

### **C- Différentes modifications chez le sujet âgé**

La sénescence est un processus physiologique, progressif et irréversible, où surviennent d'importants changements avec l'âge, à tous les niveaux : physique, cognitif et affectif. Des études ont montré que le cerveau entre 20 et 85 ans, perd 12% de son volume. Cette perte entraîne une coordination motrice affaiblie, une diminution des fonctions d'apprentissage et de stockage de la mémoire des faits nouveaux, une baisse de l'impact des émotions sur la pensée, des difficultés de concentration et de l'attention, le langage qui devient pauvre et monotone... Ces altérations cognitives retentissent sur le niveau physique.

En fait, le sujet âgé accuse plus de ralentissement, de faiblesse et de fatigabilité. Il souffre également des troubles sensoriels (déficit auditif, diminution de l'acuité visuelle...). Ce qui produit une tendance à se replier sur soi, avec une diminution de la curiosité, le désintérêt et la passivité. Ces dernières modifications affectives peuvent devenir des symptômes, si leur intensité et leur sévérité retentissent sur le sujet âgé lui-même et/ou sur son entourage. En effet, ces modifications affectives peuvent gagner du terrain et

s'intriquer avec une dépression masquée, qui est la forme la plus fréquente chez le sujet âgé. Cette dépression est aggravée par des facteurs de risque à type d'isolement affectif et social. Le vieillissement expose la personne âgée naturellement à un rétrécissement de l'espace vital surtout avec la retraite et la maison qui devient vide avec l'éloignement et l'autonomie des enfants. Ce qui accentue le sentiment d'abandon et de solitude. D'où l'importance d'une consultation précoce et spécialisée pour évaluer ce qui est affecté de ce qui est épargné.

### **I- Quels sont les facteurs de risques étiopathogéniques de la dépression du sujet âgé ?**

La dépression chez la personne âgée peut-être causée par différents facteurs de risque parmi lesquels:

Les modifications naturelles liées au vieillissement qui sont mal tolérées et non admises par le patient. A titre d'exemple la perte de l'autonomie qui exige que le patient soit toujours aidé par un auxiliaire. Les déficits sensoriels, à type de diminution d'acuité visuelle et /ou de surdité ...et qui ne sont pas corrigés pourraient également susciter un trouble dépressif, car ces déficits pourraient éventuellement handicaper ou réduire la communication avec l'entourage. De ce fait, le patient se trouve dans l'obligation de se taire et de s'isoler ce qui aggrave son état d'âme.

Le vieillissement se caractérise notamment par l'altération massive des fonctions cognitives. Ce déclin cognitif s'observe franchement dans l'exécution de certaines tâches au quotidien ou le discours et le comportement du patient sont grossièrement perturbés par des symptômes psychopathologiques négatifs tels que:

- Les troubles de l'humeur: baisse d'intérêt, désinvestissement, manque de plaisir, émoussement affectif, crise d'angoisse, crise de panique ...
- Les troubles de la pensée: oublis fréquents et répétitifs, amnésies, désorientation temporo-spatiale, confusion mentale, syndrome de korsakoff<sup>4</sup>.
- Les troubles de la perception: des hallucinations auditives et/ou visuelles.
- Les troubles du jugement qui sont la conséquence de l'affaiblissement des capacités cognitives chez le patient, des distorsions du jugement fondées sur l'interprétation erronée de perceptions exactes ou un raisonnement logique à partir de fausses prémisses.

Le déclin cognitif<sup>5</sup> qui caractérise le vieillissement se manifeste fréquemment par des plaintes cognitives le plus souvent de nature mnésique.

---

<sup>4</sup> Syndrome Korsakoff: ou psychose de korsakoff. Ce syndrome a été décrit par le neuropsychiatre russe Sergei Korsakoff à la fin du XIX siècle. C'est un trouble neurologique d'origine multifactorielle dont une carence en thiamine au niveau du cerveau. Sa survenue est souvent liée à l'alcoolisme chronique. Il se manifeste cliniquement par un état dépressif profond, une incurie extrême, accumulation compulsive d'objets hétéroclites, apathie prononcée, manque de motivation, procrastination. La mémoire de la personne Korsakoff est sévèrement touchée, il remplace les vrais souvenirs par des fabulations.

<sup>5</sup> Il faut distinguer entre le déclin cognitif normal dû aux effets délétères de l'avancement dans l'âge, et le déclin cognitif léger ou Mild Cognitive Impairment (MCI) ou les capacités cognitives ne sont plus performantes comme avant, mais pas de démence ou il y a des troubles neurocognitifs majeurs et des symptômes neurodégénératifs.

Ce déclin est dû au ralentissement de la vitesse<sup>6</sup> du traitement des informations qui inclut les processus cognitifs, sensoriels et moteurs. Ce qui se traduit cliniquement par des symptômes de perte de mémoire, d'oublis fréquents, des troubles d'attention... Ces plaintes cognitives seront compliquées par l'apparition des troubles psychiatriques comme de l'insomnie, de la dépression et des troubles anxieux.

Nous trouvons l'explication neurophysiologique du déclin cognitif caractérisant le vieillissement dans ces effets délétères directs sur le cerveau. En effet, les neurologues rapportent en prime abord, la diminution de volume du cerveau, en particulier les lobes frontaux et pariétaux, la diminution également de la matière grise en faveur de la matière blanche. Quant aux changements neuronaux, on peut citer la modification de la neurotransmission et de la morphologie dendritique, la modification qui concerne la connectivité cellulaire et enfin la modification de la micro-vascularisation cérébrale qui se caractérise par la raréfaction des artérioles et capillaires et par la diminution du flux sanguin cérébral. Quant au vieillissement cognitif physiologique, il est très hétérogène d'un individu à l'autre, en fonction du type de la personnalité (dépendante, évitante, narcissique ...), les capacités à faire face (coping), l'état affectif et émotionnel et le statut cognitif antérieur<sup>7</sup> étant encore jeune. Hétérogène également d'une fonction cognitive à l'autre, même en fonction des différents aspects d'une même fonction cognitive<sup>8</sup>. Le vieillissement génère également des modifications biologiques propres à cet âge de la vie. Elles sont dues aux processus neuro - dégénératifs qui se manifestent au niveau cérébral par la diminution du volume du cerveau et l'élargissement ventriculaire par diminution de flux sanguin. Ces dégénérescences neuronales sont à l'origine de pathologies organiques qui sont citées ci- dessous par ordre d'importance:

- Pathologies neurologiques dégénératifs : maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie à corps de lewy - Pathologies tumorales. - Cardiaques. - Respiratoires.

- La dépression du patient âgé peut-être induite par des facteurs iatrogéniques ; soit par un dysfonctionnement physiologique, ou par un déséquilibre neuronal qui se manifeste par la diminution des neurotransmetteurs notamment la sérotonine et la dopamine. Ou induite par la prise de substances, que ça soit dans un cadre médicamenteux<sup>9</sup> ou addictif.

Les facteurs socio-familiaux sont également incriminés dans la genèse de la dépression chez le sujet âgé. En fait, la sénescence est la période de vie où il y a abandon de la position de l'autorité matérielle ou symbolique, la retraite, le départ des enfants du foyer parental, le veuvage, la perte des pairs ... sont des

<sup>6</sup> Selon les conditions expérimentales classiquement utilisées par l'Electrophysiologie : latence des potentiels évoqués cognitifs en comparaison entre le temps de réaction entre sujets âgés et sujets jeunes : sujets âgés plus lents ( $\times 1,5$ ).

<sup>7</sup> Il s'agit d'établir un profil antérieur supposé du patient avant la vieillesse, ou il serait considéré le niveau socioculturel du patient, en prenant en compte son niveau d'étude aussi bien que sa profession.

<sup>8</sup> Les fonctions exécutives sont touchées par le vieillissement, cela se traduit par des difficultés d'adaptation aux situations nouvelles ou peu familières qui exigent un effort d'attention, une inhibition des automatismes et une certaine vitesse de traitement ...

<sup>9</sup> Certaines molécules chimiques ont un effet dépressogène comme : corticoïdes – anti bacillaires – L. Dopa – bêtabloquants – neuroleptiques ...

événements de vie qui appauvrissent le champ socio-relationnel du patient et retentissent négativement sur son humeur, en particulier si le soutien socio-familial est défaillant ou inexistant.

## **II- Comment repérer la dépression chez la personne âgée?**

Le diagnostic de la dépression est purement clinique, il est basé sur un entretien clinique approfondi avec le patient à la recherche des principaux symptômes du tableau clinique de la dépression, classés par le (DSM-5) comme suit:

- Humeur dépressive.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir.
- Modifications du poids (5% de perte ou du gain) accompagnées des troubles de l'appétit.
- Troubles du sommeil: insomnie et hypersomnie.
- Ralentissement psychomoteur ou agitation.
- Fatigue ou perte d'énergie.
- Sentiments d'indignité ou de culpabilité.
- Diminution de la capacité de concentration ou de décision.
- Idées suicidaires.

Mais le plus souvent, l'expression sémiologique de la dépression du sujet âgé est atypique; les symptômes dépressifs sont masqués, mal exprimés, cachés par la fréquence élevée de plaintes somatiques et hypocondriaques. En effet, la présence d'affections somatiques concomitantes, ainsi que les particularités sociales et environnementales liées à cette période de vie, rendent difficile le diagnostic de la dépression chez le sujet âgé polypathologique et par conséquent polymédicamenté. Il se pose alors le problème de la comorbidité : s'agit-il d'une dépression consécutive à une affection somatique, ou au contraire, des symptômes somatiques aggravés par la dépression. Dans certains cas, le diagnostic de la dépression chez la personne âgée peut-être gêné par les facteurs suivants:

- Les modifications des symptômes selon la spécification de la dépression, c'est-à-dire le type, la sévérité, la classification et la qualification de cette dépression.

- Les difficultés de l'entretien clinique liées aux troubles cognitifs dont pourrait éventuellement souffrir le sujet âgé déprimé notamment : l'amnésie, l'aphasie, les troubles de l'attention et les troubles de la concentration...

Parmi les cas difficiles ou le diagnostic de la dépression peut-être contrecarré, c'est lors de la présentation d'un malade seul à la consultation. Ceci peut arriver dans les cas particuliers des malades sans domicile fixe (SDF), les déments égarés, les malades ramenés sur réquisition de la police ... Il y a également des cas très exceptionnels des malades âgés déprimés qui sont hospitalisés ou bien incarcérés, ou encore institutionnalisés.

Il est donc important de distinguer chez les patients âgés déprimés entre deux catégories:

- Ceux ayant une dépression à début tardif. C'est à dire, les premiers symptômes dépressifs ont débuté après l'âge de 60 ans ou de 65 ans.

- Ceux ayant une dépression vieille, ayant eu plusieurs épisodes dépressifs, dont certains avant d'être âgés.

### **III- Le dépistage psychométrique de la dépression du sujet âgé**

Le recours à la psychométrie quant à l'évaluation de la dépression est une aide précieuse au repérage et à la détermination de la sévérité et à la qualification de cette dépression.

Il existe deux types d'instruments:

- Les auto-questionnaires qui sont remplis par le patient lui-même.
- Les échelles d'hétéroévaluation qui sont remplies par le clinicien au cours d'un entretien semi-dirigé avec le patient.

Parmi lesquelles:

- L'échelle de dépression d'Hamilton (HDRS);
- L'échelle de Montgomery et Asberg (MADRS);
- L'échelle de Cornell: basée sur l'observation du comportement du malade âgé déprimé;
- Gériatric Depression Scale (GDS): qui est la plus utilisée chez le patient âgé déprimé.

Toutefois, l'évaluation régulière des symptômes dépressifs doit se faire habituellement, chez les personnes âgées fragilisées, ayant un ou plusieurs symptômes gériatriques et /ou vivant en institution et/ou en précarité socio-familiale.

### **IV- Les principaux diagnostics différentiels**

Avant de poser le diagnostic de la dépression chez une personne âgée, il serait plus prudent de s'assurer de la spécificité de la vraie nature des troubles présentés par cette personne. Le dysfonctionnement cérébral qui accompagne l'avancement dans l'âge est compatible avec certaines détériorations cognitives et affectives qu'on note chez une personne déprimée comme par exemple : le manque d'attention et de concentration, l'altération du jugement, la perte de l'élan vital, la perte du plaisir, le désinvestissement et le désintérêt ... Les différents modes d'expression symptomatique des pathologies du grand âge, pourraient brouiller les pistes du diagnostic de la dépression en raison de la fréquence élevée des troubles neurodégénératifs démentiels très présents à cet âge. De ce fait, plusieurs tentatives de différenciation entre démences organiques et pseudo-démences<sup>10</sup> dépressives ont été avancées dans la littérature, parmi lesquelles celle de Feinberg et Goodman (cité par Azorin, 1991) qui ont proposé une classification distinguant plusieurs types de relation entre dépression et démence:

- Le type I où la dépression se présente comme une démence: on parle dans ce cas de «pseudo démence dépressive».
- Le type II où la démence est secondaire à la dépression: il s'agit du «syndrome démentiel de la dépression».

<sup>10</sup> Le concept de pseudo-démence (du grec pseudos: «mensonge» et du latin demens: «privé de raison» fait référence à la présentation démentielle d'une affection psychique selon (DSM-5).

- Le type III où la démence se présente comme une dépression, rencontrée notamment au cas de démence frontale ou d'affection sous – corticale.

- Le type IV où la dépression est secondaire à la démence: le syndrome dépressif de la démence.

Cette classification a le mérite de distinguer les différentes situations cliniques, mais elle ne s'arrête pas sur la description clinique détaillée qui caractérise la dépression du sujet âgé.

### **V- Pourquoi s'intéresser à la dépression chez nos aînés?**

Il s'agit de comprendre la sénescence, de mieux communiquer avec les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Il est question donc, de se mettre dans la peau de la personne âgée, de se placer au niveau de sa plainte, pour pouvoir comprendre sa souffrance, pour mieux accompagner et adoucir sa fin de vie. Cette prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée déprimée, a pour objectif d'améliorer la prévention, le dépistage et la qualité des soins prodigués à cette population souffrant le plus souvent en silence. Bien que les troubles mentaux sont d'apparition courante au moment de la vieillesse, ils sont largement banalisés, sous diagnostiqués et par conséquent sous traités. L'origine de ce malentendu pourrait trouver son explication dans les données suivantes:

- La difficulté des malades âgés à exprimer leur douleur morale, leur dignité et leur fierté les empêche de verbaliser de la souffrance (se plaindre).

- Le deuxième facteur jouant en faveur de ce malentendu sont les intrications observées entre les troubles psychologiques physiologiquement liés au vieillissement, les troubles psychopathologiques propres au grand âge, et enfin l'évolution avec le temps des troubles psychiatriques de l'adulte. De ce fait, il est parfois difficile de discerner ce qui revient aux processus neurodégénératifs ou à la pathologie psychiatrique, ce qui ressort de l'approche neuropsychologique ou de la démarche psychopathologique.

- Du côté médical, l'objectif est de travailler concrètement auprès des sénescents, de les accompagner et d'adoucir leur fin de vie. Les médecins généralistes peuvent passer à côté du diagnostic d'une dépression parce qu'ils ont de la difficulté d'inclure la dimension psychiatrique dans leur pratique quotidienne, ou tout simplement, par méconnaissance des tableaux cliniques atypiques à travers lesquels s'exprime la dépression chez une personne âgée.

- Toutefois, il ne faut pas négliger un facteur primordial qui est le non-accès aux soins médicaux généraux et/ou spécialisés, à cause des difficultés matérielles, ou bien la résidence des patients au rural ou dans des zones enclavées. Ce qui entrave l'accessibilité aux soins de santé.

Si ces facteurs socio-démographiques peuvent participer à l'explication du faible niveau général de fréquentation des services de santé, ils ne doivent pas pour autant servir d'alibi.

### **VI- La spécificité de la dépression chez le sujet âgé**

La spécificité de l'état dépressif chez le sujet âgé tient à la présentation particulière du tableau clinique sur lequel il se présente. L'élément symptomatique dominant qui constitue le noyau dur de la dépression, est la

tristesse, toute tristesse n'étant pas cependant un état dépressif. C'est l'association d'un trouble de l'humeur, des sentiments de culpabilité, de dépréciation, d'un désir de mort et des tentatives de suicide qui constitue l'ensemble symptomatologique de la dépression. La difficulté diagnostique est due à l'intrication avec les affections somatiques et la différenciation avec les modifications physiologiques liées au vieillissement. La dépression du sujet âgé peut avoir une forme typique équivalente à celle de l'adulte. Cependant, il faut insister sur la diversité clinique d'expression, et l'atypicité des formes cliniques les plus souvent rencontrées. Si les manifestations cliniques classiques de la dépression sont moins bruyantes et très peu verbalisées par le sujet âgé déprimé, l'association avec un contexte pathologique est très fréquente. Ce contexte peut être somatique comme dans le cas des maladies neurologiques, tumorales, cardiaques et respiratoires... On qualifie alors la dépression comme étant réactionnelle suite aux effets néfastes de ces pathologies. Comme il peut être psychique, dont les symptômes que présente le sujet âgé sont compatibles avec le tableau clinique typique de la dépression.

A ce titre, il convient de ne pas confondre deux situations cliniques juxtaposées:

- Soit que les maladies somatiques dominent et la dépression en est conséquente.
- Soit que le tableau clinique de la dépression est franchement exprimé et induit par conséquent, des troubles somatiques.

D'où l'importance d'une évaluation spécialisée de la situation, qui va permettre de mesurer la sévérité du trouble dépressif, de déterminer son origine, de décrire les symptômes clefs qui peuvent orienter le diagnostic et déterminer la spécificité des modalités thérapeutiques par la suite. Cette évaluation spécialisée devrait prendre en considération les caractéristiques physiques, psychologiques et sociales du malade, par le biais d'un examen clinique soigneux, d'une collecte rigoureuse d'informations et par la reconstitution précise de l'anamnèse en collaboration avec la famille.

Sont à prendre en compte les éléments suivants:

- l'ancienneté de la dépression ou son caractère récidivant.
- La nature de la structure de la personnalité.
- Les pathologies associées.
- l'état antérieur, notamment sur le plan nutritionnel, pour repérer une perte de poids.
- l'état d'autonomie antérieur, en précisant le niveau des actes de la vie quotidienne.
- Le réseau familial ou le soutien psychologique.
- Les conditions de vie et les ressources matérielles.

**Tableau 1. Spécificités de la dépression chez le sujet âgé (Adapté de Katona et al. 1997)**

Symptômes	Sujet âgé	Adulte
Humeur dépressive	+/-	+++
Troubles cognitifs	+++	+

Plaintes somatiques	+++	+ / ++
Pensées dépressives	+++	+++
Insomnies	+++	++
Agitation, anxiété	+++	+ / ++
Idées suicidaires	+ / -	+++
Suicide réussi	+++	+ / -

## VII- Les présentations cliniques de la dépression du sujet âgé

La symptomatologie de la dépression chez la personne âgée se présente le plus souvent masquée par les nombreux problèmes physiques, neurocognitifs et affectifs apparaissant au décor de la sénescence. De ce fait, quand on évalue la forme clinique sur laquelle se présente un épisode dépressif<sup>11</sup>, il faut tenir en compte les trois critères suivants:

### 1- Selon le type de la dépression

Les classifications internationales évaluent la dépression selon sa sévérité : légère, moyenne, sévère. Dans les formes sévères de la dépression le pronostic vital du patient est engagé, l'état somatique est précaire (pathologies somatiques non soignées). Le patient adopte également des attitudes régressives (refus alimentaire, mutisme, incurie ...). Qui pourraient être considérées comme des équivalents suicidaires, surtout si le soutien familial et social du patient est défaillant ou inexistant.

Dans cette forme sévère de la dépression, le pronostic vital du patient est menacé, ce qui réduit les modalités thérapeutiques à des indications purement médicales, par chimiothérapie ou /et électroconvulsive thérapie ou/et des hospitalisations, parfois contre le gré du patient<sup>12</sup>. Cette démarche thérapeutique vise, en première intention, stabiliser l'état général du patient, puis, proposer une psychothérapie adaptée à ses conditions de vie. Dans les dépressions d'intensité modérée, les psychothérapies sont à privilégier, vu que le patient ne présente pas de risque suicidaire et serait plus réceptif aux recommandations du clinicien. Une dépression sévère pourrait durer approximativement 6 mois, elle peut s'améliorer sous traitement pharmacologique et/ou psychothérapeutique, en rémission partielle ou complète. Mais le plus souvent ça évolue vers la chronicité, avec des rechutes récurrentes<sup>13</sup>. On pose le diagnostic d'une dépression chronique si la durée dépasse 2 ans, l'intensité du tableau clinique persiste, avec retentissement sur le social et le professionnel (occupationnel) du patient. L'évolution de la dépression pourrait avoir une allure saisonnière qui apparaît uniquement à l'hiver ou à l'automne, comme elle peut évoluer vers un trouble bipolaire<sup>14</sup>, ou encore vers des comorbidités en association avec des troubles addictifs, des troubles anxieux, des troubles phobiques. La dépression est une maladie sévère

<sup>11</sup> Selon les critères d'évaluation du (DSM- 5) présentés auparavant.

<sup>12</sup> Le dahir (décret) du 30 avril 1959 désigne les organisations chargées de la prévention et du traitement des maladies mentales et Il fixe également les modalités d'hospitalisation en psychiatrie.

<sup>13</sup> Récurrent: survenue répétée d'épisodes dépressifs en l'absence de tout antécédent d'épisode maniaque.

<sup>14</sup> Trouble bipolaire: Le malade a généralement présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs et au moins un épisode maniaque.

voire parfois mortelle, puisqu' elle est la première cause du suicide. Près de 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée et non traitée. Chez les personnes déprimées, le risque de suicide est 30 fois supérieur à ce qu'il est dans la population générale. On estime même que 15% des patients déprimés se suicident. Le dernier paramètre à tenir en compte quant à l'évaluation du type de la dépression est son étiologie portant essentiellement sur son origine «endogène» «exogène» ou «mixte».

En effet, la dépression du sujet âgé, peut être iatrogénique, induite par des dysfonctionnements somatiques fréquents chez cette population surtout lorsqu'ils sont handicapants et douloureux. Sur le plan neurologique, l'association fréquente de la dépression à un état démentiel dégénératif de type d'Alzheimer, ne fait que compliquer la situation clinique, le déficit cognitif de cette maladie se confond aisément avec le tableau clinique du trouble dépressif. La deuxième pathologie fréquemment rencontrée chez le sujet âgé, génératrice également de dépression, est le Parkinson. Les particularités sémiologiques de la dépression du parkinsonien résident dans la rareté des symptômes végétatifs (anorexie, insomnie, amaigrissement ...), de la culpabilité et de la perte d'estime de soi. Par ailleurs le taux de suicide reste bas malgré de fréquentes idées suicidaires.

Cependant, à côté du risque de l'organicité cérébrale qui pourrait induire la dépression, il y a d'autres facteurs exogènes déclenchant cette dépression. Comme les événements négatifs de la vie: les maladies graves, les pertes, le deuil, le stress élevé, etc.

## **2- Selon les caractéristiques du patient et de son entourage**

L'expression symptomatologique de la dépression est synonyme de chagrin, de tristesse profonde, de désespoir, d'incommunicabilité, de fin de vie, l'humeur du patient est dépressive, son attitude est froide avec un ralentissement psychomoteur, etc. Ces symptômes émanent certes d'un affect profondément émoussé, mais ils trouvent leurs échos directs dans l'entourage du patient. L'entourage ne peut pas ignorer le changement de comportement d'un sujet qui se déprime. Mais il lui faudra dépasser quelques tabous et renoncer à beaucoup d'idées reçues et échapper à la crainte irrationnelle de la «folie», ainsi qu'à la culpabilité engendrée par la dépression d'un proche. Le plus souvent la dépression est évidente, mais reste incompréhensible et rattachée soit aux différentes modifications du vieillissement, ou bien liée aux intrications observées entre les troubles psychologiques liés à cette période d'âge et l'évolution des troubles psychiatriques de l'adulte.

De ce fait, l'entourage est perplexe, hésitant et fortement culpabilisé: qu'est ce qui lui arrive? Quel médecin consulter? Comment se soigne ce genre de troubles?

En général, le choix du médecin se fixe sur une consultation chez un généraliste, déjà connu par le patient ou par l'entourage, qui redoute de proposer un psychiatre par crainte de heurter la sensibilité du patient. Dans toutes les circonstances, il faudrait convaincre le patient, par un discours clair

et franc, que la dépression, comme toute autre maladie, nécessite la consultation d'un spécialiste qui proposera le projet thérapeutique le mieux adapté au patient. Le rôle que joue l'entourage accompagnant le patient âgé déprimé est primordial; il se manifeste à deux catégories successives: la première est l'évaluation de la sévérité de la dépression: gravité des symptômes, présence des idées suicidaires, conduites régressives, les antécédents personnels et familiaux, etc. Ces informations recueillies permettent de préciser la nature de la dépression.

La deuxième catégorie qui détermine la qualité de l'accompagnement de l'entourage est la bonne conduite du traitement et l'observance thérapeutique du patient. Si l'entourage est impliqué d'emblée dans le projet thérapeutique, le patient a plus de chance de sortir de son dilemme. En fait, la qualité des liens affectifs entre le patient et sa famille détermine le projet thérapeutique. Un entourage présent et informé serait un auxiliaire indispensable à ce projet. Il pourra aider le patient déprimé en lui rappelant ce qu'a dit le médecin et en l'aidant à se projeter positivement dans l'avenir. Par contre, un entourage indifférent et hostile ne peut qu'aggraver l'état d'âme du patient.

### **3- Selon les stratégies thérapeutique**

Dans la dépression, on distingue généralement deux catégories principales de traitements:

Les thérapies pharmacologiques et les psychothérapies. Ces thérapeutiques sont efficaces dans 60 à 70 % des cas.

La dépression peut être traitée par des antidépresseurs qui agissent sur l'humeur des personnes dépressives, en corrigeant certains déséquilibres au niveau des neurotransmetteurs cérébraux, ce qui améliore l'appétit, le sommeil, et aide le patient à retrouver un regain d'énergie et de plaisir. Les différentes catégories d'antidépresseurs doivent cependant être prescrites pour une période d'environ quatre à six mois pour minimiser le risque de rechute. Ils sont efficaces chez environ les trois quarts des personnes souffrant de dépression sévère et n'entraînent pas de dépendance.

Comme tous les médicaments, les antidépresseurs comportent toutefois des effets secondaires variables selon les personnes, effets qui vont influencer le dosage et le choix de la molécule.

Dans de sévères épisodes dépressifs, le traitement pharmacologique est associé à la sismothérapie ou électroconvulsive thérapie (ECT<sup>15</sup>). Ce traitement consiste à appliquer au cerveau du patient, sous anesthésie générale, de petits chocs électriques d'une ou deux secondes. Ce qui favorise la production de certains neurotransmetteurs en pénurie lors de la dépression. Cependant, les thérapeutiques biologiques ne peuvent pas régler à elles seules, les ravages de la dépression, surtout avec les retentissements psychosociaux des symptômes dépressifs, et sur le malade et sur son entourage.

Les recherches sur les effets des psychothérapies sont moins fréquentes et moins structurées que pour les thérapies biologiques. Cependant des travaux de plus en plus nombreux indiquent que le sujet âgé répond positivement à la

<sup>15</sup> [https:// lecerveau.mcgill.ca/flashs les traitements efficaces contre la dépression.](https://lecerveau.mcgill.ca/flashs/les-traitements-efficaces-contre-la-depression)

psychothérapie. Ainsi, environ la moitié des patients déprimés présenterait une rémission complète et 20 % bénéficieraient d'une amélioration significative sur le plan clinique. Contrairement à l'idée perçue que les personnes âgées ne disposeraient plus de la plasticité neuronale sur laquelle s'appuie l'intervention psychothérapeutique, il semble que ça donne de bons résultats moyennant une souplesse du cadre thérapeutique, qui prendra en compte le contexte du vieillissement, caractérisé par le déclin cognitif, des déficits sensoriels, la précarité sociale, des difficultés matérielles, etc. Toutefois, une évaluation cognitive est toujours un préalable, conduisant à répéter, reformuler, résumer, paraphraser ... en cas d'altération des fonctions cognitives supérieures. Il n'existe pas de recommandations précises concernant le choix d'une psychothérapie chez le sujet âgé. Néanmoins on peut retrouver certaines recommandations<sup>16</sup> par type de problématique rencontrée. Par ailleurs, il n'existe pas d'études probantes ayant montré la supériorité d'une approche psychothérapeutique par rapport à une autre.

### **VIII- Différentes modalités évolutives de la dépression du sujet âgé**

L'évolution de la dépression chez le sénescent déprimé n'est pas sans conséquences sur sa qualité de vie et son pronostic vital. En effet, il existe des facteurs de morbidité qui interfèrent avec les autres maladies intercurrentes dont il souffre.

La complexité pronostique du trouble dépressif est à l'origine de la souffrance du sujet âgé et de son entourage d'une part, et d'autre part, elle peut engendrer un sentiment d'échec du projet thérapeutique. L'évolution propre de la dépression du sujet âgé se fait vers la chronicité ou la récurrence dans plus de la moitié des cas. Certaines répercussions de l'état dépressif chez le sujet âgé rappellent les situations qui peuvent l'avoir favorisé, rendant parfois difficile la distinction entre causes et conséquences. L'isolement, la perte des liens sociaux, la dégradation de la qualité de vie, le handicap, l'incapacité fonctionnelle, l'institutionnalisation et la dégradation de l'état de santé sont ainsi décrits dans l'évolution des épisodes dépressifs.

A la tête des complications majeures de la dépression du sujet âgé on retrouve la surmortalité. Des études de cohorte récentes montrent que la présence des symptômes dépressifs chez les sujets âgés est associée à une surmortalité générale de l'ordre de 30 % dans les 3 ans suivant la dépression. En effet, la dépression est associée à un moins bon pronostic vital dans plusieurs maladies notamment: Infarctus du myocarde /AVC/ Bronchopneumopathie obstructive / Sclérose en plaques, etc.

La surmortalité des sénescents déprimés peut être également la conséquence d'un suicide direct et violent ou d'un suicide indirect et déguisé. En effet, est considéré comme équivalent suicidaire tout état d'opposition massive avec mutisme, menaces à l'entourage, prostration, refus alimentaire absolu pouvant

<sup>16</sup> Les recommandations pour l'évaluation et la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé émises par la Coalition Canadienne pour la Santé Mentale des Personnes Agées. [www.CCSmh.ca](http://www.CCSmh.ca). Stipulent que la thérapie Comportementale, TCC, la thérapie par résolution des problèmes, la thérapie dynamique brève, la thérapie par la reminiscence, et surtout la thérapie interpersonnelle, ont montré leur efficacité dans le traitement psychothérapeutique de la dépression du sujet âgé.

entraîner le décès en quelques jours. Le risque suicidaire est particulièrement élevé chez un patient de sexe masculin, veuf, isolé socialement. Le patient âgé déprimé ne verbalise pas ou peu ses idées suicidaires. Son passage à l'acte suicidaire peut s'inscrire dans le cadre d'un raptus anxieux ou bien constituer une évolution incontrôlable du dépressif en particulier s'il est corrélé à un vécu délirant<sup>17</sup>.

Quant aux autres caractéristiques du suicide du sénescent déprimé, il faut signaler que c'est un acte le plus souvent réussi (1/2 tentatives suicidaires est réussie), alors que chez l'adulte plus jeune 1 tentative de suicide / 10 est réussie. La présence des antécédents personnels ou familiaux est un facteur de risque jouant en faveur de l'accomplissement de l'acte suicidaire. Les moyens employés sont le plus souvent radicaux: pendaison, arme à feu, noyade, précipitation, etc. Ce qui rend un malade âgé déprimé, non traité, très dangereux et incontrôlable. Des enquêtes épidémiologiques ciblées sur le suicide de la personne âgée mettent en évidence ces facteurs qui sont plus prononcés que d'autres:

- Dépendance physique et/ ou psychique récemment accrue.
- Événements traumatiques (deuils, pertes affectives, isolement social, passage en institution, hospitalisation).
- Faibles capacités d'adaptation personnelle, sexe masculin, alcoolisme.
- Etat dépressif, d'intensité moyenne à sévère.
- Tension psychique et anxieuse croissante.
- Changements récents de comportement et de caractère (évitement, opposition), d'habitudes socio familiales.
- Expression d'une perte de l'estime de soi.
- Sentiment d'impuissance, d'incapacité, d'incurabilité.
- Désinvestissement de la réalité et de la relation à autrui.
- Comportements de fin de vie: repli sur soi, testament, legs, dons, écrits pessimistes, allusions à la mort.

La dépression est le principal facteur de risque du suicide. Il s'agit d'un facteur indépendant. La prévalence des épisodes dépressifs majeurs dans la population générale de plus de 65 ans est estimée entre 1 et 2 p. 100, celle des dépressions mineures entre<sup>18</sup> 13 et 27 p.100. La proportion des états dépressifs non reconnus chez la personne âgée est estimée à 40 p.100, ce qui est significativement supérieur à ce qui est observé chez des personnes plus jeunes.

Parmi les autres facteurs psychiatriques qui pourraient, éventuellement élever le risque suicidaire chez le patient âgé déprimé, c'est le placement en institution. 10 à 15 p.100 des résidents auraient un épisode dépressif majeur dans la première année suivant l'admission dans l'établissement. Un accroissement de la mortalité, de toutes causes, a été corrélé à la fréquence de la dépression en institution. Le deuxième facteur aggravant, qui est le plus

<sup>17</sup> J'entends par le vécu délirant certaines formes de dépression comme la dépression mélancolique (syndrome de Cotard), ou la dépression délirante (ruines, persécution, spoliations, abandon, châtement, auto-culpabilité...) ou encore l'évolution de certaines psychoses de l'adulte vers la chronicité à l'âge avancé, notamment la schizophrénie, le délire chronique non dissociatif.

<sup>18</sup> Dépression mineure: sub-syndromique, ou l'expression symptomatologique des troubles dépressifs se fait à bas bruit, comme la dépression masquée à forme somatique ou la dépression anxieuse.

souvent, associé au passage à l'acte suicidaire chez une personne âgée déprimée, est la dépendance alcoolique et / ou l'abus d'alcool. L'alcoolisme augmente ce risque suicidaire, notamment chez les hommes. La dépression du sujet âgé l'expose fatalement à une diminution de l'activité physique, en particulier si elle est associée à une pathologie somatique handicapante et / ou douloureuse et / ou chronique, dont les maladies ostéoarticulaires, cardiorespiratoires, digestives, neurodégénératives, etc. Ces maladies sont, à la fois source de souffrance physique, et de décompensation dépressive donnant lieu à une série de symptômes dépressifs: asthénie, plaintes somatiques, douleur physique et morale, perte d'élan vital, anorexie mentale, insomnie, perte d'autonomie pour les activités quotidiennes, etc. Cette perte d'autonomie peut lui infliger de fréquentes et parfois de longues hospitalisations et un risque plus élevé d'entrée en institution. Ce risque d'institutionnalisation est accru si le soutien familial et social laisse à désirer. En effet, la qualité du support familial conditionne à la fois des modalités thérapeutiques et l'évolution de la maladie.

Des études<sup>19</sup> probantes ont montré que la résistance au traitement pharmacologique et psychothérapeutique peut aller de 10 à 30 % des cas cliniques déjà traités, et ceci, à cause des facteurs aggravants comme l'isolement social, et les comorbidités (notamment les pathologies organiques cérébrales), et la récurrence est élevée à 40 % des cas à cause des mêmes facteurs aggravants.

La majorité des personnes âgées ayant réalisé une tentative de suicide sont veuf (ve) s et isolé(e)s. Les hommes vivant seuls sont les plus vulnérables : le taux de suicide chez les veufs est estimé à environ 8 fois plus que celui observé chez les veuves.

Le repérage des facteurs de risque fréquemment rencontrés dans le contexte du vieillissement constitue la pierre angulaire dans la prise en charge thérapeutique des patients sénescents déprimés.

Le déclin physique et cognitif, la perte du statut social et familial, la perte de revenus, la perte du soutien affectif, les deuils...sont des prémisses constituant le noyau de la crise du vieillissement pathologique chez cette population à risque.

Le dépistage de ces premiers signes de décompensation dépressive serait la base d'une intervention à la fois préventive et thérapeutique.

### **IX– Les facteurs de risque de la dépression du sujet âgé**

Le tableau 2 résume les facteurs de risque qui peuvent induire la dépression chez la personne âgée.

<sup>19</sup> SFGG. Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé: Repérage, démarche de diagnostic, identification des signes d'alerte et stratégies de prise en charge. Société Française de Gériatrie et Gérontologie, 1997.

**Tableau 2. Facteurs de risques de dépression chez le sujet âgé**

<b>Facteurs environnementaux</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Isolement social, conflit interpersonnel</li><li>• Retraite, perte de proche, veuvage</li><li>• Problème financiers, changement de domicile</li><li>• Perte d'autonomie liée aux pathologies somatiques</li><li>• Niveau intellectuel bas, carence relationnelle</li><li>• Traitement médicamenteux potentiellement dépressogène</li></ul>
<b>Facteurs organiques</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence, insuffisance cardiaque, dysthyroïdie, douleurs chroniques, cancer, déficits sensoriels</li></ul>
<b>Facteurs internes</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vulnérabilité dépressive, antécédents thymiques</li><li>• Sexe féminin (chez les moins de 85 ans)</li></ul>
<b>Facteurs biologiques</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diminution des neurotransmetteurs au niveau cérébral (sérotonine, noradrénaline et dopamine)</li><li>• Risques génétiques mal connus</li></ul>

### **X- Spécificités psychothérapeutiques de la dépression du sujet âgé**

Le recours aux dispositifs psychothérapeutiques pour traiter la dépression chez le sujet âgé vise à préserver son identité durant les étapes évolutives de la maladie. Aider le patient sénescant à supporter les avatars des handicaps liés à l'âge, à soulager ses souffrances et à accepter ses pertes (réelles ou imaginaires), à renforcer son estime de soi, à améliorer sa qualité de vie... Si les stratégies et les buts thérapeutiques se diversifient et se multiplient auprès des cliniciens, le dénominateur commun de toute approche reste "l'alliance thérapeutique", qui se base essentiellement sur l'empathie, la compréhension, la communication et la disponibilité du thérapeute. La personne âgée qui commence à présenter des symptômes dépressifs, tend à s'éloigner de la vie quotidienne en adoptant des attitudes de repli sur soi et d'isolement pour protéger au maximum sa vie psychique, car les actes courants de la vie quotidienne lui demandent un grand effort et sont source de révolte, de découragement et de sentiments dépressifs.

Dans un premier temps, le rôle du thérapeute consiste à offrir au patient âgé un soutien psychologique pour contenir ses angoisses et alléger ses souffrances, au travers de la réassurance, de la bienveillance, de l'empathie et de la constance du cadre thérapeutique. C'est l'évolution de la maladie et sa sévérité qui va déterminer, par la suite, le choix de la thérapie la mieux adaptée au patient.

### **XI- Les différentes méthodes psychothérapeutiques**

#### **1. Les psychothérapies de soutien**

Nous les citons en premier, car elles sont probablement les plus utilisées dans la prise en charge au quotidien du patient âgé déprimé. Ces thérapies reposent essentiellement sur une bonne qualité d'alliance thérapeutique basée sur la confiance et l'empathie. Le cadre thérapeutique est chaleureux et souple, les entretiens cliniques peuvent être variables dans leur fréquence, leur durée et

leur lieu. Nous ne sommes pas vraiment dans l'application rigoureuse d'un programme thérapeutique bien défini, mais plutôt dans la compréhension et l'empathie.

Ce qui permet d'avoir le maximum d'éléments anamnestiques sur le vécu du patient, sur ses symptômes, ses angoisses, ses inquiétudes, son mode de vie, son champ relationnel et familial, etc. Ce partage entre le patient et son thérapeute permet de créer un terrain d'entente qui servira de base, à l'instauration d'une relation sécurisante et assurera la continuité de soins par une bonne observance thérapeutique. Le thérapeute est vu et vécu par le sénescent déprimé comme étant une source de sécurité et un véritable recours en cas de crise dépressive, voire de pensées suicidaires.

Les psychothérapies de soutien ont, en fait, l'énorme mérite d'offrir une perspective thérapeutique à un large groupe de malades qui ne pourraient bénéficier de thérapies plus structurées et d'accès plus difficile.

## **2. Les psychothérapies psychodynamiques**

Le terme psychodynamique regroupe deux genres d'interventions cliniques: les psychothérapies d'inspiration psychanalytique et la psychanalyse.

«Ces thérapies reposent sur l'hypothèse théorique selon laquelle la dépression dépendrait de processus psychique et de conflits inconscients et ne pourrait régresser que si le patient prend conscience de leur existence». Pour la psychanalyse, la dépression est due à des pertes, réelles ou imaginaires, qui fragilisent le Moi du patient et vaincraient ses mécanismes défensifs et le rendent vulnérable face aux crises de la vie. Ce qui génère de profondes souffrances morales, de la culpabilité et le manque d'estime de soi. De ce fait, le contexte du vieillissement est particulièrement propice à la survenue de pertes d'objets puisqu'il confronte le sénescent à tous types de pertes atteignant l'intégrité physique et psychique: la perte du contrôle sur son propre corps, la perte de certaines facultés mentales supérieures, la perte des personnes qu'il aimait: le conjoint, les paires, les amis, etc. Ces multiples pertes amènent la représentation fatale de sa propre mort, de son propre anéantissement.

L'angoisse profonde qui résulte de ces pertes se projette sur le monde et sur les autres sous deux formes: la première est volontiers psychosomatique (plaintes hypocondriaques, épisode dépressif...), tandis que la deuxième est psycho comportementale (agressivité, hostilité, apathie, froideur).

Pour neutraliser ces attitudes régressives inconscientes dans leur expression symptomatique, le psychanalyste joue un rôle d'étayage concret pour soutenir le sénescent déprimé. Il fait appel notamment à l'interprétation des rêves, et à l'analyse des attitudes transférentielles du malade par rapport à son analysant. En effet, dans le cadre psychodynamique, le patient peut nourrir des sentiments d'admiration, d'amour, d'idéalisation (transfert positif) pour le thérapeute, comme il peut éprouver des sentiments de doute, de haine, de crainte d'être maltraité ou abandonné (transfert négatif). Le fond de la psychanalyse repose sur le maniement et l'interprétation de ce transfert. Cependant, les thérapies psychodynamiques ne sont pas trop recommandées dans le traitement de la dépression du sujet âgé pour plusieurs raisons parmi lesquelles:

Elles demandent un sérieux engagement de la part du patient, qui est déjà fragilisé par la maladie, que ça soit sur le côté matériel, ou sur le côté attente d'efficacité et de résultats.

Ces thérapies peuvent également exposer le sénescent déprimé à un risque de décompensation, de dépendance au thérapeute surtout que le processus thérapeutique est le plus souvent trop long, parfois illimité.

### **3. Les thérapies cognitives comportementales (TCC)**

Les TCC sont entrées en gériatrie depuis plus de 30 ans. Ce sont des thérapies brèves, centrées sur une problématique concrète du patient, lui apportant un bénéfice rapide et des résultats fiables. Selon ce courant psychothérapeutique, la dépression s'installe à partir de représentations négatives et dépressogènes de soi, du monde, des autres, de son passé et de son avenir.

Ces thérapies se basent sur le principe d'amener le patient à réparer ses cognitions négatives, ainsi que les "erreurs" et les "schémas" cognitifs qui les perpétuent. L'expérience de nouvelles réponses cognitives plus positives et l'élaboration de schémas alternatifs moins dépressogènes doivent permettre au patient de s'améliorer sur le plan thymique. En parallèle, ces thérapies proposent au malade une série d'activités lui permettant de combler la carence de ses interactions positives avec l'environnement. En effet, le vécu dépressif et les différentes modifications liées à l'âge avancé du patient lui imposent la réduction des capacités personnelles.

L'intervention des TCC vise à faire apprendre au patient déprimé, différentes stratégies lui permettant de retrouver le sens valorisant de l'habilité sociale et de l'agilité tant physique que mentale : jeux de rôle, entraînement de la mémoire, techniques d'exposition virtuelle ou réelle, activités sociales, etc. Le cadre thérapeutique reste flexible et adaptable à la psychologie du sujet âgé, en prenant en compte certains facteurs inhérents au vieillissement comme le ralentissement cognitif, la rigidité des schémas de croyance, la résistance aux changements, les déficits sensoriels, la fragilité physique...

En séance, l'utilisation de techniques comme le coping, l'imitation, la résolution des problèmes... doit être favorisée. Comme on peut utiliser un tableau pour maintenir l'attention du patient ou l'encourager à utiliser un carnet où il notera par écrit, les tâches à accomplir.

En fin de séance, le thérapeute est invité à reformuler au patient le contenu de ladite séance, pour s'assurer de la compréhension et la mémorisation (Feedback) de ce qui a été travaillé.

### **4. Les thérapies interpersonnelles (TIP)**

La TIP est une intervention brève qui reprend des éléments de la thérapie psychodynamique, dont l'exploration et la clarification de l'affect, ou l'épreuve de la réalité des perceptions et des interprétations. Cette thérapie postule que la dépression survient dans un contexte social et interpersonnel particulier. Chez la personne âgée déprimée, ce contexte prend un sens particulier avec la retraite, la maladie, les deuils, etc. Les principes de cette thérapie peuvent permettre aux sénescents déprimés de s'adapter à ces différents changements

de vie auxquels ils font face. Les TIP ciblent le deuil pathologique, les conflits interpersonnels, les transitions difficiles et les déficits interpersonnels. La TIP s'est montrée efficace chez les deux tiers des patients âgés dépressifs dans des études contrôlées.

### **5. La psychothérapie de résolution de problème (PRP)**

Cette thérapie apprend aux patients des stratégies structurées de résolution de problème à appliquer dans les difficultés de la vie quotidienne, mais aussi également devant des événements de vie négatifs : le divorce, le veuvage, les problèmes de santé graves, etc.

La PRP cible des déficits comportementaux et cognitifs spécifiques, qui sont associés aux dysfonctionnements exécutifs, en aidant les individus à initier des comportements de résolution de problèmes et à éviter ainsi la persistance du problème ou des solutions inefficaces utilisées jusqu'ici.

La PRP améliore les symptômes dépressifs des patients âgés, répondant moins aux traitements médicamenteux. Ces thérapies sont également préconisées dans les démences modérées surtout si les aidants sont impliqués.

### **6. L'approche neuropsychologique**

Cette approche a pour objectif d'appréhender les conséquences psychiques, affectives et comportementales au regard du dysfonctionnement cognitif et neurologique, induit systématiquement par les affections psychiatriques et neurodégénératives.

Quelle que soit la pathologie développée par le sujet âgé, une atteinte de la mémoire et des fonctions exécutives (attentionnelles seront les plus souvent rencontrées).

La démarche thérapeutique neuropsychologique est celle de réhabilitation des fonctions cognitives dans la vie quotidienne afin de restituer ou préserver l'autonomie personnelle, d'améliorer les interactions sociales et le bien-être du patient, et ce en fonction de ses capacités préservées et déficitaires, ces centres d'intérêts, ses objectifs personnels et ses besoins spécifiques. Les améliorations les plus couramment observées, concernent une amélioration de l'humeur (diminution de la symptomatologie dépressive), diminution des troubles comportementaux (agressivité, agitation) et une amélioration du fonctionnement cognitif global.

### **7. Les psychothérapies basées sur la pleine conscience (PPC)**

Les PPC sont issues des derniers développements des thérapies cognitives et comportementales. Elles sont préconisées dans un nombre croissant d'indications: troubles anxieux, troubles du sommeil, douleur chronique, prévention des rechutes dépressives, etc. Ces approches basées sur la pleine conscience, allient les techniques cognitives classiques à des exercices de pleine conscience. Elles consistent à entraîner les capacités attentionnelles, à reconnaître le processus ruminatif et à s'en désengager en rapportant le focus sur l'instant présent, sans jugement, sans filtre et sans attente particulière d'un changement dans l'état émotionnel du moment. Incitant à observer les pensées automatiques comme des événements cognitifs et non comme des faits, les

exercices de pleine conscience développent des capacités d'acceptation, de décentration et réduisent les comportements d'évitement. Les différents programmes sont généralement structurés en 8 à 12 séances. Les modalités groupales potentialisent les effets de ces interventions psychothérapeutiques: en partageant leurs insights, les patients âgés déprimés sont amenés à considérer les similitudes et les différences dans leurs troubles et à relativiser le sentiment de honte et d'isolement en rapport avec la dépression. Les échanges entre patients favorisent ainsi l'objectivité, et la décentration (défocalisation). L'entraînement régulier à la pleine conscience pourrait limiter le déclin cognitif lié à l'âge. Enfin, par le partage de solutions entre pairs, les sujets âgés sont moins enclins à disqualifier les propositions par des croyances dysfonctionnelles liées à l'âge.

### **8. Les thérapies familiales-systémiques.**

Les thérapies systémiques dérivent directement des travaux de l'école de Palo Alto qui considère que la personne est prise dans ses relations avec son environnement, qu'il soit personnel professionnel, social ou familial. De ce fait, les thérapies systémiques sont particulièrement adaptées aux thérapies familiales. Ce procédé est applicable à tous les contextes à problèmes humains: maladie, famille, couple, institution...et représente un intérêt particulier chez le sujet âgé et sa famille en proie à de nombreux changements et réorganisations du fait de l'avancée en âge. La démarche thérapeutique repose sur l'identification du problème, souvent autour du "patient désigné" et des solutions inefficaces voire, aggravantes mises en place jusqu'à présent, puis sur la réalisation par des recadrages, prescription de tâches, sans jamais adopter une position experte avec des conseils théoriques purs. Dans certaines situations particulières l'application de la thérapie systémique soulage la tension intrafamiliale. Les différentes détériorations liées à l'âge avancé, pourraient occasionner des remaniements intergénérationnels avec les enfants qui prennent le rôle des parents. Ce changement intrafamilial pourrait éventuellement susciter des conflits au sein de la famille. Dans d'autres situations de crise (l'annonce d'un diagnostic grave, l'hospitalisation, l'entrée en institution...), le climat familial tendu...Ces situations sont propices aux thérapies systémiques lors de la dépression du sujet âgé; l'application de la thérapie systémique soulage la tension intrafamiliale.

Les réactions de la famille du sénescent déprimé pourraient infléchir l'évolution de la dépression et faciliter ou compromettre le projet thérapeutique. Ceci amène le thérapeute à chercher le plus souvent possible à établir une alliance thérapeutique avec la famille surtout avec l'aidant principal qui accompagne le parent déprimé aux consultations.

### **Conclusion**

La prise en charge de la dépression du sujet âgé est un véritable challenge thérapeutique qui concerne l'ensemble des intervenants autour du patient âgé déprimé. Le projet thérapeutique devrait-être multidisciplinaire, s'inscrivant dans une notion de soins gérontologiques en réseau, auquel participeraient le médecin généraliste, le psychiatre, le psychologue et l'entourage. La première

étape dans ce projet repose sur l'identification des facteurs de risque disséminés dans différentes sphères de la vie du sénescent déprimé. Cette identification pourrait se faire à travers un travail en réseau entre médecins généralistes, psychiatres et entourage.

Les médecins généralistes, consultés en première intention, ont un rôle important dans le dépistage et le traitement de la dépression d'où l'importance des programmes pédagogiques, destinés à l'éducation et à la formation à ces médecins, qui ne sont parfois, que des passerelles vers une consultation chez un psychiatre. Sur une échelle moins spécialisée et plus large, l'organisation de campagnes publiques d'information sur la dépression est une arme à double tranchant, elle vise en premier lieu à lutter contre les préjugés, les idées fausses et la stigmatisation des malades mentaux. En seconde intention, cette sensibilisation incite les patients âgés déprimés à consulter et à chercher des soins efficaces. Les campagnes médiatiques d'information aident à rehausser le niveau de prise de conscience concernant la dépression, ses symptômes, ses formes, son évolution et ses modes thérapeutiques. Ils pourraient utiliser des livrets, des brochures, des spots télévisés et radio, les moyens des réseaux sociaux, etc. Ces programmes de formation spécialisés auprès des médecins généralistes, et d'information vulgarisée auprès du grand public, peuvent être associés et élargies auprès de tous les partenaires qui participent dans la prise en charge thérapeutique de la dépression du sujet âgé, à savoir : l'entourage, travailleurs sociaux, pharmaciens, personnels des maisons de retraite, infirmiers, etc.

### **Recommandations**

L'avancement dans l'âge altère certainement la qualité de vie de la personne âgée, mais ne doit, en aucun cas, être une période de souffrance ni une survie sans projets.

La proximité de la fin de vie des personnes âgées polypathologiques doit nous inciter, tous ensemble: entourage, spécialistes, responsables étatiques, à prendre soin de nos aînés, par le renforcement du travail en équipe pluridisciplinaire visant le même objectif.

La prise en compte de la souffrance psychique, liée à la dépression, pourrait améliorer la prévention, le dépistage et les soins de ce trouble d'apparition courante à la vieillesse, mais largement banalisé, sous diagnostiqué et par conséquent sous-traité.

La prise en charge médicale spécialisée de la dépression du sujet âgé est une nécessité incontestable, toutefois, elle doit être accompagnée par une mise en place d'un programme élargi de formation du personnel qualifié pour pallier aux insuffisances sur le terrain.

La formation des travailleurs sociaux, des aides-soignants, des aides à domicile, des auxiliaires de vie... serait une obligation non négligeable dans ce processus thérapeutique.

## References

- Azorin, J.M. (1991). Pseudodémences dépressives. In : Habib, M. Joannette, Y. Pvel, M. Syndromes démentiels : Approches clinique et neuropsychologique. Paris. Masson.
- Azorin, J.M. (1996). Place des psychothérapies dans le traitement de la dépression du sujet âgé. Les dépressions du sujet âgé. Paris : Masson.
- Beautrais, A.L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide. Life. Threat Behav.* 32(1):1-9. doi: 10.1521/suli.32.1.1.22184
- Bonhomme, P. & Pras, P. (1998). La dépression du sujet âgé – Approche thérapeutique. *Le point de vue du gériatre. N°4 – Tome2.* Ardix médical. France.
- Casadebaig, F., Ruffin, D., Philippe A. (2003). Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *Rev Épidemiol, santé Publique*, 51, 55-64.
- Chan, J., Draper, B., Banerjee, S. (2007). Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22, 720-732.
- Clement, J.P., Bonin-Guillaume, S., Léger, J.M., (1995). Faits et recherches sur la dépression du sujet âgé. *Année Gériatrique*.
- Cole, M.G., Bellavance, F., Mansour, A. (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 156: 1182-89.
- Collette, F. & Salmon, E. (2014). Les effets du vieillissement normal et pathologique sur la cognition. *Rev Médicale Liège*, 69, 5-6.
- Danion, J.M & Marczewski, P. (2000). Les objectifs et les méthodes de la psychopathologie cognitive. Marseille : Solal.
- Decker, E. et al., (2015). Interventions based on mindfulness for the elderly chronic pain: Review of the literature. *Geriatric et psychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 13 : 147-56.
- DSM-5 (American Psychiatric Association) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5e ed.)*. Washington, DC: Auteur.
- Govreitch, R. Hôpital sainte – Anne, Paris. Site: Newsletter santé sur le net.
- Grober, E., Buschke, H., Grystal, H. et al. (1988). Screening for dementia by memory testing. *Neurology*, 38, 900-903.
- Henry C, Raffaitin F, Gerard A. (2003) Dépression et entourage. In: Olié J-P, Poirier M-F, Loo H, editors. *Les maladies dépressives* (pp. 622-627), 2<sup>ème</sup> ed. Paris: Flammarion éditeur.
- Klerman, G.L et al. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of depression*. Northvale (NJ) : Jason Aronson.
- Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Krishnan KR, Sibert TE. (1993). Profile of depressive symptoms in younger and older medical inpatients with major depression. *J Am Geriatr Soc.*;41(11):1169-1176. doi: 10.1111/j.1532-5415.1993.tb07298.x. PMID: 8227889.
- Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK, Jablensky AV, Holman CD. (2000). Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia. *Psychol Med.*;30(4):813-21. doi: 10.1017/s0033291799002391. PMID: 11037089
- Li, G. (1995). The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. *Soc Sci Med*, 40, 825-828.
- Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005 Oct 26;294(16):2064-74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064. PMID: 16249421
- Olié, J.P., Poirier, M.F. & Löö, H. (1995). *Les maladies dépressives. Médecine-Science – Paris: Flammarion.*
- [https://lecerveau.mcgill.ca/flash/les-traitements-efficaces-contre-la-depression.](https://lecerveau.mcgill.ca/flash/les-traitements-efficaces-contre-la-depression)
- Wertheimer, J (1996). Les psychothérapies de la dépression dans l'âge avancé. *Année Gériatrique*, 52, 345-351.
- Pallsson, S. & Skoog, I. (1997). The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. *International Clinical Psychopharmacology* 12 (suppl 7): 3-13.

Recensement Général de la Population et de l'Habitat 2014. Maroc. Haut-Commissariat au Plan (HCP).

Robert, L. (2003). Le vieillissement du cerveau. Paris: Flammarion.

SFGG. (1997). Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé: Repérage, démarche de diagnostic, identification des signes d'alerte et stratégies de prise en charge. Société Française de Gériatrie et Gérontologie.

Suominen, K. Isometsa, E. Lonnquist, J.(2004). El derly suicide attempters with depression are often diagnosed only after the attempt. Int J Geriatr Psychiatry. 19 (1)35-40.

Thompson LW. (1996). Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. J Clin Psychiatry.57 (Suppl 5), 29-37. PMID: 8647790.

Tutin, C (2017). Hommes et femmes inégaux face à la dépression. Enquête "la dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population" INPES.