**Depression chez le sujet age**

La depression est le diagnostic psychiatrique le plus frequemment pose chez la personne agee. Elle constitue un probleme important entrainant de la souffrance de lisolement social, un taux de suicide eleve et donc une augmebtation de la **morbidite** et de la **mortalite**.

Non traitee, la depression, peut entrainer une diminution de lesperance de vie ou encore porte atteinte au bien etre et a la qualite de vie du malade et de ses proches. Elle est sous diagnostique et sous traitee. **Pourquoi?** Certains symptomes peuvent etre confondu avec des changement fonctionnels associes a lage ou encore aux les symptome dune maladie physique.

Par ailleur, letat depressif est souvent considere comme une consequence normale du vieillissement. Sa presentation clinique est parfois atypique, la depression peut etre masquee par des plaintes somatiques ou coexister avec des syndromes organiques qui compliquent le diagnostic. Ainsi, la plupart des personnes agees ne recoivent pas les soins psychiatriques necessaires (consultent peu les services psychologiques). Aujourdhui depression pas etudie par le psychologue, souvent traitement a mauvaise dose sans therapie.

1. Pourquoi le trouble depressif est il si souvent sous estime chez la personne agees?

Tendance a banaliser le ralentissement et le decouragement observe chez la personne agee (stereotype, cest normal a son age, a mon age, double fonctionnement de la part des soignant et de la personne qui se persuade elle meme que ce quelle vit est normal).

Les **facteurs de risque** ne sont pas assez reperes comme tel (sexe feminin a mois de 85 ans, antecedants dhistoire psychiatrique, severite des maladies somatiques, douleur, handicap, veuvage, utilisation ou prescription de medicaments depressiogenes comme certains betabloquant et antihypertenseur).

La **iatrogenie relationnelle** qui est mise en evidence par toutes les problematiques de maltraitance (institutionnelle ou familiale qui peut traduire lepuisement familial du au trouble du comportement, a lapathie ou a lagression).

Pour Leger en 98, la sous evaluation de letat depressif peut etre egalement lie a la **pudeur** du sujet vieillissant qui aurait des difficultes a communiquer sur leurs troubles. Pour dautres auteurs ce serait aussi lies aux problematiques de la **classification** (DSM IV ou CIM 10) qui ne serait pas pertinente puisque seulement 10% des depressions du sujet ages sont diagnostiques grace a ces criteres.

Depression

Differencier **D recurrente a un age tardif** (deja ep depressif avant), **D de survenue tardive** (50% des patients hospit, rep moins bonnes au traitement) et une **D associe a des tbles vasculaires** (facteurs de risques vasculaires).

Sympt depressif pr 15% des individus alors que la prevalence dun ep depressif majeur est de 3% au dela de 65 ans. Prev en pop generale: 1, 8% a 5, 5% pr la **D** **majeure** et 9, 8% pr la **D** **mineure**. En eur 12, 3%. Plus élevé chez la femme 14, 1% contre 8, 6% chez l'homme. Deprime. D du sujet age svt chronique. Prev varie entre 7 et 36% parmi les patients ambulatoires. De 15 a 43% des patients hospitalite et 42 a 51% en institution soit 1 sur 2. En instiyution tolerance importante des etats depressifs, cest presque normal.

1. Le suicide

Touche les deux sexes mais les risques de deces par suicide sont plus imp chez lhomme et ce tt au long de la vie. Plus premedite que chez lado ie reflechit et determination croissante (moyen employe, assoc de plusieurs methodes), diff entre vouloir mourrir et bouloir ne plus souffrir, les pers agees veulent mourrir. Moins dangoisse dans la perspective de la mort immediate que de continuer ds ces conditions diff. Prob de 75% pour les hommes et 60% pour les femmes a domiciles puis voie publique, hopital... Pas que linstitution plutot avant.

**=> Plusieurs facteurs entrent en compte (veuvage, douleurn...)**

1. Symptomes

Criteres diag DSM 4 Depression majeure.

* 2 sem de presence des sympt et repr un changement par rapp au fmt anterieur
* Au moins 5 des sympt suivants:
  + Soit hum depr soit perte de plaisir
  + Perte ou gain de poid.
  + Insomnie ou hyoersomnie.
  + Ralentissement moteur
  + Fatigue
  + Sentiment de deval et culp
* Ne rep pas aux criteres des episodes mixtes
* Souff cliniquement sign ou alteration du fonctionnement
* Pas de substance ou affection medicale generale
* Pas mieu explique par un deuil

=**> Ne pas confondre D maj (persiste dans le temps) et D severe lorsque tous les sympt sont presents.**

Pers agees apathiques, demotivees, sensibles aux evenements negatifs ce qui amplifie letat dans lequel elles se trouvent. Criteres pas appliquees au pers agees (en trouver des specifiques) car seulement 10% des D des personnes agees correspondent aux criteres du DSM. Chez personnes agees plus de suicides que de passage a lacte suicidaire (inverse selon lage).

**=> Cest un processus long, 80% parlent de leurs idees suicidaires avant (testament, don de souvenir, voir une derniere fois, faire attention a ces attitudes).**

1. Traitement

Tres diff pr medecin de prendre en cahrge cette D a cause des comorbidites et des effets secondaires ou incompatibilites des traitement. Pour la plupart, etre age signifie avoir des ep depressif. En plus souvent a dose inneficace et ne laccompagne rarement de psychotherapie or lun sans lautre nest pas tres utile.

3 cate de symptomes:

* Independant de lage
  + Desespoir
  + Pess
  + Mesestime de so
  + Amaigrissement
  + Tble du sommeil
  + Tble de lhumeur
  + Anxiete
  + Anhedonie ie perte du plaisi
* Le plus souvent chez le jeune
* Spe a la pers age
  + Colere
  + Aggressivite
  + Somatisation
  + Hypocondrie
  + Demotivatio
  + Repli sur soi
  + Isolement
  + Angoisse matinale
  + Confusion
  + Dependance
  + Tble mnesique allegue (plaint)
  + Impression dinutilite

**=> Souvent le matin car rien ne change et rien na change, recommence. Aussi le debut de week end.**

D et maladie associee, forte comorbidite: maladie neurologique (avc, MA, MP), maladie cardiovasculaire, maladie endocrine (diabete, hyper ou hypothyroidie), maladie diverse (cancer, douleur chronique), medicaments depressiogenes (corticoide, betabloquant, LDopa car submerge le cerveau, neuroleptique). Chez tout le monde les deux (med et therapie) sont plus efficace, chez la personne agee lefficacite du traitement medicamenteux augmente par rapport a la therapie car il y a de reelles atteintes de neurotransmetteurs.

1. Differentes formes de D chez le sujet age
2. Les D avec caract psychotiques

De pronostic reserve car pres de deux tiers des patients restent deprimes un an plus tard et que 25% dentre eux decedent dans lannee. Il peut sagir de formes endogenes, on retrouve aussi la notion de tble bipolaire ou de tble de lhumeur dans les antc. Preoccupations centrees sur le corps et AX majeure. Ex avec la D appelee **Sd de Cotard** selon lequel les pers agees vont nier lexistence dun organe. Melancolie. Depression qui font suite a un isolement social et affectif trop important mais aussi dans le cadre dun declin cognitif ou dune desafferentation sensorielle (plus de stimulus). Ces facteurs peuvent favoriser des idees delirantes, delires autour de la notion de vol, de jalousie, de persecution. Lapproche psychodynamique envisage ici le delire comme une defense active et positive contre la D. Ds cette persp le delire ne doit pas etre traite ou supprime pr lui meme. Il est la cnsq de la D envisage comme un moyen dadaptation.

Permet de retablir une coherence entre laffectivite et ce qui est percu du monde environnant. Il sagit pr la pers agee de lutter contre lisolement.

1. Les D a masque confusionnel ou somatique

Les episodes confusionnels peuvent avoir leur origine ds la D. La pers agee reagit svt a la solutide par une aggressivite qui va eloigner delle les autres personnes. Distanciation familliale ou encore refus de sortir de la chambre en institution. Les somatisations peuvent etre frequentes. **Masque** **somatique** comme problemes de cephalee, fatigue et constipation.

1. Les etats anxiodepressifs

LAX et le D sont souvent associees. Les tbles de lhumeur saccompagne de beaucoup dAX, dangoisse surtout matinale qui contrastent avec les peur vesperales de la demence (le soir). La tristesse nest pas toujours apparente derriere la douleur morale ou les traits figes. Habilete cogn svt alteres. Selon certains auteurs 95% des pers agees avec tbles depressifs ont aussi des tbles anxieux domines par de lAX generalisee, des tbles phobiques (agoraphobie) et un peu moins de tbles paniques.

1. Les D a forme conative

On retrouve leffondrement des aptitudes a faire et a simpliquer dans les act ou les relations. On parle de **phobie dimplication et de resignation.** La demotivation est tres imp et centrale. La pers sinterdit a faire des choses et le repli sur soi est une defense face a langoisse de la perte. 30 a 40% des patients institutionnalisees presenteraient des elements de demotivation qui est aussi correllee a la perte ou a la diminution de lact, du plaisir. Apathie, negligence envers soi meme. Ce que je fais ne compte pas. Aboutit au renoncement a leffort, a entreprendre. La demotivation et lisolement psychologique sont bien mieux acceptes par les aidants que les comportements perturbateurs. Elle sapparente au **Sd de la moule et du rocher** ie que la pers agee saccroche a linstitition, refuse lautonomisation qui pourrait faciliter ou justifier un retour a domicile. En institution, la D se manifeste svt par un renoncement a exercer des choix ainsi le choix est delegue a lequipe soignante. La dependance induite securise la pers agee qui va donc continuer a rechercher ce type de relation. Deux caracteristiques: demotivation pregnante et coexiste paradoxalement avec une dependance comblante. Aussi appele dependance regressive aggravee. Reticence envers les soins et refus ambivalent de tte affirmation de choix de vie.

1. La D hostile

Colere, irritabilite, hostilite qui sont les elements principaux. On retrouve beaucoup de comportements dopposition. Mefiant, agite et emotionnellement labile. Ds le cas des placements non dits, les pers agees projetent sur lentourage (famille et soignant) leur malaise interne. Cette situation favorise lhostilite de la pers agee et peut aussi faciliter des delires autour de lheritage ou du detournement dargent. La deception ressentie par la pers agee va etre source de colere qui est un moyen de defense pour evacuer sur autrui sa souffrance.

1. Les autres formes cliniques
2. Les deuils compliques

Meme si la perte du conjoint saccompagne dun episode de D, ce Sd doit etre considere plus frequemment comme une reaction normale que comme un episode de D majeure. Different du deuil sans complexite. Le deuil complique va saccompagner dune D majeure. Sympt depressif tres marque, elements melancoliques, de culpabilite excessive et innapropriee, att du fonctionnement psychosocial. La pers se sent svt indigne de vivre. Environ 25% des pers agees veuves (suicide problematique). Nature du deces. Les etapes du deuil:

* Choc a la nouvelle du deces avec angoisse imp
* Phase de deni avec moment de revolte
* Etat depressif et sentiment dimpuissance, de culpabilite, de desespoir
* Acceptation et detachement progressif de la pers defunte
* Le reinvestissement affectif

=**> Pas lineaire. Tous les veuvages ne sont pas identiques.**

1. Le Sd de glissement

Elements depressifs en cnsq soit de M somatiques graves, des institutionnalisations non acceptees. Anorexie, etat confusionnel et depressif, refus de soin, agitation, aggressivite. Temps de latence bref et rapidement une confusion et une D grave sinstallent. Svt les fonctions vitales se decompensent et 30% de deces malgre les traitements.

1. Le Sd de Diogene

Decrit ds les annees 75. Diogene pronait la non possession, il vivait sans rien, philosophe mais pas lie. Accumulation inutile de dechet (syllogomanie), complete negligence de soi, absence de maladie psychiatrique au premier plan, intelligence plutoy superieure a la moyenne, niveau deducation eleve, isolement soxiale et age superieur a 65 ans.

1. D pseudo dementielle

Desorientation temporo spatiale, tbles mnesiques, diif de concentration, tble praxique, agitation, deambulation/mutisme, clinophilie et retentissement psychomoteur. Tendance a diagnostiquer une demence a caract depressive alors que cest linverse. Peuvent evoluer dans un second temps dans une demence. Atteinte sensorielle assez frequente.

1. La frontiere entre le normal et le pathologique

Il ne faut pas attribuer tous les signes de repli, passivite, manque dinteret au vieillissement normal alors quon peut etre en face de quelquun qui presente une D majeure. Parrallellement on sait quune pers agee peut se retrouver ds des situations dun repli affectif normal. Ce repli peut permettre aussi de reduire et lutter contre le stress et langoisse.