



A LA MEMOIRE  
DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1641  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1642  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1643  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1644  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1645  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1646  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1647  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1648  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1649  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1650

A LA MEMOIRE  
DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1641  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1642  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1643  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1644  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1645  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1646  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1647  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1648  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1649  
ET DE  
M. DE LA SALLE  
MORT EN 1650



# CLINIQUE DE LA DEPRESSION DU SUJET AGE

Capacité de gérontologie clinique

Dijon, le 4 novembre 2005

Pr Bernard BONIN



**-DEFINITION**  
**-EPIDEMIOLOGIE**  
**-DONNEES**  
**PSYCHOPATHOLOGIQUES**  
**-ASPECTS CLINIQUES**  
**CLASSIQUES**  
**-DIFFERENTS VISAGES**  
**-ASPECTS CLINIQUES**  
**FREQUENTS**  
**CHEZ LE SUJET AGE**  
**-DIAGNOSTIC**  
**-EVOLUTION**  
**-SUICIDE**



**DEFINITION**

## DEFINITION

La dépression est un syndrome psychopathologique dont l'élément principal du tableau clinique est un abaissement de l'humeur qui devient triste.

Pr J DELAY: « L' humeur: la disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ».

Le danger de cette modification douloureuse de l'humeur est le suicide.

Chez la personne âgée les tableaux cliniques de la dépression sont très divers:

- Etats dépressifs très proches de ceux de l'adulte
- Etats aiguës ou chroniques
  - avec des visages particuliers où des symptômes comme les troubles du caractère, les idées délirantes, les troubles cognitifs sont au premier plan
  - avec des masques comportementaux ou somatiques

# DEPRESSION SOUFFRANCE AUX MULTIPLES VISAGES

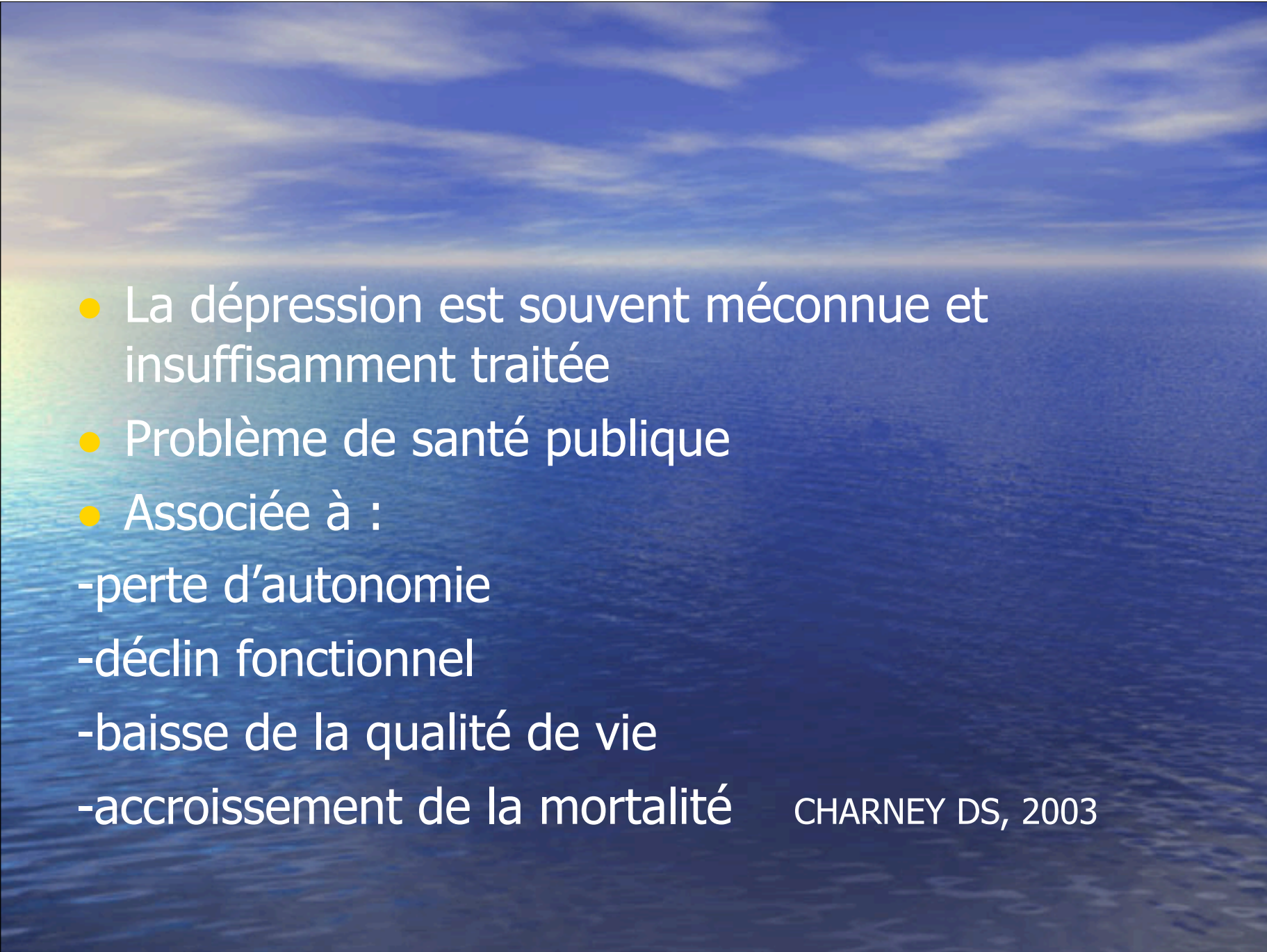
DIAGNOSTIC  
DIFFICILE

RISQUE



# ENJEUX

- RISQUE VITAL
- SUICIDE
- Le trouble dépressif est souvent associé à une ou plusieurs affections somatiques qu'il aggrave
- Et le traitement des manifestations psychiatriques améliore la prise en soins des maladies somatiques.

- 
- La dépression est souvent méconnue et insuffisamment traitée
  - Problème de santé publique
  - Associée à :
    - perte d'autonomie
    - déclin fonctionnel
    - baisse de la qualité de vie
    - accroissement de la mortalité

CHARNEY DS, 2003

A stone relief carving of a lion's head, likely from a historical monument or seal. The lion's head is the central focus, surrounded by a thick, twisted chain that forms a border around it. The carving is in a light-colored stone, possibly limestone or marble, and shows signs of age and weathering. The word "EPIDEMIOLOGIE" is overlaid in white, bold, sans-serif capital letters across the center of the image.

EPIDEMIOLOGIE

# PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

La prévalence des troubles psychiatriques est importante chez les personnes âgées: la moitié environ des sujets âgés de plus de 65 ans souffriraient d'un trouble psychiatrique.

RIGAUD AS, 2005

# FREQUENCE DE LA DEPRESSION DANS LA POPULATION GENERALE

- 100 millions de patients déprimés dans le monde
- Prévalence de la dépression sur la vie entière: nombre de sujets malades par rapport à la population générale: en France:

-Femmes: 22,4 %

-Hommes: 10,7 %      ROUILLON F, 1995

François De MALHERBE: « La garde qui veille aux  
barrières du Louvre n'en défend pas les rois »

# DEPRESSION chez les SUJETS AGES

- La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent chez la personne âgée
- Au-delà de 60 ans, 1 personne sur 3 serait confrontée à la dépression
- La prévalence diffère selon la définition de la dépression et la population considérée
- Problème de différencier symptômes dépressifs et état dépressif
- Un tiers des personnes âgées pourraient présenter des symptômes dépressifs temporaires réactionnels.

# DEPRESSION SUJETS AGES

- Revue de 36 études JONGENELIS K, 2003
- La prévalence de la dépression est comprise entre 2 et 61 %:
  - symptômes dépressifs: 43,9 %
  - dépressions mineures: 25,7 %
  - dépressions majeures: 15,5 %

# DEPRESSION SUJETS AGES

- En médecine générale: 15 à 30 % des personnes âgées présentent des symptômes dépressifs significatifs
- En population générale:
  - 2 à 3 % d'épisodes dépressifs majeurs
  - 1,4 % de dépressions atypiques
  - 13 % de dysthymies

BEEKMAN AT, 2001



# DIFFICULTES DES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES

# EN PSYCHIATRIE

- Définition du cas:
  - expression symptomatique
  - entité morbide structurée / classification
  - méthodes de mesures
- Unité de temps
- Unité de lieu

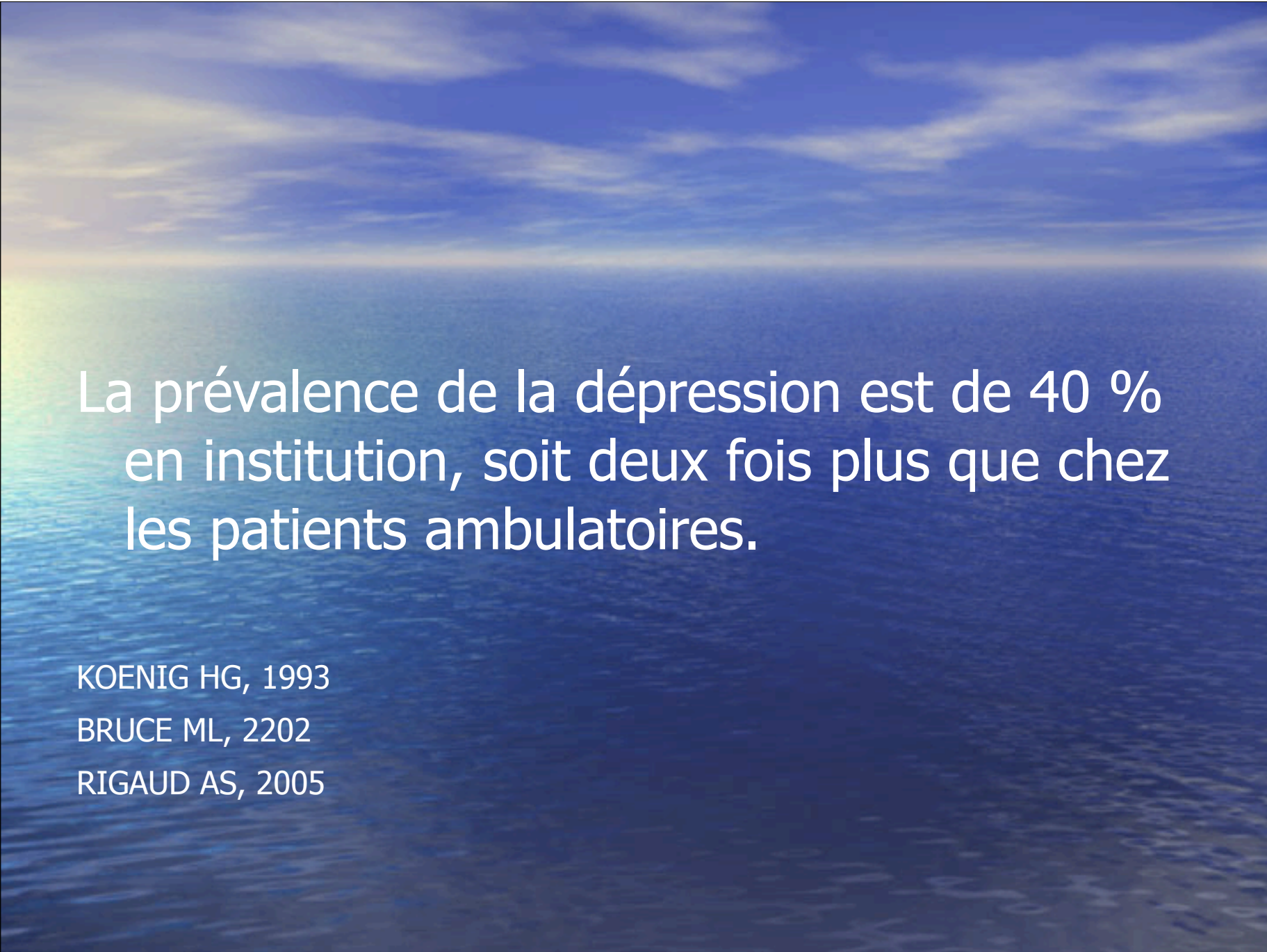
# D'une part

- Variabilité des symptômes, des tableaux cliniques
- Il est parfois difficile de distinguer d'authentiques signes dépressifs de modifications liées au vieillissement, à une affection somatique, à une pathologie iatrogène
- Toute tristesse n'est pas signe de dépression:
  - la dépression est un syndrome psycho-pathologique où la tristesse doit être considérée avec le ralentissement, l'anhédonie...
  - une phase dépressive après un deuil peut être plus un processus d'adaptation qu'une véritable pathologie (il faut néanmoins en surveiller l'évolution)

# D'autre part

Dans 40 % des cas la DEPRESSION ne serait pas diagnostiquée  
COLE MG, 2003

- Déni des troubles: 43 %, le sujet ne consulte pas
- Les symptômes dépressifs sont attribués de manière erronée à un vieillissement normal
- Les symptômes sont atypiques: 60 % des patients déprimés âgés présentent au premier plan du tableau des plaintes somatiques, des



La prévalence de la dépression est de 40 %  
en institution, soit deux fois plus que chez  
les patients ambulatoires.

KOENIG HG, 1993

BRUCE ML, 2202

RIGAUD AS, 2005

# ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES

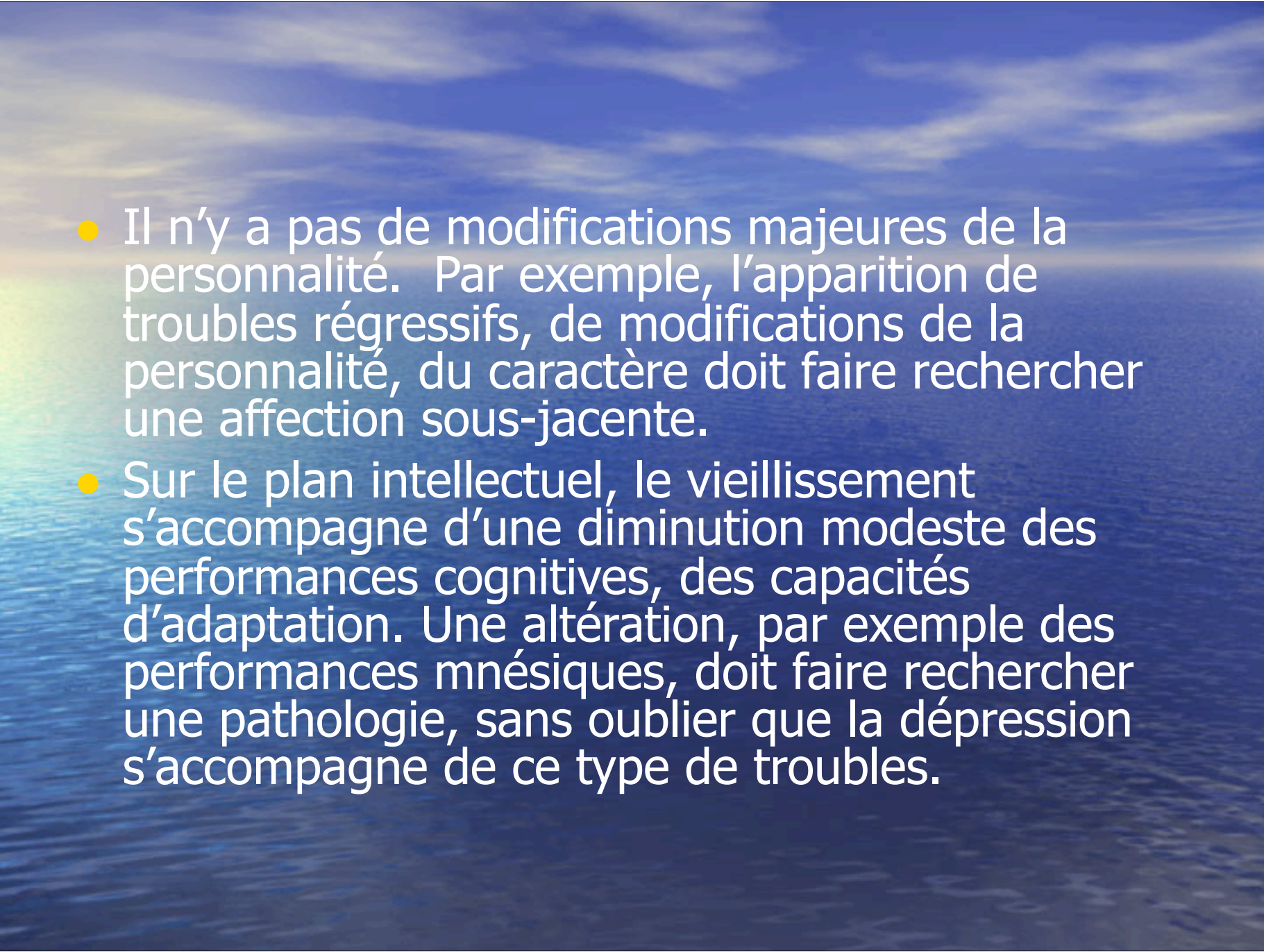


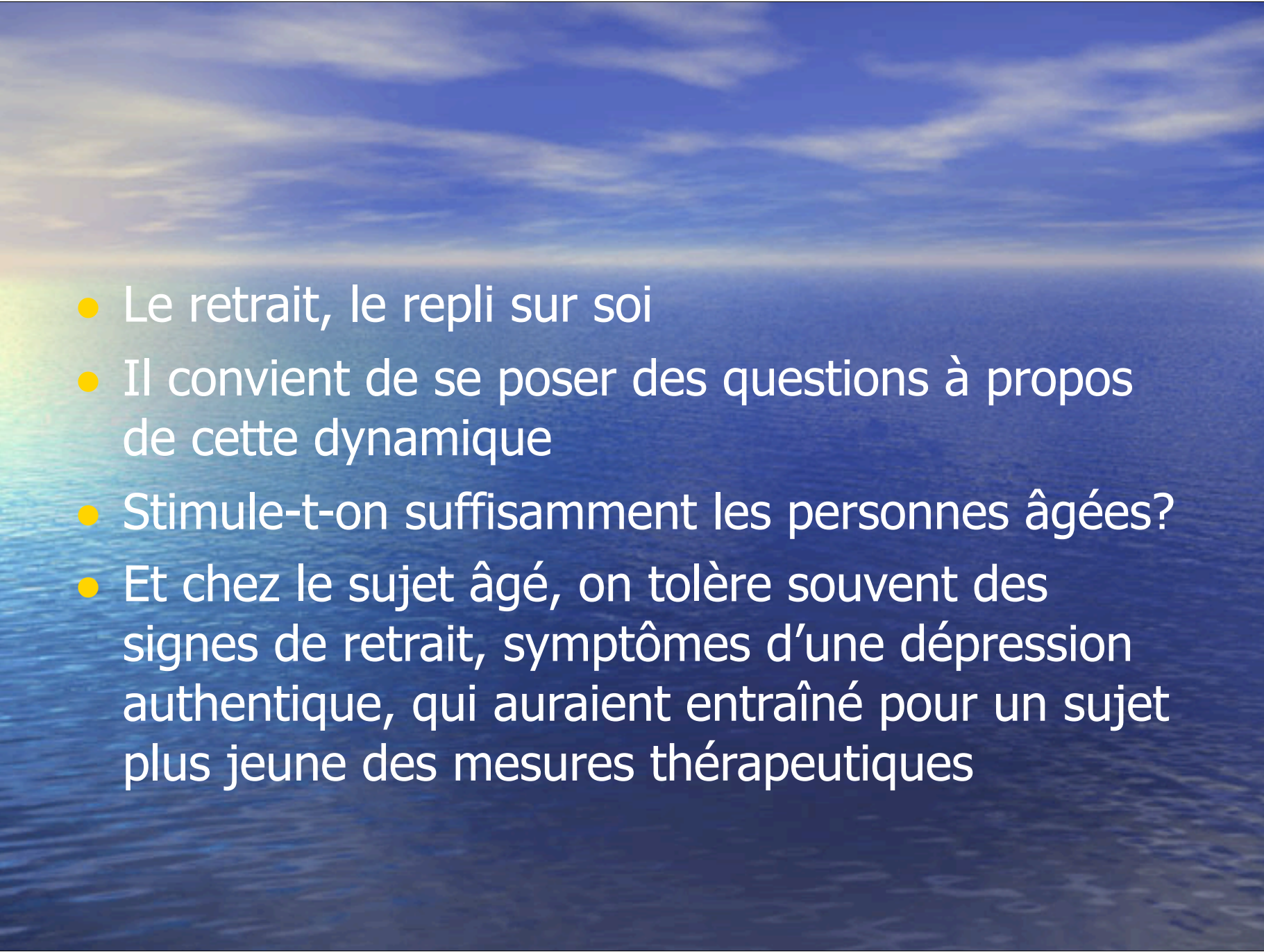


NE PAS ASSIMILER  
VIEILLISSEMENT  
ET  
DEPRESSION

# VIEILLISSEMENT

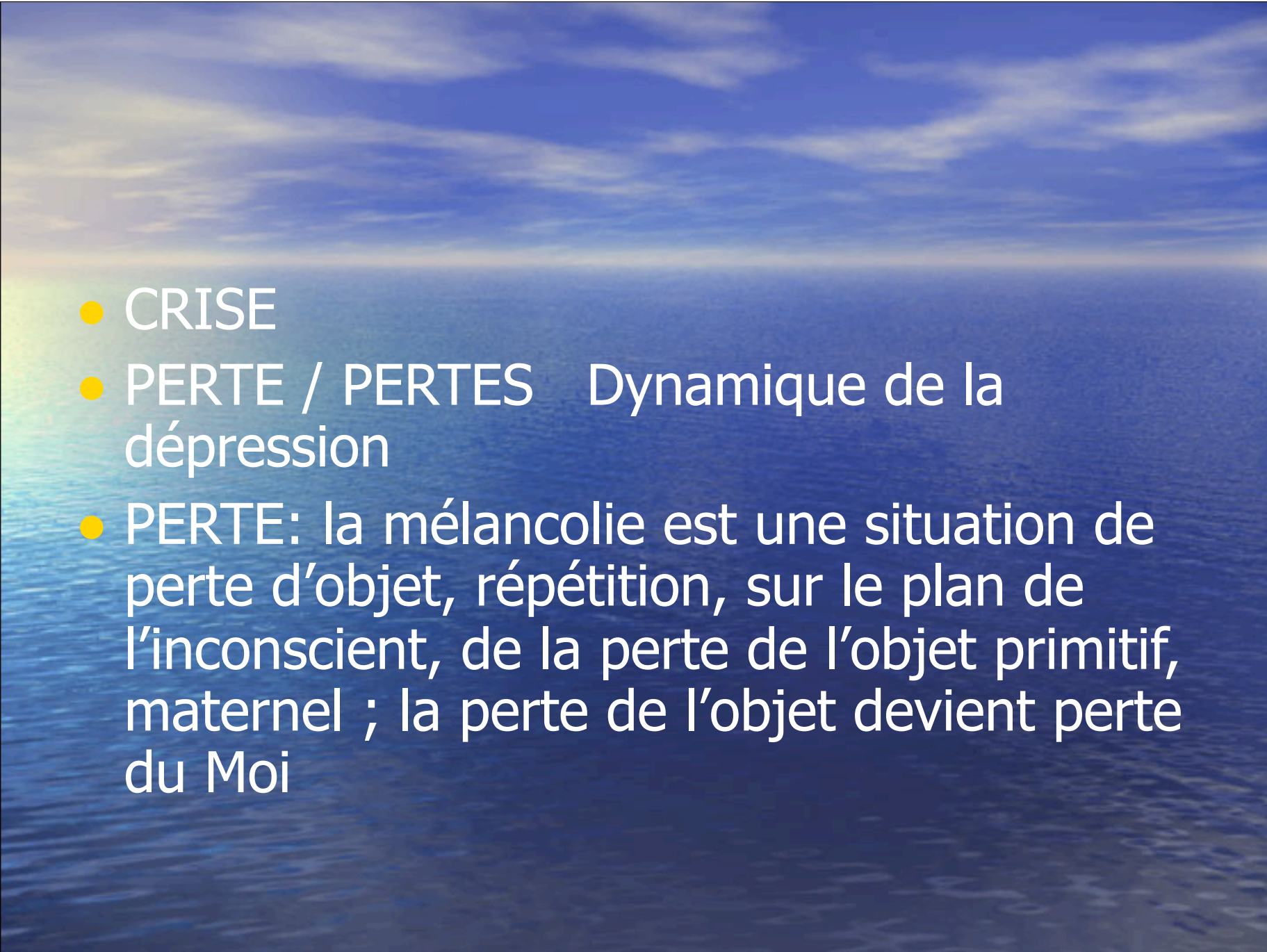
« Un certain nombre de manifestations pathologiques fréquentes chez la personne âgée sont souvent méconnues car elles sont attribuées à tort au vieillissement physiologique. Différentes études longitudinales ont montré, qu'en l'absence de pathologie, les effets du vieillissement sont modestes » RIGAUD AS,EMC, 2005

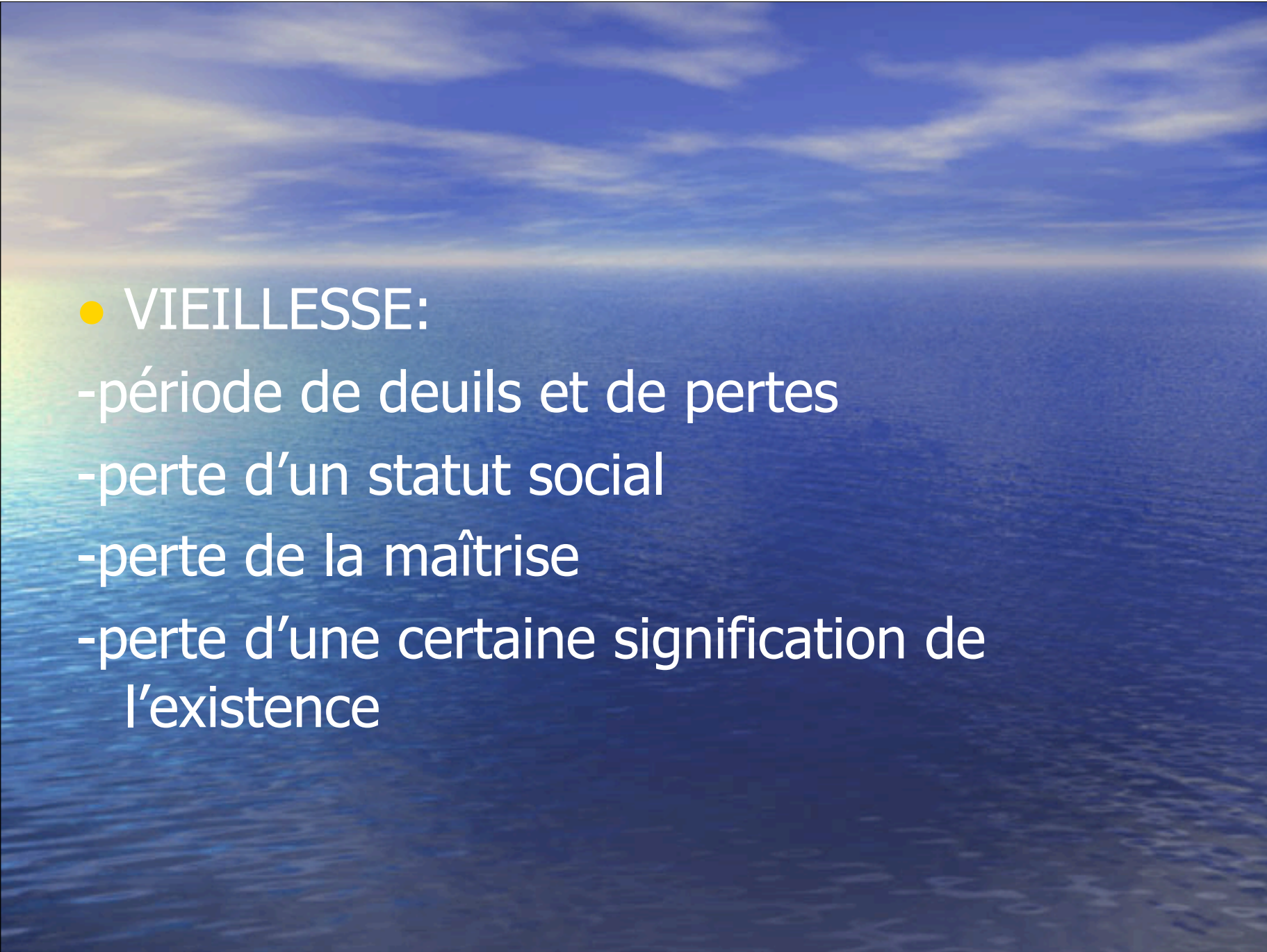
- 
- Il n'y a pas de modifications majeures de la personnalité. Par exemple, l'apparition de troubles régressifs, de modifications de la personnalité, du caractère doit faire rechercher une affection sous-jacente.
  - Sur le plan intellectuel, le vieillissement s'accompagne d'une diminution modeste des performances cognitives, des capacités d'adaptation. Une altération, par exemple des performances mnésiques, doit faire rechercher une pathologie, sans oublier que la dépression s'accompagne de ce type de troubles.


- 
- Le retrait, le repli sur soi
  - Il convient de se poser des questions à propos de cette dynamique
  - Stimule-t-on suffisamment les personnes âgées?
  - Et chez le sujet âgé, on tolère souvent des signes de retrait, symptômes d'une dépression authentique, qui auraient entraîné pour un sujet plus jeune des mesures thérapeutiques

# VIEILLESSE et DEPRESSION

- La vieillesse est une CRISE de l'existence, au même titre que par exemple l'adolescence.
- C'est la crise qui permet l'évolution, l'adaptation
- Mais c'est aussi un moment de tension, de fragilité, de rupture d'équilibre

- 
- CRISE
  - PERTE / PERTES Dynamique de la dépression
  - PERTE: la mélancolie est une situation de perte d'objet, répétition, sur le plan de l'inconscient, de la perte de l'objet primitif, maternel ; la perte de l'objet devient perte du Moi

- 
- VIEILLESSE:
    - période de deuils et de pertes
    - perte d'un statut social
    - perte de la maîtrise
    - perte d'une certaine signification de l'existence



Tout passe, tout reste  
Mais notre destin est de passer,  
Passer en faisant des chemins,  
Des chemins sur la mer.  
Voyageur, ce sont tes empreintes  
Le chemin et rien de plus ;  
Voyageur, il n'y a pas de chemin  
On fait le chemin en marchant.  
En marchant on fait le chemin,  
Et en se retournant en arrière  
On voit le sentier que plus jamais on ne foulera à  
nouveau  
Voyageur, il n'y a pas de chemin  
Seulement un sillage dans la mer.

A MACHADO

- 
- MALADIES SOMATIQUES
  - INVALIDITE, HANDICAP PHYSIQUE
  - ISOLEMENT, SOLITUDE
  - VEUVAGE
  - PAUVRETE réelle ou au moins du statut social
  - INSTITUTION:
    - vie collective
    - perte d'une identité

# Multiples aspects.....

- PSYCHOLOGIQUE: Sensibilité particulière aux événements de vie
- BIOLOGIQUE:
  - diminution de l'activité des systèmes monoaminergiques (++)taux MAO)
  - fragilité cérébrale, débit sanguin cérébral conservé

# FACTEURS de RISQUE de DEPRESSION

COLE MG, 2003

- Antécédents de dépression
- Deuil(s)
- Troubles du sommeil
- Perte d'autonomie
  
- Sexe féminin

## FACTEURS PSYCHOLOGIQUES et SOMATIQUES

- Dépressions de début précoce (avant 65 ans)
  - histoire psychiatrique personnelle, familiale
  - troubles de la personnalité
- Dépressions à début tardif (après 65 ans)
  - facteurs neurobiologiques
  - maladies cérébrovasculaires
  - maladie de Parkinson, démence.....

# ASPECTS CLINIQUES CLASSIQUES



# 1) L' ACCES MELANCOLIQUE

**DEFINITION** C'est une hyperthymie douloureuse, type de description d'un syndrome dépressif, qui réalise un tableau caractéristique dans les formes pures. Ce tableau clinique associe:

- Une inhibition psychomotrice
- Une douleur morale
- Des idées délirantes
- Troubles somatiques

# CLINIQUE DEBUT

- **Progressif**: début le plus souvent insidieux, marqué par des modifications de l'humeur et du caractère, une émotivité, une susceptibilité, un état de tristesse, des rêves anxieux persistant à l'état de veille. Perte des intérêts, du goût pour les loisirs, les activités habituelles.

Troubles somatiques divers: fatigue, céphalées, douleurs, troubles digestifs...Insomnie. Anorexie

- **Brutal**: le début est parfois brusque par une tentative de suicide ou un suicide réussi, par une confusion délirante...

# CLINIQUE ETAT

# 1) PRESENTATION

- L'aspect est évocateur, traduisant l'inhibition psychomotrice profonde et l'intensité de la douleur morale:
- Patient prostré, accablé ; les gestes sont ralentis: bradycinésie
- Voix faible, monotone ; parole rare, réticente , mutisme parfois.
- Faciès figé, immobile ; traits atones, commissures labiales abaissées. Le front plissé et les sourcils obliques font parler d'omega mélancolique
- Parfois agitation dans les formes anxieuses

## 2) SIGNES CLINIQUES CARDINAUX

### **INHIBITION PSYCHOMOTRICE**

Inhibition

- De la volonté: aboulie. Incapacité de toute conduite complexe. Le mélancolique se sent impuissant à vouloir, « vide »
- De l'idéation. Ralentissement et inhibition de l'activité intellectuelle sans déficit. On parle de paralysie psychique. Concentration de la pensée sur un thème idéique douloureux: monoidéisme
- De toute activité. Inertie. Apragmatisme. Malade immobile, délaissant tous les besoins de la vie quotidienne.

## DOULEUR MORALE

- Intense, effroyable, pénible, elle conduit le patient au désir de mort
- Tristesse passive: ennui, dégoût, regrets, découragement, sentiment de vide
- Tristesse active: sentiments de peur, d'angoisse, de culpabilité, d'autoaccusation, de perplexité tumultueuse, d'inquiétude
- Leur prédominance en alternance explique tantôt la stupeur, tantôt l'agitation anxieuse.
- Etat de tristesse profonde, foncière, monotone, résistant aux sollicitations extérieures.

# IDEES DELIRANTES

## Thèmes

- Indignité
- Humilité
- Culpabilité avec auto-accusations de fautes insignifiantes ou irréelles, voire absurdes
- Hypochondrie
- Incurabilité
- Négation
- Ruine
- Banals, absurdes, disproportionnés

## Caractères

- Monotonie, fixité
- Tonalité affective pénible
- Pauvreté (pas de développement)
- Passivité (pas de caractère revendicateur)
- Projection dans le passé ou l'avenir
- Elles sont secondaires, conséquences de la douleur, de la tristesse.

### 3) Quelques caractéristiques

- Pas d'affaiblissement intellectuel vrai, les perturbations sont dues à l'inhibition idéique
- Attention faible, difficile à fixer
- Défaut de concentration
- Mémoire normale, mais ralentie avec caractère douloureux de l'évocation des souvenirs
- Allongement du temps de réaction
- Lenteur de l'association des idées
- Activités de synthèse réduites ainsi que l'imagination

- L'attention se concentre sur les thèmes mélancoliques sans pouvoir s'en détacher. La perception du monde extérieur reste à peu près intacte mais comme enténébrée
- Les phénomènes psychosensoriels sont rares. Il s'agit plus d'illusions, de perceptions erronées que d'hallucinations réelles. Le patient interprète le monde dans sa tristesse, les représentations sont en rapport avec l'hyperthymie douloureuse.

## 4) EXAMEN PHYSIQUE

- Troubles neurologiques: hypoesthésie, hypotonie, faiblesse des réflexes ostéotendineux
- Troubles neurovégétatifs: respiration ralentie, pouls ralenti, hypotension...
- Troubles digestifs: anorexie, état saburral des voies digestives (langue blanche), constipation
- Perturbations endocriniennes: aménorrhée, frigidité chez la femme ; impuissance chez l'homme
- **INSOMNIE de FIN de NUIT**
- Amaigrissement parfois important
- Céphalées, douleurs diverses
- **ASTHENIE du MATIN**

## 5) COMPLICATIONS LE SUICIDE

- Le mélancolique est en **danger de mort.**
- Risque majeur
- L'idée de mort, d'autodestruction est la conséquence la plus remarquable et la plus constante du désarroi et de la douleur du mélancolique
- Le refus d'aliments, du simple manque d'appétit à la résistance la plus désespérée à toute alimentation (sitiophobie) est l'expression de ce désir de mort. Le mélancolique s'abandonne à la mort
- Des actes d'automutilation peuvent être observés, punition de l'indignité

Le suicide peut s'observer dans des circonstances variables

- Soit au cours d'un accès anxieux où il peut revêtir une allure spectaculaire
- Soit soudainement chez un sujet stuporeux, lors d'une impulsion subite
- Le suicide est souvent observé aux premières heures du matin, après une nuit d'insomnie

- Cette complication suicidaire se voit à toutes les phases de l'évolution de la maladie, en début, à la période d'état, en fin d'accès
- Ce sont des tentatives gravissimes: noyade, train, arme à feu, pendaison
- Le suicide collectif, dit altruiste, est propre à la mélancolie. Le patient peut entraîner ses proches dans la mort ; ceci peut être expliqué par l'intensité de la douleur morale, la projection des idées délirantes sur l'entourage.

# EVOLUTION

- Non traitée: la maladie durait classiquement 6 à 8 mois ; la mort par suicide ou cachexie était très fréquente avant la découverte des thérapeutiques actuelles.
- Le traitement (antidépresseurs, électroconvulsivothérapie) a bouleversé le pronostic. La guérison est le plus souvent progressive. Les antidépresseurs doivent être prescrits aussi longtemps que l'accès aurait duré.

# FORMES CLINIQUES

# FORMES SYMPTOMATIQUES

- FORMES MAJEURES

- stuporeuses: inhibition psychomotrice intense, akinésie extrême, inertie, mutisme, sitiophobie
- anxieuses: agitation anxieuse
- délirantes: idées délirantes au premier plan du tableau clinique avec parfois des thèmes hypocondriaques, d'influence, de damnation, de possession par le démon (démonopathie) ou un animal (zoopathie). Diagnostic parfois difficile avec des psychoses délirantes (d'autant qu'il existe parfois des hallucinations)

Une forme délirante particulière: le  
syndrome de COTARD:

- Idées délirantes de négation d'organes:  
impression d'être vide
- Négation du monde
- Damnation
- Immortalité avec souffrance dans l'éternité

- FORMES MINEURES

- Formes simples (apparence pseudonévrotique)
- Formes monosymptomatiques: diagnostic difficile, par exemple une insomnie isolée, des formes algiques

## FORMES ATYPIQUES

- Formes hallucinatoires: hallucinations le plus souvent auditives (accusations)
- Formes obsessionnelles: ruminations obsédantes, diagnostic différentiel difficile avec la névrose obsessionnelle
- Formes confusionnelles (causes toxico-infectieuses)
- Etats mixtes
- Mélancolie pseudo-déficitaire ou pseudo-démentielle

## FORMES ETIOLOGIQUES

- Maladie maniaco-dépressive
- Mélancolies réactionnelles
- Mélancolies symptomatiques d'affections organiques
- Formes iatrogènes

# DIAGNOSTIC POSITIF

- Intensité de la douleur morale
- Inhibition psychomotrice
- Idées délirantes (ruine, culpabilité...)
- Idées de mort, de suicide
- Accès antérieurs de dépression mélancolique ou d'accès maniaques
- Antécédents familiaux

# DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Autres ralentissements psychomoteurs: maladie de Parkinson, syndromes démentiels, schizophrénie...
- Autres états dépressifs: dépression névrotique, dépression réactionnelle, dépressions atypiques.



## 2) ETAT DEPRESSIF MAJEUR

# MODES DE DEBUT

- Troubles du sommeil
- Diminution de la libido
- Hyperesthésie sensorielle
- Troubles du caractère
  
- Atteinte de l'ANTICIPATION

ETAT:  
PATHOLOGIE SEVERE,  
DOULOUREUSE, HANDICAPANTE

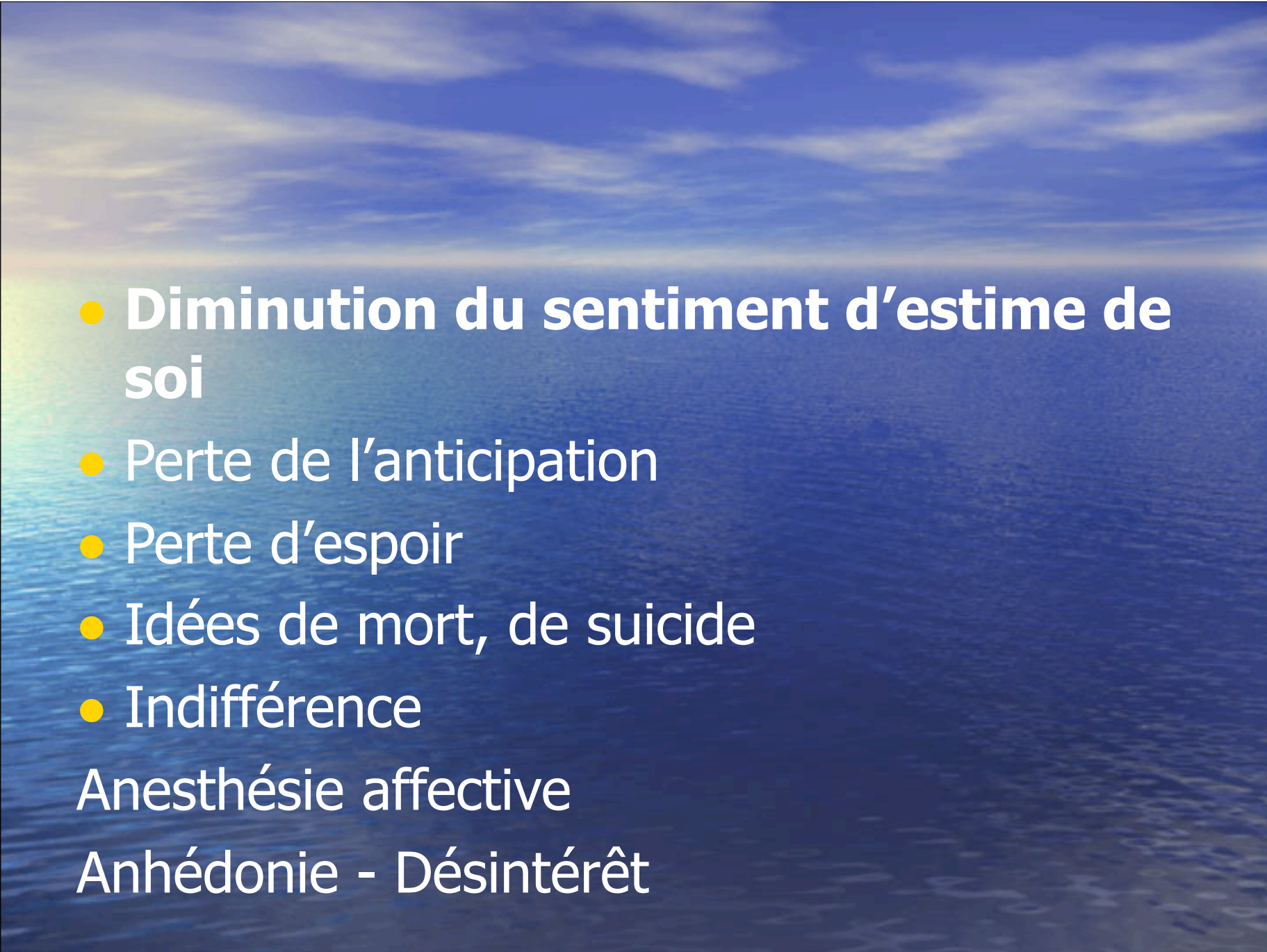
- TRISTESSE pathologique

Sentiment de vide, d'anéantissement

Douleur morale

Culpabilité

Incurabilité .....

- 
- **Diminution du sentiment d'estime de soi**
  - Perte de l'anticipation
  - Perte d'espoir
  - Idées de mort, de suicide
  - Indifférence

Anesthésie affective

Anhédonie - Désintérêt

- **Ralentissement psychomoteur**

Inhibition – Paralysie psychique – Troubles cognitifs  
- Aboulie - Apragmatisme

- **Symptômes somatiques:**

-Asthénie du matin

-Anorexie, amaigrissement

-Troubles du sommeil: insomnie matinale précoce

-Céphalées – Douleurs – Troubles sexuels.....

- **Anxiété**



**L'épisode dépressif** est caractérisé par l'humeur dépressive, la perte d'intérêt, le ralentissement psychomoteur, la douleur morale et une fatigue ou perte d'énergie presque constante.



- MELANCOLIE D' INVOLUTION

- aucun antécédent psychiatrique

- agitation anxieuse

- plaintes hypocondriaques

- idées de ruine, de culpabilité

- DEPRESSION REACTIONNELLE

- événement précipitant

- demande affective insistante

- anxiété permanente

- asthénie

- algies diverses – plaintes hypocondriaques



Dans l'*hypocondrie* le sujet est confronté à la préoccupation obsédante d'être atteint d'une maladie grave, malgré la réassurance des médecins.

# DIFFERENTS VISAGES



.....



# 1) DEPRESSION SOURIANTE

## DEPRESSION SOURIANTE

- Présentation « non dépressive », souriante du patient: sourire souvent plaqué, artificiel....mais néanmoins trompeur
- Discours évasif: ça va, je ne sais pas....

- Entourage: modifications du

→ comportement

→ Symptômes somatiques: insomnie

Risque suicidaire



## 2) DEPRESSION SAISONNIERE

# DEPRESSION SAISONNIERE

- Symptômes caractéristiques:
  - hypersomnie
  - appétit augmenté, prise de poids
  - aggravation vespérale des symptômes



Récidives en automne, hiver



## 3) FORMES FRUSTRES

## FORMES FRUSTRES, MONO ou PAUCISYMPATOMATIQUES

- Pauvreté des manifestations cliniques: un ou quelques symptômes dépressifs



Changement récent

Evolution dans la journée

**\*\*Problème pour le diagnostic: état dépressif??**



## 4) DEPRESSION HOSTILE

# DEPRESSION HOSTILE

- Irritabilité, comportements d'exigence, intolérance à la frustration
- Colères explosives, comportements tyranniques
- Attitudes régressives, vécu subjectif d'acharnement malveillant
  
- Hostilité empreinte d'ambivalence et de culpabilité
- Syndrome dépressif plus ou moins marqué

-Douleur morale souvent intense

→ Douleurs somatiques: décrites de manière détaillée, exprimées avec sthénicité

→ Comportement en rupture avec celui observé habituellement

**ASPECTS CLINIQUES  
FREQUENTS CHEZ LE  
SUJET AGE**





# 1)DEPRESSIONS MASQUEES

# DEPRESSIONS MASQUEES

- Il n'existe pas d'élément sémiologique manifeste de la série dépressive
- **Symptômes psychiques**: troubles du caractère, signes névrotiques (phobies, obsessions), troubles isolés des conduites (sexuelles, alimentaires...), certaines toxicomanies intermittentes

- **Symptômes somatiques**: céphalées, fatigue, crampes musculaires, paresthésies, gênes douloureuses précordiales, douleurs abdominales, glossodynies, troubles digestifs.....

Ces plaintes somatiques sont floues, variables, avec une **prédominance matinale**

Souvent nombreuses investigations complémentaires

Troubles de l'équilibre, fatigue, amaigrissement



LES SYMPTOMES SOMATIQUES REVELATEURS  
D' UN ETAT DEPRESSIF PEUVENT APPARTENIR A  
TOUTES LES SPECIALITES MEDICALES

# DIFFICULTES

- NE PAS MECONNAITRE UNE EVENTUELLE AFFECTION ORGANIQUE
- NE PAS MECONNAITRE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE




→ Périodicité

→ Evolution dans la journée: prédominance  
matinale

→ Pathologie organique sous-jacente  
éliminée

→ Sensibilité à un traitement antidépresseur





## 2) DEPRESSION et PATHOLOGIE MASQUANTE

# DEPRESSION ET

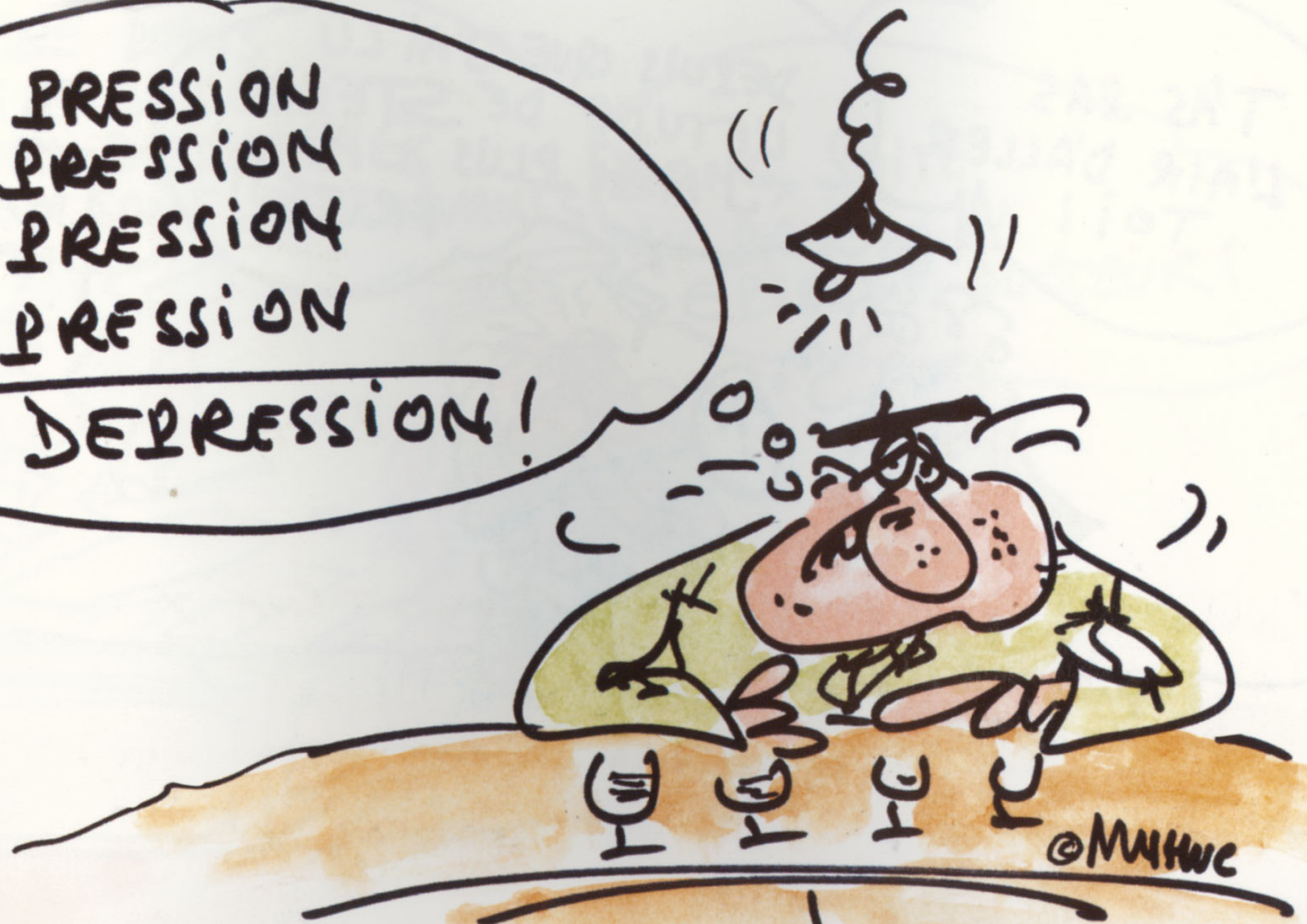
- ALCOOL / TOXICOMANIES
- MALADIES NEUROLOGIQUES: artériosclérose cérébrale, maladie de Parkinson, tumeur cérébrale, accident vasculaire cérébral
- MALADIES ENDOCRINIENNES
- MALADIES INFECTIEUSES
- TROUBLES RESPIRATOIRES (apnées du sommeil)
- MALADIES CHRONIQUES
- CANCER



RISQUE DE MECONNAISSANCE DU TROUBLE DE L'  
HUMEUR

ALCOOL !!

+ PRESSION  
+ PRESSION  
+ PRESSION  
-----  
= DEPRESSION!



©MATHWE



## 3) FORMES DELIRANTES

## a) MELANCOLIE DELIRANTE

### Idées délirantes

- Mécanismes: elles sont secondaires à la douleur morale, illusions, interprétations
  - Tonalité affective pénible
  - Monotonie –Fixité –Pauvreté -Passivité
  - Thèmes: indignité, humilité, culpabilité, hypocondrie, incurabilité, négation, ruine...  
possession, influence, transformations corporelles
- SUICIDE**

# MELANCOLIE DELIRANTE

- Diagnostic difficile
- Etats mixtes
- Antécédents: troubles bipolaires de l'humeur
- Syndrome de COTARD:
  - négation d'organes
  - négation des proches, de l'espace, du temps
  - damnation éternelle, immortalité

## b) DEPRESSION ET DELIRE

- Dépression et délire chronique  
Associations des thèmes
- Origine organique  
Tout processus organique dégénératif cérébral peut débuter par des manifestations dépressives et délirantes
- Iatrogénie: maladie de Parkinson (dépression) et L-Dopa (symptômes délirants)
- Confusion mentale qui complique l'évolution d'un état dépressif.....



## 4) DEPRESSIONS ANXIEUSES

## a) DEPRESSION et SYMPTOMES ANXIEUX



### Attaques de panique:

Certains états dépressifs débutent par des crises aiguës d'angoisse ou comportent dans leur symptomatologie des attaques de panique



### Phobies

### Obsessions

Symptômes souvent anciens



Diagnostic difficile. Risque suicidaire

## b) SYNDROME ANXIO-DEPRESSIF

- Symptomatologie mixte: -  
signes de dépression -  
anxiété de type anxiété généralisée
- Événements intercurrents précipitants

## c) MELANCOLIE ET ANXIETE

- Mélancolie agitée: agitation anxieuse  
Apparence névrotique
- Mélancolie stuporeuse: sidération
- Raptus auto-agressifs fréquents



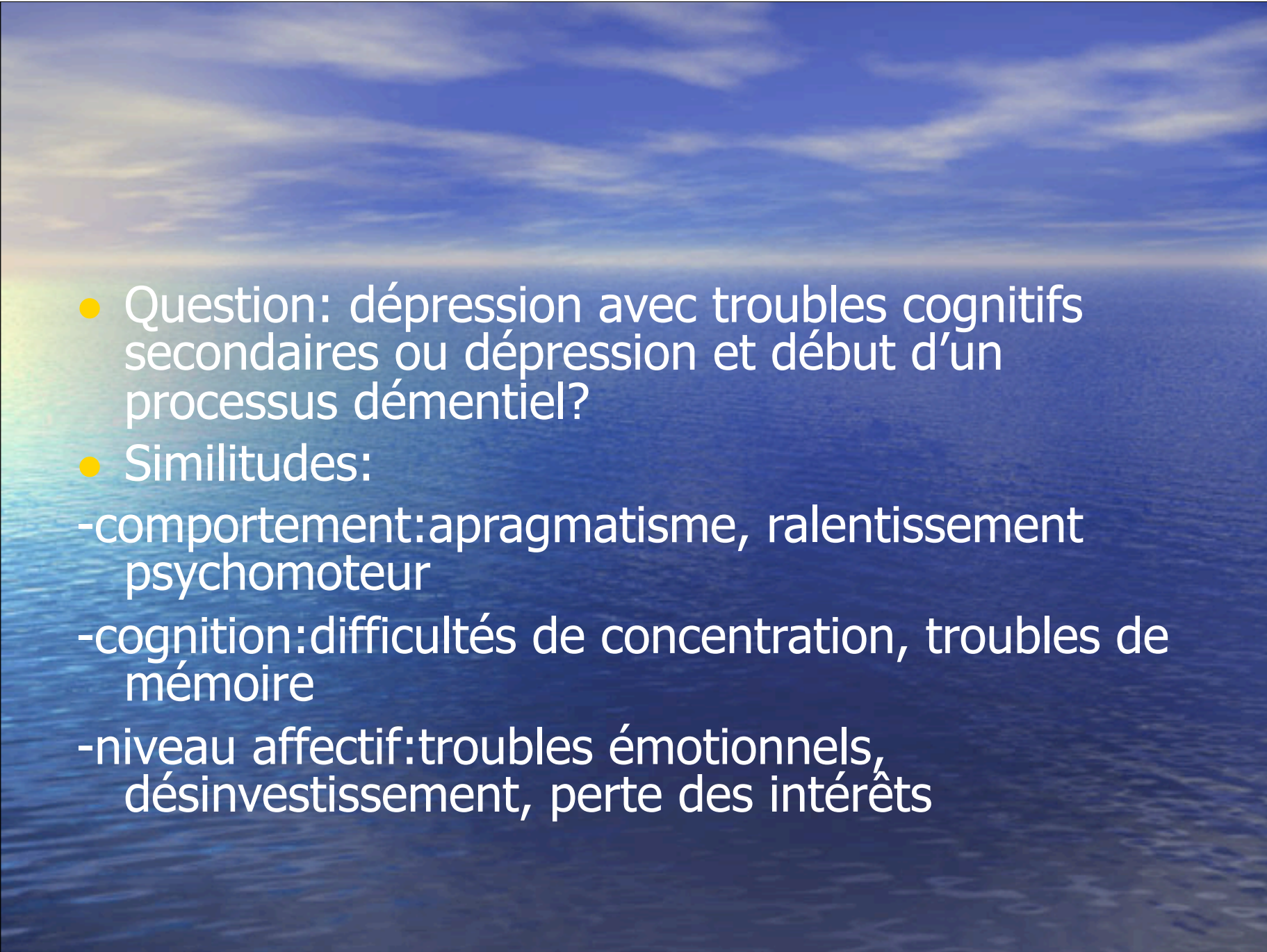
5) DEPRESSION  
PSEUDO-DEMENTIELLE

## INHIBITION – RALENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR chez la PERSONNE AGÉE DEPRIMÉE

- Baisse d'efficacité mentale, troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire
- Diminution des intérêts
- Improductivité
- Laisser-aller
- Négligence de soi

## FREQUENCE

- Plaintes somatiques qui résument l'expression de la souffrance thymique
- Troubles du caractère
- Troubles du comportement
- Idées de persécution, de ruine, de vol
  
- Mauvaise tolérance des médicaments parfois à l'origine de confusion

- 
- Question: dépression avec troubles cognitifs secondaires ou dépression et début d'un processus démentiel?
  - Similitudes:
    - comportement:apragmatisme, ralentissement psychomoteur
    - cognition:difficultés de concentration, troubles de mémoire
    - niveau affectif:troubles émotionnels, désinvestissement, perte des intérêts

# DEMENCE

- \*\* Troubles du comportement
- \*\* Altération des fonctions intellectuelles
  - troubles de l'attention
  - troubles de la mémoire
  - désorientation temporo-spatiale
  - troubles du langage
  - troubles des fonctions instrumentales
  - atteintes des processus intellectuels
- \*\* Troubles de l'humeur
- \*\* Délire
- \*\* Syndrome psychomoteur
- \*\* Syndrome somatique

# DEPRESSION

- Rapidité de l'installation des troubles
- Thymie dépressive
- Ralentissement psychomoteur
- Traitement antidépresseur d'épreuve



## 6) DEPRESSION ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

## a) Dépression hostile

- Irritabilité, manifestations agressives, troubles du caractère
- Mécanisme de protection par rapport à la dévalorisation de soi ?
- Evolution ultérieure?

## b) Dépression et manifestations hystérisiformes

- Théâtralisme des comportements
- Manipulation de l'entourage
- Dépendance
- Revendications

## c) Dépression et régression

- Désinvestissement global
- Régression affective
- Dépendance totale
- Refus de s'alimenter, incontinence, mutisme
- A l'occasion de modifications du cadre de vie, des relations, d'une affection somatique
- Grabatisation, désordres électrolytiques...
- Urgence / Evolution
- Syndrome de glissement / syndrome de Diogène

# SYNDROME de GLISSEMENT

- Etiologies:
  - cause somatique
  - traumatisme psychique
- Fréquence: 6 % des personnes âgées hospitalisées
- Symptomatologie:
  - anorexie-adipsie
  - amaigrissement – deshydratation
  - syndrome confuso-dépressif
  - atonie vésicale, intestinale
  - hypothermie, hypotension, oedèmes, subictère, escarres

## 7) Dépressions iatrogènes

- NEUROLEPTIQUES
- Certains ANTIHYPERTENSEURS: clonidine
- Digitaliques
- Corticoïdes
- L DOPA?



**DIAGNOSTIC**

# AGE/DEPRESSION/DETERIORATION ??

Troubles du comportement-Morosité-Repli sur soi-Inhibition-Peu de communication-Stéréotypies-Perte de l'appétit-Troubles du sommeil-Inaction-Abandon des exigences sociales-Restiction des champs d'intérêt-Perte du goût de vivre-Lassitude-Idées de mort-Fatigabilité-Symptômes gastro-intestinaux-buccaux-Brûlures urinaires-Douleurs articulaires-Céphalées-Douleurs dorsales-Méfiance-Résignation-Sentiments d'infériorité-Idées de ruine-Culpabilité-Sentiments de persécution-Perte de l'estime de soi-.-.-.-. ???

# RISQUES DE MECONNAITRE LA DEPRESSION CHEZ LE SUJET AGE

- Absence fréquente de plaintes psychiatriques
- Présentation somatique
- Fréquence d'une pathologie somatique associée: les symptômes sont plus facilement reliés à la maladie somatique
- Vieillesse naturelle peut-être trop considérée: manque de dynamisme / diminution des intérêts / troubles du sommeil / fatigue.....



La plainte somatique dans la dépression est fréquente à tout âge

Chez le sujet âgé l'existence de comorbidités somatiques rend le diagnostic de dépression plus difficile

	<b>PSYCHOL</b>	<b>FATIGUE</b>	<b>DOULEURS</b>	<b>SOMATIQUES</b>
<b>ANKARA</b>	<b>8,9</b>	<b>2,9</b>	<b>32,7</b>	<b>46,1</b>
<b>ATHENES</b>	<b>5,1</b>		<b>15,6</b>	<b>33,6</b>
<b>BANGALORE</b>	<b>4</b>	<b>7,6</b>	<b>38,8</b>	<b>22</b>
<b>BERLIN</b>	<b>12,4</b>	<b>3</b>	<b>32,7</b>	<b>34</b>
<b>GRONINGEN</b>	<b>25,3</b>	<b>4,8</b>	<b>35,8</b>	<b>29,3</b>
<b>IBADAN</b>	<b>5,6</b>	<b>16,7</b>	<b>30,5</b>	<b>41,5</b>
<b>MAINZ</b>	<b>8,4</b>	<b>0,6</b>	<b>30,7</b>	<b>41,1</b>
<b>MANCHESTER</b>	<b>30,3</b>	<b>5,4</b>	<b>24,1</b>	<b>29,4</b>
<b>NAGASAKI</b>	<b>5,3</b>	<b>13,6</b>	<b>27,1</b>	<b>26,9</b>
<b>PARIS</b>	<b>27,8</b>	<b>9</b>	<b>27,3</b>	<b>23,9</b>
<b>RIO de JANEIRO</b>	<b>18</b>	<b>25,1</b>	<b>41,5</b>	<b>15,2</b>
<b>SANTIAGO</b>	<b>20,2</b>	<b>4</b>	<b>16,8</b>	<b>32,4</b>
<b>SEATTLE</b>	<b>10,9</b>	<b>0,7</b>	<b>23,2</b>	<b>30,5</b>
<b>SHANGHAI</b>	<b>0,8</b>	<b>12,9</b>	<b>22,2</b>	<b>61,6</b>
<b>VERONA</b>	<b>24,7</b>	<b>2,6</b>	<b>20,5</b>	<b>27,8</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16,2</b>	<b>4,9</b>	<b>29,1</b>	<b>30,8</b>

Plaintes spontanées des patients déprimés (%) (20000 sujets, 14 pays)

GOLDBERG DP, LECRUBIER Y1995 LECRUBIER Y 2005

# DIAGNOSTIC

- Antécédents personnels ou familiaux
- Symptomatologie: insomnie du matin, anhédonie.....idées de SUICIDE
- EVOLUTION des troubles:
  - début: changement perçu
  - évolution: saison/événements/période de vie
  - rythme circadien: symptômes plus marqués le matin



DANS LA DEPRESSION

-LES SYMPTOMES SONT  
PLUS MARQUES **LE MATIN**

-ON OBSERVE UNE  
AMELIORATION VESPERALE



EVOLUTION

# EVOLUTION

- La dépression est d'évolution plus sévère chez le sujet âgé
  - risque de suicide
  - désinsertion sociale, familiale
  - risque **d'évolution chronique**, de **rechutes**, de **récidives**
  - pathologie insuffisamment diagnostiquée et traitée

# CHRONICITE

- EVOLUTION CHRONIQUE: 18 à 40 % des patients DENIHAN A, 2000
- Facteurs prédictifs:
  - dépression délirante
  - existence d'une maladie somatique
  - existence de troubles cognitifs

# RECHUTES

Facteurs favorisants:

- épisodes dépressifs antérieurs
- sévérité de la dépression
- existence d'une dysthymie
- événements de vie
- maladies somatiques

# RECIDIVES

- Récidives: 40 % des patients présentent des récurrences dépressives dans un délai de 12 mois après le premier épisode  
KIVELA SL, 2000
- Facteur favorisant: dépressions de registre psychotique

# EVOLUTION VERS UNE DEMENCE

Certains auteurs évoquent la dépression  
comme facteur de risque d'une évolution  
ultérieure vers une maladie d'Azheimer

GREEN RC, 2003

Importance de réévaluer les fonctions  
cognitives à distance



**SUICIDE**

# SUICIDE

# en FRANCE

- Depuis 1985: 12000 morts par an/11000
- Hommes: 100 suicides 72 Hom 28 Fem
- Augmentation du taux de mortalité avec l'âge
- Veuf »divorcé »célibataire »marié
- Moyens: pendaison, arme à feu (h) / noyade(f)
- Suicide: actif/passif(arrêt d'un traitement)
- 50 à 80 % des suicides sont imputables à un trouble de l'humeur

# TAUX DE SUICIDE POUR 100 000 HABITANTS EN FRANCE

	TOUS AGES	15-24 ans	25-44 ans	45-74 ans	75 ans et +
HOMMES					
1994- 1996	29,2	14,5	37,1	39,7	<b>91,1</b>
FEMMES					
1994- 1996	9,8	4,3	10,7	16,3	<b>20,9</b>

# FREQUENCE

- France: 11 / 12 000 morts par an
- 50 % ont plus de 55 ans
- 20 % ont plus de 75 ans
- Risque majeur: au-delà de 65 ans
- Homme âgé: suicide 5 à 6 fois plus fréquent

# RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES

- SITUATION SOCIALE

- isolement(hommes, milieu rural)

- solitude

- pauvreté

- MALADIE

- affection somatique chronique

- affection invalidante, douloureuse

- maladie mentale

# RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES

- **DEPRESSION**

- mélancolie délirante
- dépression réactionnelle
- dépression masquée
- premier état dépressif
- dépression non traitée

- **COMORBIDITE**

DEPRESSION + AFFECTION SOMATIQUE GRAVE

# RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PERSONNES AGEES EVENEMENTS PRECIPITANTS

- Veuvage(chez l'homme:précocité du geste après le décès)
- Diagnostic d'une maladie grave
- Retour de l'hôpital
- Arrêt d'une activité fortement investie
- Sensibilité particulière aux événements stressants, aux conflits familiaux, aux deuils
- Placement non désiré

# Mise en institution

## Etude FRANCO 1993

- Etude pendant 5 ans de 69 institutions
- Personnes âgées de plus de 65 ans
- Taux de suicide pour 100 000 habitants
  - 18 : famille
  - 51,3 : maison de retraite

# EN PRATIQUE

- Aider le patient à verbaliser ses idées ou intentions suicidaires
- Ne pas hésiter à poser la question
- Ecouter: certaines phrases: je voudrais que tout soit fini, dormir longtemps, oublier, recommencer une nouvelle vie
- 70 à 80 % des suicidés ont averti leurs proches
- 22 à 35 % leur médecin

# SYNDROME PRESUICIDAIRE

- Repli sur soi
- Désinvestissement
- Inhibition de l'agressivité envers autrui
- Idées de suicide

# DIFFERENTES FORMES DE MORT

- MORT BIOLOGIQUE

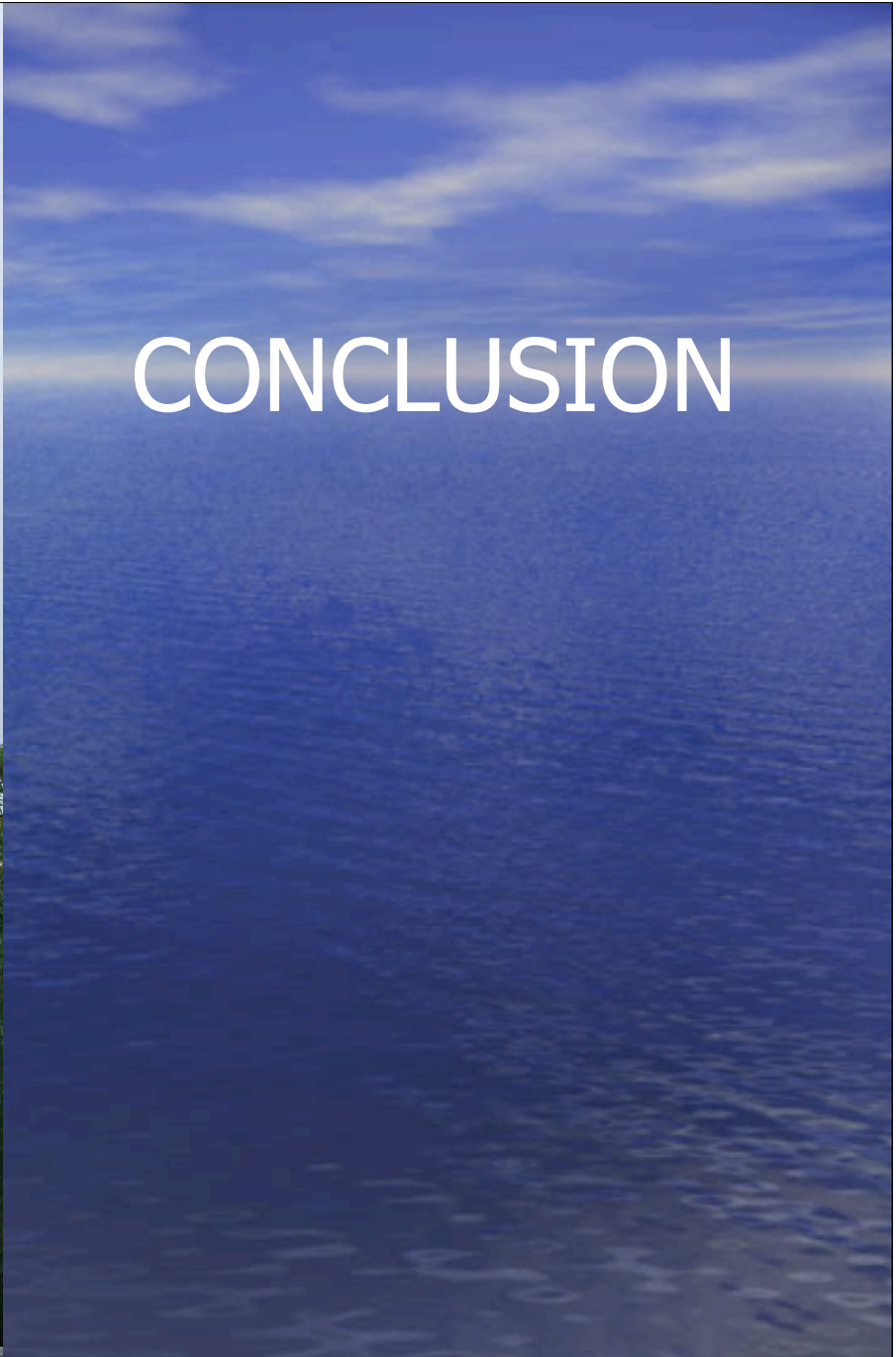
- Maladie
- Accident
- Suicide

- MORT SOCIALE

- Démence: mort cognitive
- Mise sous protection de justice: mort juridique
- Isolement: mort systémique

# SUICIDE

- BESOIN DE NE PLUS EXISTER
- DESIR DE MORT
- PEUR DE LA MORT, DU PROCESSUS  
PEUR DE LA MORT SOCIALE  
PEUR DE LA DECHEANCE PHYSIQUE



# CONCLUSION

# RIGAUD AS, EMC 2005

- Reconnaître la dépression
- Evaluer le risque de suicide, de désinsertion familiale
- Prendre en charge de manière multi-dimensionnelle: médico-psycho-sociale
- Suivre l'évolution afin d'éviter rechutes, récurrences, chronicité
- S'assurer de l'absence de troubles cognitifs à distance

