

DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ - DIAGNOSTIC

Les renseignements qui suivent sont difficilement vulgarisables et s'adressent préférentiellement aux professionnels de la santé. Les sujets âgés ne sont pas plus dépressifs que la moyenne soit environ 5 % de la population en général. Par contre, ce chiffre est nettement plus élevé en institution pour personnes âgées puisqu'il est de 15 à 20 %. D'autre part, le suicide de la population des personnes âgées de 60 ans et plus, représentent 30 % du total des suicides. Enfin le taux de suicide est trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Il existe une relation étroite entre la dépression et le suicide. Voir également dépression de l'adulte.

Le diagnostic de dépression chez la personne âgée n'est pas aisé. Indépendamment de l'âge, les symptômes de la dépression sont les mêmes :

La perte d'intérêt ou de plaisir.

Le trouble de l'humeur.

Le retentissement sur le psychisme et la motricité du patient.

La perte d'intérêt et la perte de plaisir se caractérisent par le manque d'intérêt disproportionné par rapport aux aptitudes physiques et intellectuelles s'amplifiant brutalement et concernant un domaine qui est souvent le dernier plaisir du grand âge, c'est-à-dire la nourriture.

Les troubles de l'humeur comprennent la tristesse et les pleurs. Ces deux symptômes sont variables, allant de la gaieté à la tristesse. Les troubles du caractère récents avec dévalorisation, dépréciation, sentiment d'inutilité, d'incapacité et de culpabilité.

Le retentissement psychomoteur, favorisé par certaines maladies comme l'arthrose, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer etc. peut aller d'une simple fatigue, apparaissant généralement le matin, à une sorte d'apathie, de désintérêt ou d'inertie permanente que l'on appelle le syndrome de glissement.

Il est quelquefois difficile de faire la différence entre une maladie d'Alzheimer débutante et une dépression. On constate d'autre part l'apparition, quelquefois, d'idées délirantes, de persécution ou de mélancolie avec culpabilité, négation et ruine. L'insomnie apparaissant dans la seconde moitié de la nuit passe quelquefois inaperçue car le sommeil du sujet âgé est fragmenté. À l'opposé, il est possible de rencontrer une hypersomnie c'est-à-dire un excès de sommeil se caractérisant par le fait que le patient se lève tardivement, fait la sieste et se couche précocement ou encore présente une somnolence de manière presque continue.

Il faut distinguer la dépression typique du sujet âgé et la dépression atypique du sujet âgé. Les formes typiques comprennent elles-mêmes la dépression endogène et la dépression psychogène. La dépression endogène est plus fréquente chez les femmes. Elle débute généralement à la suite d'une perturbation psychoaffective ou un choc émotionnel. Le premier épisode apparaît aux alentours de 60 ans et se caractérise par des douleurs morales, une inhibition importante, voire une agitation anxieuse avec hypocondrie, délire, culpabilité, des troubles du sommeil quasi-constants. La patiente a

un désir de mort et il existe alors un risque suicidaire parfois important qui se traduit, entre autres, par un refus d'alimentation. Voir agitation du sujet âgé.

L'évolution de la dépression endogène est différente des autres dépressions. En effet, on constate l'apparition d'accès plus longs et un risque très important de passage à la chronicité. Le problème essentiel de la dépression endogène est de ne pas reconnaître le diagnostic et de passer à côté d'une tentative de suicide quelquefois réussie. Toujours en ce qui concerne la dépression endogène, la psychose maniaco-dépressive, qui débute généralement précocement et qui s'accroît au fur et à mesure de l'avancée en âge, se caractérise par une bipolarité entre les accès maniaques et des accès dépressifs et une tendance à évoluer vers une dépression vraie.

Les dépressions psychogènes quant à elles comprennent les dépressions réactionnelles et les dépressions d'épuisement. Les dépressions réactionnelles sont dues à un traumatisme psychologique dont l'évolution est relativement longue. Les dépressions d'épuisement, dont le diagnostic se fait généralement chez des proches de malades présentant une pathologie lourde et chronique, est soumise à des perturbations affectives qui s'étalent dans le temps et dont l'évolution se fait selon trois états : une hypersensibilité avec irritabilité, une phase psychopathique se traduisant par l'apparition de troubles fonctionnels et une phase dépressive associée à une anxiété.

Les autres particularités des formes cliniques chez le vieillard sont les formes atypiques avec les dépressions masquées, les dépressions délirantes, les dépressions pseudodéméntielles et les formes associées.

Les dépressions masquées sont des dépressions au cours desquelles les symptômes physiques apparaissent tout d'abord. Le patient est rarement content, présentant une asthénie (fatigue), une anorexie (perte d'appétit) et un amaigrissement. Généralement, on constate également des troubles digestifs à type de constipation et des douleurs parfois généralisées ou concernant seulement la tête (céphalée), les articulations (arthralgies) ou l'abdomen.

Les dépressions délirantes s'accompagnent de délire de persécution permettant le plus souvent à la personne de se protéger et de se projeter contre une certaine agressivité sur des objets extérieurs. Au cours de ce type de dépression, on constate une augmentation du risque suicidaire vrai surtout quand la personne renonce à l'agressivité qu'elle retourne parfois contre elle-même.

Les dépressions pseudodéméntielles posent certains problèmes de diagnostic avec la démence vraie et se caractérisent essentiellement par des pertes de la cognition éventuellement mises en évidence par un entretien avec l'entourage et se distinguant des démences par le fait que leur évolution est plus rapide. D'autre part, les difficultés intellectuelles concernent moins la mémoire que des troubles de l'attention et de la concentration. Quand on fait passer des tests psychométriques au patient atteint de dépression pseudo déméntielle, celui-ci a tendance à répondre par « je ne sais pas » plutôt que de répondre à côté. Voir également neuropsychologie.

Certaines formes de dépression du sujet âgé associent les dépressions avec affection somatique et les dépressions et démences. Dans le premier cas, il faut rechercher, entre autres, une maladie de Parkinson ou un trouble endocrinien (endocrinopathie). Dans ce cadre, il est nécessaire de traiter à la fois la dépression et la maladie en cause.

Faire une différence entre une dépression et une démence n'est pas aisé, d'autant plus qu'il peut exister une association entre les deux.