



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Géraldine LIRETTE MICHAUT

le 25 Mars 2003

**Difficultés du diagnostic d'état dépressif
chez les patients âgés polypathologiques**

A propos de cinq veuves âgées de plus de 75 ans vivant seules à leur domicile.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur F. PENIN
M. le professeur G. THIBAUT
M. le professeur F. PAILLE
Mme le Docteur A. MAHEUT BOSSER
M. le Docteur A. MASSON

Président
Juge
Juge
Juge
Juge



26 MARS 2003

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Géraldine LIRETTE MICHAUT

le 25 Mars 2003

**Difficultés du diagnostic d'état dépressif
chez les patients âgés polypathologiques**

A propos de cinq veuves âgées de plus de 75 ans vivant seules à leur domicile.



Examineurs de la thèse :

M. le Professeur F. PENIN
M. le professeur G. THIBAUT
M. le professeur F. PAILLE
Mme le Docteur A. MAHEUT BOSSER
M. le Docteur A. MASSON

Président
Juge
Juge
Juge
Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Pierre ARNOULD – Roger BENICHOX – Marcel RIBON
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Jean-Claude HOFFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis RÉGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Philippe CANTON – Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur Bernard LEGRAS – Professeur François KOHLER

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas Lecompte – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ – Professeur Paul-Michel MERTEZ

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD – Professeur Bruno LÉVY

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY – Professeur Athanase BENETOS

Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Pierre DROUIN – Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Antoine RASPILLER – Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

27^{ème} section : INFORMATIQUE

Professeur Jean-Pierre MUSSE

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Épidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeur Tan XIAODONG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUÉDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK
Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION
Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLÉ

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Louis FRANCO

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN
Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE – Professeur Claude HURIET
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur René-Jean ROYER
Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Adrien DUPREZ
Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A mon Maître et Président de Thèse

Monsieur le Professeur F. PENIN
Professeur de Médecine Interne

*Vous m'avez fait le grand honneur
d'accepter la présidence de ma thèse.
Je vous remercie pour votre patience,
la richesse de vos remarques,
votre jugement éclairé qui m'a guidé jusqu'au
terme de ce travail.
Je vous prie de trouver ici l'expression de mon
profond respect.*

A mon Juge

Monsieur le Professeur G. Thibaut
Professeur de Médecine Interne

Je suis très honorée de votre présence au sein du Jury. J'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement au cours de mes études et également vos qualités humaines lors de mon stage dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse admiration.

A mon Juge

Monsieur le professeur F. Paille

Professeur de thérapeutique (option clinique)

*Je vous remercie pour l'honneur que
vous me faites en acceptant de juger ce travail.
J'ai bénéficié de la qualité de votre
enseignement au cours de mes études. Veuillez
trouver ici l'expression de mon profond respect.*

A mon Juge

Madame le Docteur A. Maheut Bosser
Praticien hospitalier
Gérontopsychiatre

Je suis très honorée de votre présence au sein du Jury. Je vous remercie pour votre disponibilité, et votre attention. Vous m'avez permis grâce à votre expérience d'orienter mon travail dans la bonne direction. Veuillez trouver ici, l'expression de mon profond respect.

A mon Juge

Monsieur le docteur A. Masson

Docteur en médecine

Titulaire de la capacité de gériatrie.

Attaché d'enseignement de médecine générale

Je vous remercie de la confiance que vous m'avez témoignée en me proposant ce travail. Vous avez fait preuve de patience, d'une extrême disponibilité envers moi. Votre expérience, votre écoute, et les qualités humaines que vous avez bien voulu partager avec moi sont mes références.

Enfin je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée lors des remplacements effectués dans votre cabinet.

Veuillez trouver ici l'expression de ma respectueuse admiration.

*A Jean-Christophe, mon mari,
Pour ton soutien et ta patience en toutes circonstances.
Avec tout mon amour.*

*A mes enfants, Pierre et Mathilde
Je vous aime.*

A mes parents

Pour votre soutien inconditionnel et votre confiance tout au long de mes études.

Je vous aime.

*A mes Grand-mères, à mon Grand-père, à ma Marraine.
A la mémoire de mon Grand-père et de Mémé.*

*A Alexandre, mon frère
Pour notre complicité et ton efficacité dans l'élaboration de ce travail.
Je te souhaite beaucoup de bonheur.*

A ma belle famille.

A tous mes amis.

Aux patientes pour leur gentillesse et leur accueil.

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

SOMMAIRE

Introduction.....	22
1. Les données actuelles sur la dépression du sujet âgé	23
1.1. Situation démographique.....	23
1.2. Epidémiologie.....	23
1.2.1. Population générale	23
1.2.2. Etude en médecine générale	24
1.3. Particularités sémiologiques de la dépression chez le sujet âgé.....	27
1.3.1. Rappels sur les critères de diagnostic de dépression en population générale.....	27
1.3.1.1. DSM IV et CIM 10	27
1.3.1.2. Episode dépressif caractérisé ou majeur chez le sujet âgé.	29
1.3.2. Intrication du vieillissement et de la co-morbidité dans le diagnostic de dépression du sujet âgé.....	30
1.3.3. Les formes cliniques gériatriques de la dépression.	31
1.3.4. La dépression « sub-syndromique » ou « infraclinique » selon JP CLEMENT.	32
1.4. Les formes étiologiques de la dépression du sujet âgé.....	32
1.5. Les échelles de dépression existantes.....	35
1.5.1. DSM IV	35
1.5.1.1. Les différents items	35
1.5.1.2. Intérêts	35
1.5.1.3. Limites du DSM IV	35
1.5.2. Echelle de Hamilton : Hamilton Depressing Rating Scale (27).....	36
1.5.2.1. Présentation	36
1.5.2.2. Les différents items	36
1.5.2.3. Les limites.....	37

1.5.3.	Echelle de dépression de Montgomery, Asberg : MADRS (48)	37
1.5.3.1.	Présentation	37
1.5.3.2.	Différents items	37
1.5.3.3.	Critiques.....	38
1.5.4.	Diagramme de dépression HARD de Rufin et Ferreri	38
1.5.4.1.	Présentation	38
1.5.4.2.	Différents items	38
1.5.4.3.	Interprétation	39
1.5.5.	Geriatric Depression Scale GDS	39
1.5.5.1.	Présentation	39
1.5.5.2.	Différents items :	40
1.5.5.3.	Critique	41
1.5.5.4.	Les formes abrégées	41
1.5.6.	Commentaire sur les échelles de dépression :	42
1.6.	Traitements	43
1.6.1.	Recommandations de l'ANAES sur les démarches et les objectifs de la prise en charge du sujet dépressif.	43
1.6.1.1.	Traitement en ambulatoire.....	43
1.6.1.2.	Consultation psychiatrique.	44
1.6.1.3.	Hospitalisation en milieu psychiatrique.	44
1.6.2.	Le traitement médicamenteux.	44
1.6.2.1.	Les antidépresseurs commercialisés en France.	44
1.6.2.2.	Interactions et effets indésirables.	45
1.6.2.2.1.	ISRS.....	45
1.6.2.2.2.	ISRSNA	45
1.6.2.2.3.	IMAO sélectifs.	45

1.6.2.2.4.	Les autres antidépresseurs.	46
1.6.2.3.	Posologie et durée de traitement.....	46
1.6.2.4.	Les critères de choix des antidépresseurs.	46
1.6.2.4.1.	« Etape pré thérapeutique » selon la terminologie de PFITZENMEYER (57) (22).....	46
1.6.2.4.2.	Choix de la molécule.	46
1.6.2.5.	Règles de prescription en gériatrie.....	47
1.6.3.	Les traitements non médicamenteux.	48
1.6.4.	Pertinence du traitement de la « dépression sub-syndromique » du sujet âgé polypathologique et/ou traitement test diagnostic.	49
2.	Polypathologie	51
2.1.	Polypathologie et polymédication.	51
2.2.	Le concept de « sujets âgés fragiles ».....	52
2.3.	Liens entre polypathologie et dépression.	52
2.4.	Poids d'un handicap chronique dans la survenue de la dépression.	53
3.	Présentation d'une enquête à propos de cinq cas	54
3.1.	Population choisie.....	54
3.2.	Le questionnaire	54
3.2.1.	Objectifs du questionnaire et conception.....	54
3.2.2.	Le questionnaire en détails :	55
3.2.3.	Application du questionnaire.....	60
3.3.	Présentation des cas cliniques.....	61
3.3.1.	Mme F. née en 1921.....	61
3.3.2.	Mme G. Angèle née en 1923.....	65
3.3.3.	Mme H. Rose née en 1914.....	69
3.3.4.	Mme P. Hélène née en 1921.....	73

3.3.5.	Mme T. Martine née en 1912.....	76
4.	Commentaires et discussion.....	79
4.1.	Poids des événements de vie.	79
4.2.	Chronicisation de la dépression et risque suicidaire.....	81
4.3.	Difficultés de diagnostic, intérêt de traiter.	83
Conclusion.....		85
Bibliographie.....		88
Annexes.....		94

Introduction

Le médecin généraliste est de plus en plus souvent confronté à la dépression présentée par ses patients. Mais une des caractéristiques du médecin généraliste est de s'occuper dans sa pratique quotidienne de personnes âgées souvent polypathologiques, vivant seules. Or il s'avère que ces personnes âgées ont surmonté de nombreuses atteintes physiques et psychologiques au cours de leur existence sans jamais déprimer, et vont **présenter tardivement des signes de dépression à un évènement mineur** ou à la prise de conscience de leur handicap. N'y a-t-il pas dans ce contexte précis, nécessité de décrire un nouveau cadre nosologique de la dépression réactionnelle de la personne âgée polypathologique vivant seule à son domicile en milieu rural que l'on pourrait rapprocher de la dépression sub-syndromique décrite par SABLE (64) (28), MONTGOMERY et J.P. CLEMENT (18) ?

Pour le médecin généraliste, **seul interlocuteur** lors de la prise en charge à domicile, qui devient habituelle et répétitive, le risque n'est-il pas de perdre les réflexes diagnostics de la dépression réactionnelle ? Le médecin ne conçoit pas la dépression de cette patiente comme une dépression réactionnelle authentique car, devant la polypathologie qu'il connaît et suit, la dépression paraît légitime.

Le diagnostic de dépression chez le sujet âgé repose sur une sémiologie précise : elle comporte des éléments communs décrits par plusieurs auteurs et des spécificités qu'il est nécessaire de connaître pour améliorer le dépistage et le traitement de cette affection.

Quels critères de diagnostic et leur mise en œuvre rapide et fiable peut-on donner au médecin traitant afin de l'aider dans le choix de la mise en place d'un traitement ? La mini GDS est-elle adaptée à cette situation précise ?

Au cours de notre travail, nous allons donc dans un premier temps décrire le contexte dans lequel survient le syndrome dépressif et montrer qu'il ne s'agit pas d'un syndrome de glissement progressif mais bien d'un raptus **brutal, inattendu**, alors qu'il aurait eu toutes les raisons de se produire auparavant dans un vécu douloureux, polypathologique. L'analyse s'effectue sur quelques exemples d'une population rurale féminine, âgée, polypathologique, et pour ce faire nous avons défini un questionnaire. A partir de faits concrets, nous analyserons à l'aide de ce questionnaire des exemples caractéristiques de cette pathologie. Nous essayerons de déterminer la pertinence de cet outil de diagnostic qu'est la mini GDS dans les cinq cas étudiés.

1. Les données actuelles sur la dépression du sujet âgé

1.1. Situation démographique

Le dernier recensement de 1999 confirme le vieillissement de la population Française. On compte (39) en France plus de 4 millions de personnes de 75 ans ou plus (7.7% de la population totale) alors qu'elles n'étaient que de 2.3 millions en 1962 (4.9%).

Les projections démographiques basées sur l'hypothèse du maintien des tendances (fécondité, mortalité, migration) prévoient une augmentation modérée de la population âgée jusqu'en 2005-2010, puis une augmentation plus rapide jusqu'en 2035, due à l'arrivée des générations du « Baby boom ». La population âgée est en majorité féminine en raison de la surmortalité masculine.

1.2. Epidémiologie

1.2.1. Population générale

Les nombreuses études, réalisées en France ou à une plus grande échelle en Europe montrent une réelle discordance sur les chiffres de la prévalence du syndrome dépressif caractérisé dans la population générale. Ces différences peuvent être imputables aux règles d'échantillonnage, aux méthodes d'évaluation (auto évaluation, entretien bref, critères diagnostics) au seuil d'âge et au lieu d'exploration (population âgée, vue en médecine générale, ou accueillie en structure hospitalière et/ou d'hébergement). A ces facteurs susceptibles d'engendrer une variation des chiffres s'ajoutent des facteurs spécifiques à la personne âgée :

- pas de prise de conscience de leur maladie, ne se reconnaissent pas dépressifs
- troubles dépressifs durent plus longtemps, rechutent plus facilement
- souvent mal diagnostiqués, masqués par des problèmes somatiques
- difficulté de faire la différence entre maladie dépressive et syndrome d'allure dépressive (anxiété importante)
- difficulté de faire la différence entre dépression et troubles cognitifs
- polymorphisme caractérisant la dépression du sujet âgé et rendant son diagnostic particulièrement difficile à établir.

Classiquement, l'ensemble de la littérature ainsi que l'OMS reconnaissent une incidence mondiale de la dépression caractérisée à 3 % de la population générale. Ce chiffre est très probablement sous évalué, puisque certains auteurs estiment à près de 15 % l'incidence de la dépression en France, prenant certainement en compte ces états dysthymiques, dysphoriques moins bien caractérisés, moins intenses.

Le tableau ci-dessous, tiré du PRID (Programme de recherche et d'information de la dépression) dirigé par Thérèse LEMPERIERE (39), illustre bien cette variation de la prévalence.

Etudes épidémiologiques de prévalence de symptômes dépressifs et de la dépression chez le sujet âgé en population générales.

Site	n	âge	Moyen d'évaluation	% (et type)
Durham County (Blazer et Williams 1980)	997	65+	Scale OARS Depression	14,7(symptômes) 3,7 (DM)
(Murrell <i>et al.</i> 1983)	2517	65+	CES-D	17,5
New Haven (Huntley <i>et al.</i> 1986)	2811	65+	CES-D (≥ 16)	15
New Haven ECA (Weissman <i>et al.</i> 1985)	2588	65+	Diagnostic Interview Schedule (DIS)	1,1 (DM)
Liverpool (Copeland <i>et al.</i> 1987)	1070	65+	GMS-AGECAT package	11,3
North Carolina (Blazer <i>et al.</i> 1987)	1304	65+	DIS	27 (symptômes) 2 (dysthymie) 0,8 (DM)
Cape Town (South Africa) (Ben-Arie <i>et al.</i> 1987)	139	65+	PSE/CATEGO	13,7 (symptômes dépressifs)
Ahtâri (Finland) (Kivela <i>et al.</i> 1988)	1529	60+	DSM-III Zung SDS	3,7 (DM) 13 (symptômes)
Sardinia (Carpiniello <i>et al.</i> 1989)	317	65+	PSE (short version)	14
London (Lindesay <i>et al.</i> 1989)	890	65+	CARE depression scale	13.5
Bronx, New York (Kennedy <i>et al.</i> 1989)	2317	65+	CES-D	16,9 (symptômes dépressifs)
Singapore (Kua 1990)	612	65+	GMSS	4,6 (troubles dépressifs)
North London (Livingston <i>et al.</i> 1990)	811	65+	short-CA	15,9

Blazer <i>et al.</i> 1991	3998	65+	CES-D > 16	9
Heeren <i>et al.</i> 1992	1259	85+	DSM-III	3,7
Skoog 1993	494	85+	DSM-III-R	19,8
South-West France (Fuhrer <i>et al.</i> 1992)	2792	65+	CES-D with cut-off : 17 (men), 23 (women)	15,9
Stockholm (Forsell <i>et al.</i> 1995)	329	90+	DSM-IV ICD-10	7,9 9,1

Selon KIVELA, auteur finlandais (34) le taux de dépression majeure est de 2.7%, 1.4% pour les dépressions « atypiques » et de 13 % pour les dysthymies (ou dépression modérée chronique). Pour certains auteurs, cela souligne bien que la distinction entre dépression modérée et sévère est moins applicable chez le sujet âgé que chez le sujet jeune. On remarque que pour les sujets âgés de plus de 85 ans seuls les critères du DSM IV ont été utilisés alors, que nous le verrons plus loin, cette échelle n'a rien de spécifique pour les personnes âgées.(64)(5)

1.2.2. Etude en médecine générale

Les médecins généralistes voient plus que les psychiatres, des sujets âgés dépressifs qui consultent de leur propre initiative ou de celle de leur entourage (39) voire lors d'une visite de routine. 15 à 30% des personnes âgées qui consultent en médecine générale présentent des symptômes dépressifs significatifs ou manifestent une anxiété anormale. On remarque également que ces différentes études n'utilisent pas d'échelle spécifique pour les sujets de plus de 85 ans. En effet peu d'études ont inclus des patients de plus de 85 ans malgré des données suggérant que la prévalence de symptômes dépressifs soit plus importante dans cette population (69). Le tableau ci après tiré de PRID illustre la variation de la prévalence de la dépression en médecine générale.

Etudes épidémiologiques de prévalences de symptômes dépressifs et de la dépression chez le sujet âgé en médecine générale :

Site	n	âge	Moyen d'évaluation	% (et type)
Macdonald 1986	235	65+	short-CARE	30,6
London (Illife <i>et al.</i> 1991)	236	75+	short-CARE	21,2

USA Veterans (Borson <i>et al.</i> 1986)	?	60+	Zung Depression Scale	24,4
Jack <i>et al.</i> 1988	?	75+	GDS	18
London (Evans et Katona 1993)	408	65+	GDS	37
Indianapolis (Callahan et al 1994)	1633	60+	CES-D (>= 16)	15

La variation de cette prévalence indique que des troubles dépressifs restent sous diagnostiqués (28). Cette sous-estimation connaît plusieurs raisons :

- tendance à banaliser le ralentissement et le découragement chez les personnes âgées. (résignation ou dépression)
- facteurs de risques sont insuffisamment repérés comme tels.
- la iatrogénie relationnelle est quelquefois malheureusement en cause comme en témoignent les cas de maltraitance croissant dans les pays occidentaux.
- la pudeur des sujets vieillissants à exprimer leurs troubles, ou ne se reconnaissant pas malades.
- la pertinence discutable en gériatrie des classifications DSM III, DSM IV et du CIM (39), (64), (5) (Classification internationale des maladies de l'OMS) adaptées surtout à l'évaluation des syndromes dépressifs des sujets plus jeunes et ne détaillant pas les tableaux cliniques souvent retrouvés chez les personnes âgées.

Pourtant, les conséquences d'une dépression sont graves : perturbation de l'état somatique, aggravation des pathologies co-existantes, augmentation du degré de dépendance et... mort. (37)

Les principales caractéristiques sociales ou démographiques associées à la survenue d'une dépression sont relativement similaires à celles qui ont pu être retrouvées chez l'adulte jeune. La dépression est plus fréquente chez les femmes notamment chez les veuves, chez les personnes qui ne bénéficient pas d'un entourage suffisamment présent (impact de la solitude), chez les malades souffrant d'affections somatiques graves et notamment d'affections sensorielles (55). D'autres facteurs favorisants sont souvent retrouvés : les changements de mode de vie, les séparations, les deuils, le confinement à domicile, la perte de rôles sociaux.

1.3. Particularités sémiologiques de la dépression chez le sujet âgé.

1.3.1. Rappels sur les critères de diagnostic de dépression en population générale.

1.3.1.1. DSM IV et CIM 10

La distinction dépression « endogène » et dépression « psychogène » n'est plus d'actualité. Maintenant il existe des classifications « poly axiales » qui sont purement descriptives et ne tiennent pas compte du caractère étio pathogénique de la dépression. Il existe deux classifications reconnues : DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual for mental disorders) datant de 1994 et CIM (Classification Internationale des Maladies) datant de 1992, classification internationale de l'OMS. Toutes ces définitions s'accordent sur deux points :

- Nombre minimal de symptômes présents (critère de sévérité).
- Période déterminée d'existence des symptômes (critère de durée).

Voir tableaux ci-dessous tirés du rapport d'ANAES de mai 2002 reprenant ces critères :

*** Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV :**

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure). NB. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- 2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- 4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

- 6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- 9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

*** Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10 (8) :**

A. Critères généraux (obligatoires)

G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.

G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.

G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho active (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

(1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.

- (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.
- (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

- (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

1.3.1.2. Episode dépressif caractérisé ou majeur chez le sujet âgé.

Cet épisode existe chez le sujet âgé et se rapproche de la clinique retrouvée chez l'adulte. JP. CLEMENT (16) le résume ainsi : « il se caractérise par une humeur devenue triste en intensité et en durée, par des symptômes psycho moteurs où le ralentissement domine, des symptômes physiologiques (altération de l'appétit, du sommeil, de la libido), des difficultés de concentration, un vécu pénible et douloureux, des idées noires voire suicidaires, une perte de la capacité à éprouver de plaisir (ou anhédonie), une perte de l'élan vital, une diminution de l'énergie exprimée généralement par la fatigue, une vision pessimiste de l'existence et un dévalorisation de soi, tous ces éléments culminant dans la douleur morale ».

Mais, chez le sujet âgé le syndrome dépressif peut s'exprimer différemment au vu des particularités qui le caractérisent.

1.3.2. Intrication du vieillissement et de la co-morbidité dans le diagnostic de dépression du sujet âgé.

Le vieillissement est un processus inéluctable qui regroupe des altérations d'ordre physiologiques mais aussi psychologiques qui modifient et fragilisent les capacités fonctionnelles de l'organisme. L'organisme a de plus en plus de mal à s'adapter aux situations d'agressions qu'elles soient physiques (maladies), psychologiques (pertes), ou socio environnementales. Le médecin doit maîtriser la connaissance du vieillissement normal pour pouvoir distinguer chez un patient les effets du vieillissement de ceux d'une maladie débutante. Toute la difficulté est là... .

Le sujet âgé est donc plus enclin, du fait de sa « fragilité » à présenter des pathologies multiples et il existe une conférence de consensus relative au diagnostic et au traitement de la dépression dans l'âge avancé (57) qui considère que « la dépression entretient un corrélat important avec la pathologie somatique chez le vieillard et que cet état de fait engendre une aggravation réciproque des troubles entre eux ».

La douleur morale, qui est un des signes fondamentaux de la dépression, peut s'expliquer également chez la personne âgée par la prise de conscience de la diminution de ses capacités et de ses aptitudes, et peut donc traduire les efforts consentis pour accepter le processus de vieillissement. Cette symptomatologie peut donc apparaître normale chez la personne âgée. A l'inverse, la symptomatologie peut être atténuée et la dépression peut être qualifiée de pauci symptomatique, sub-syndromique ou passer inaperçue. L'intrication du vieillissement et de la dépression rend donc l'établissement du diagnostic difficile par excès ou par défaut.

Un autre élément caractérise le vieillissement, c'est l'intégration et l'acceptation des pertes que le sujet âgé subit. Il s'agit non seulement des pertes humaines comme celle d'un proche, mais également des pertes sociales (rôle utile). L'incidence de ces pertes peut favoriser l'apparition d'un syndrome dépressif, cela dépend des ressources psychiques que présente le sujet.

Dans le contexte de la polypathologie, il convient de ne pas considérer la dépression comme une réaction normale secondaire à l'âge ou à l'accumulation de ses pathologies mais comme une dépression authentique qu'il faut traiter.

Lorsqu'on suspecte une dépression chez le sujet âgé polypathologique et qu'il est difficile de faire la part des choses entre les symptômes somatiques dûs à la dépression et ceux dûs à la pathologie, il faut rechercher des troubles psychologiques tels que dysphorie, mauvaise estime de soi, anhédonie, perte d'espoir, ou sentiment de dévalorisation d'après SABLE (64).

1.3.3. Les formes cliniques gériatriques de la dépression.

La caractéristique clinique de la dépression du sujet âgé est son polymorphisme. La dépression peut revêtir ainsi différents masques :

- La dépression à plaintes somatiques évoquée par JP CLEMENT (18).

Fréquente, elle permet d'exprimer ainsi un vécu douloureux de la dépression. Elle se manifeste par une asthénie, une anorexie, un amaigrissement, des troubles du comportement alimentaire et des troubles du sommeil. On peut retrouver également des troubles caractériels (irritabilité, réactions non justifiées provoquant un isolement), alcoolisme compulsif débutant.

- Les dépressions hypochondriaques.

Décrites par de nombreux auteurs, les plaintes sont variées et touchent le dysfonctionnement d'un ou plusieurs organes. Inquiet, le patient est demandeur d'examens complémentaires et de traitement. L'absence d'amélioration durable des troubles est de règle.

- La dépression délirante

Les idées de préjudice et de persécution prédominent dans la symptomatologie et s'accompagnent parfois d'hallucinations auditives ou visuelles. Ces dépressions surgissent en dehors d'un contexte psychopathologique.

- La dépression hostile

Elle est marquée par des attitudes caractérielles et coléreuses envers l'entourage. Le patient se montre irritable et susceptible, manifestant une méfiance non justifiée.

- Le masque anxieux.

Le patient manifeste une inquiétude qui est telle qu'il est terrassé dans l'inhibition. A l'inverse, il peut s'agiter et développer une instabilité psychomotrice allant jusqu'à une confusion.

- Le masque démentiel.

La dépression pseudo démentielle est une forme clinique fréquente pendant laquelle le sujet désorienté, ne mémorise plus, les actes de la vie quotidienne deviennent laborieux à réaliser. Des troubles du langage peuvent intervenir et s'accompagner de troubles du comportement. Cette dépression s'exprime sur un mode déficitaire et peut être totalement réversible sous antidépresseurs.

- La dépression conative.

Le patient présente une démotivation globale, envers lui-même et envers les autres, il régresse et ne prend plus d'initiative.

Au vu de ces différentes formes cliniques, on remarque bien que les critères du DSM IV ne correspondent pas aux spécificités que présente le sujet âgé.

Les patients apparaissant dépressifs mais ne souffrant pas de tous les critères nécessaires au diagnostic de dépression sont à prendre en charge comme les dépressifs caractérisés d'où la notion de sub-syndrome dépressif.

1.3.4. La dépression « sub-syndromique » ou « infraclinique » selon JP CLEMENT. (18)

Beaucoup de sujets âgés ne présentent que quelques symptômes, insuffisants soit en nombre soit en intensité pour remplir toutes les conditions pour obtenir l'étiquette « dépression » ou ils présentent une symptomatologie « a minima ». Ces patients sont pourtant véritablement dépressifs et nécessitent une prise en charge rigoureuse car ils encourent les mêmes risques pronostiques qu'une dépression majeure. Toujours selon JP CLEMENT, « la dépression sub-syndromique est un terme qui découle du bon sens clinique, sous-entendant que la dépression est bien ressentie par le clinicien mais que les critères diagnostics validés ou consensuels ne sont pas tous présents ». La dépression sub-syndromique a été bien étudiée chez la personne âgée dans le BELIN Aging study. (GEISELMAN et al. (26) ont montré que, sur un échantillon de 516 sujets âgés de 70 à 103 ans, 16.5% d'entre eux avaient une dépression infra limite soit 85 sujets chez lesquels on ne retrouvait pas -pour 79 % d'entre eux- le critère A d'épisode dépressif majeur, humeur dépressive et perte de intérêt et du plaisir, et pour 21% moins de 5 symptômes). D'après ces auteurs, ces « dépressions sub-syndromiques paraissent autant liées aux événements de vie, aux situations difficiles durables et à un état névrotique préexistant que les dépressions majeures ». Il semble que ces dépressions sub-syndromiques répondent bien aux traitements antidépresseurs.

1.4. Les formes étiologiques de la dépression du sujet âgé.

- Génétique.

Concerne les patients aux antécédents familiaux ou personnels de dépression.

- Dépression secondaire à un deuil.

Le deuil du conjoint ou d'un proche est un stress particulièrement difficile à gérer pour la personne âgée, et il s'accompagne souvent de symptômes dépressifs. Selon le DSM IV, ces symptômes d'accompagnement sont considérés comme « normaux » durant les trois premiers mois du deuil et sont même nécessaires au travail de deuil. Les thérapies de deuil permettent de prévenir les deuils pathologiques par l'exposition au rite funéraire, par la résolution du deuil avant le terme du premier anniversaire. Au-delà de ce terme, on entre dans le deuil pathologique avec risque de développer une véritable dépression. Selon certains auteurs,

l'ancienneté du veuvage atténue mais n'annule pas le risque de survenue d'un épisode dépressif majeur.

- Dépression secondaire à une pathologie.

Elle pose le problème du diagnostic qui est souvent minimisé par rapport à l'atteinte initiale ou alors non pris en compte car elle apparaît « normale » dans ce contexte. Le tableau ci-dessous tiré du *Geriatrics* (64) évoque ces dépressions secondaires.

Pathologie médicale	prévalence de la dépression majeure
Accident Vasculaire Cérébral	22-55%
Cancer	18-39%
Infarctus du Myocarde	15-19%
Polyarthrite Rhumatoïde	13%
Maladie de Parkinson	10-37%
Diabète	5-11%

Selon J. PELLERIN (54), « toutes ces dépressions, même après le traitement de la maladie en cause, évolue pour leur propre compte dans la majorité des cas » d'où l'intérêt de les diagnostiquer et de les traiter.

- Démence.

La démence est, avec la confusion mentale le diagnostic différentiel de la dépression chez le sujet âgé. Dans environ 30 à 50 % des démences, un syndrome dépressif peut survenir et aggraver le tableau en majorant les troubles du comportement et surtout en provoquant l'épuisement du soutien habituel. Au cours de la maladie d'Alzheimer un patient sur six présente une dépression.

- Médicaments dépressogènes.

Il existe de nombreux médicaments pouvant produire des syndromes dépressifs

(Tableau adapté de JL Cummings : Clinical neuropsychiatry, et repris par Kaplan H.I, Sadock B.J) (64)

Médicaments cardiotropes et antihypertenseurs

Clonidine	Prazosine
Dihydralazine	Lidocaïne
Digitaliques	Propanolol
Résérpine	

Sédatifs et hypnotiques

Barbituriques	Benzodiazépine
Ethanol	Clorazépate

Stéroïdes et hormones

Corticoides
Contraceptifs oraux
Prednisone

Triamcinolone
Noréthistérone
Danazol

Stimulants et anoréxigènes

Amphétamines
Fenfluramine

Médicaments psychotropes

Butyrophénones

Phénothiazines

Agents neurotropes

Amantadine
Bromocriptine
Lévodopa

Baclofène
Carbamazépine

Analgésiques et anti inflammatoires

Fénoprophène
Ibuprofène
Indométacine
Morphiniques

Phénacétine
Phénylbutazone
Pentazocine
Benzydamine

Médicaments antibactériens et antifongiques

Ampicilline
Sulfaméthoxazole
Clotrimazole
Dapsone
Tetracycline

Griséofulvine
Metronidazole
Nitrofurantoïne
Sulfamides

Médicaments antinéoplasiques

C-asparaginase
Vincristine

Bléomycine

Médicaments divers

Acétazolamide
Choline
Diphenoxylate
Méthysergide
Pizotifène
Salbutamol

Anticholinestéras
Cimétidine
Disulfirame
Mébévérine
Métoclopramide

1.5. Les échelles de dépression existantes

Face à toutes ces formes cliniques de la dépression des personnes âgées, l'un des objectifs de santé publique est d'améliorer leur dépistage et leur prise en charge en médecine générale. Des outils psychométriques sont proposés dans des formes abrégées pour faciliter le diagnostic.

1.5.1. DSM IV

1.5.1.1. Les différents items

Il s'agit d'une évaluation multiaxiale sur 5 axes qui se rapportent chacun à une classe d'informations différentes :

- Axe I Syndrome clinique.
- AxeII Troubles du développement et troubles de la personnalité.
- Axe III Troubles et affections physiques.
- Axe IV Sévérité des facteurs de stress psychosociaux.
- Axe V Evaluation globale du fonctionnement.

Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est : - soit une humeur dépressive

- Soit une perte d'intérêt ou de plaisir

Cf. annexe

1.5.1.2. Intérêts

Auparavant, la catégorie « dépression réactionnelle » s'opposait aux dépressions endogènes, ce qui associait de façon indélébile le syndrome dépressif et la cause supposée. Cette attitude a été résolument combattue par la DSM III et DSM IV où l'étiologie est complètement séparée selon différents axes et où les facteurs sociaux sont inscrits sur un axe à part.

1.5.1.3. Limites du DSM IV

Ces critères reflètent un consensus actuel mais ne sont pas spécifiques à la personne âgée. En effet, DSM IV ne tient pas compte des critères diagnostics de dépression majeure particuliers au sujet âgé. (64), (70). Le tableau ci dessous établit la comparaison entre les critères de dépression majeurs de DSM IV et les présentations cliniques rencontrées chez les sujets âgés est tiré de l'article de SABLE (64)

**Comparaison entre les critères de dépression majeure de la DSM-IV
et les présentations cliniques rencontrées chez le sujet âgé.**

Troubles cognitifs	Irritabilité
Humeur dépressive	Agitation, anxiété, inquiétude
Perte d'intérêt et de plaisir	Plaintes somatiques
Perte ou gain de poids	Diminution des capacités d'initiative et de résolution de problèmes
Insomnie ou hypersomnie	Négligence corporelle
Agitation ou ralentissement psychomoteur	Alcoolisme ou toxicomanie
Fatigue ou perte d'énergie	Isolement social
Dévalorisation ou culpabilisation excessive	Culpabilisation excessive
Diminution de la concentration indécision	Paranoïa
Pensées de mort/idées suicidaires	Obsessions et compulsions
	Conflit conjugal

* Au moins 5 des symptômes cités doivent être présents quotidiennement pendant au moins 2 semaines et représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est **une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir**.

** Chacune de ces présentations doit faire l'objet d'une évaluation complémentaire. L'association irritabilité-plaintes somatiques-isolement social est particulièrement évocatrice d'une dépression chez les 85 ans et plus.

1.5.2. Echelle de Hamilton : Hamilton Depressing Rating Scale (27)

1.5.2.1. Présentation

L'échelle de Hamilton est un instrument spécifique évaluant l'intensité de la dépression et nécessitant un cotateur (hétéro évaluation). Cette échelle peut comporter 17, 23 ou 26 items. Elle est la plus utilisée dans le monde. Il existe un guide d'entretien structuré qui a été conçu par J. Williams en 1998, pour standardiser l'utilisation des items. (Voir annexe)

1.5.2.2. Les différents items

(Chaque item doit être coté de 0 à 4 en se référant au guide de cotation en annexe)

1- Humeur dépressive :

- 2- Sentiment de culpabilité :
- 3- Suicide :
- 4- Insomnie du début de nuit :
- 5- Insomnie du milieu de nuit :
- 6- Insomnie du matin :
- 7- Travail et activité :
- 8- Ralentissement :
- 9- Agitation :
- 10- Anxiété psychique :
- 11- Anxiété somatique :
- 12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux :
- 13- Symptômes somatiques généraux :
- 14- Symptômes génitaux :
- 15- Hypochondrie :
- 16- Perte de poids :
- 17- Prise de conscience :

TOTAL :

1.5.2.3. Les limites

Cette échelle est relativement bien corrélée au jugement clinique pour les dépressions légères à moyennes. Elle est sensible au changement. On peut lui reprocher l'absence de définition graduée des items, elle offre en revanche l'avantage de détailler les manifestations de l'anxiété et de leur donner une large place, trop importante pour certains. Elle a été validée chez les sujets âgés mais la présence des items somatiques (5 sur 17) limite sa validité en cas d'organicité, ce qui est gênant dans notre cas du sujet âgé polypathologique (39)

1.5.3. Echelle de dépression de Montgomery, Asberg : MADRS (48)

1.5.3.1. Présentation

Echelle de quantification des manifestations dépressives constituée de 10 items tous cotés de 0 à 6.

1.5.3.2. Différents items

- Tristesse apparente (de 0 à 6)

- Tristesse exprimée (de 0 à 6)
- Tension intérieure (de 0 à 6)
- Réduction du sommeil (de 0 à 6)
- Réduction de l'appétit (de 0 à 6)
- Difficultés de concentration (de 0 à 6)
- Lassitude (de 0 à 6)
- Incapacité de ressentir (de 0 à 6)
- Pensées pessimistes (de 0 à 6)
- Idées suicidaires (de 0 à 6)

(Voir grille d'interrogatoire complète en annexe)

1.5.3.3. Critiques

Cette échelle permet d'évaluer les changements d'un examen à un autre. Elle possède relativement peu de questions sur les plaintes somatiques fréquentes chez la personne âgée en rapport avec des maladies somatiques associées. Cette échelle étudie relativement peu le ralentissement de la personne âgée, mais est très sensible aux fluctuations sous traitement

1.5.4. Diagramme de dépression HARD de Rufin et Ferreri

1.5.4.1. Présentation

Ce diagramme est constitué de 12 items cotés de 0 à 6 répartis régulièrement sur 4 pôles : humeur; angoisse; ralentissement ; danger

1.5.4.2. Différents items

HUMEUR (H) :

Tristesse (de 0 à 6)	}	
Désintérêt (de 0 à 6)	}	Total H
Appétit (de 0 à 6)	}	

ANGOISSE (A) :

Anxiété psychique (de 0 à 6)	}	
Anxiété somatique (de 0 à 6)	}	Total A
Insomnie (de 0 à 6)	}	

RALENTISSEMENT (R) :

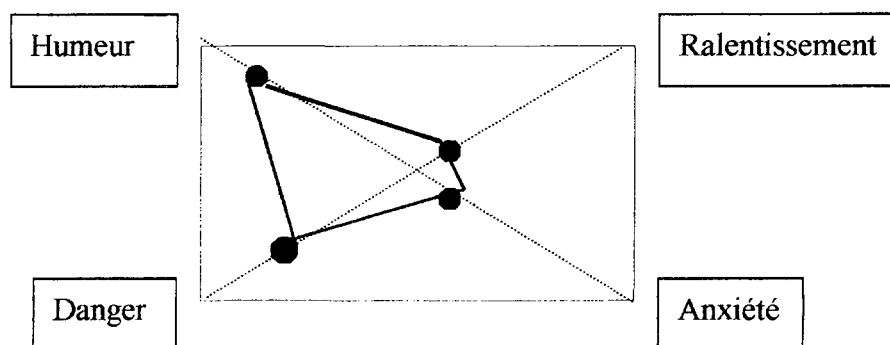
Lassitude (de 0 à 6)	}	
Concentration (de 0 à 6)	}	Total R

Attitude (de 0 à 6)	}	
DANGER (D) :		
Dévalorisation (de 0 à 6)	}	
Idées suicidaires (de 0 à 6)	}	Total D
Idées délirantes	}	
(de culpabilités et/ou		
d'incurabilité et/ou		
de persécution) (de 0 à 6)		

Cotation=H+A+R+D

1.5.4.3. Interprétation

La cotation a le grand mérite de visualiser les différentes formes de dépression, et de permettre de calculer un indice suicidaire. Dans nos cas étudiés le schéma serait le suivant :



Dans la dépression réactionnelle secondaire à une polypathologie, la tristesse reflétant le trouble de l'humeur, et le risque suicidaire augmentent mais il n'y a pas de ralentissement ni d'anxiété.

1.5.5. Geriatric Depression Scale GDS

1.5.5.1. Présentation

Il s'agit d'une auto évaluation ou hétéro évaluation (investigateur clinicien) de 30 items cotés NON (absent, normal, habituel) ou OUI (présent, anormal, inhabituel), développé à partir d'une base de 100 items. Le score seuil a été calculé à 10 et permet une classification des sujets en « sévèrement » déprimé (score de 21 à 30) « moyennement » déprimé (score de 11 à 20), normal (0 à 10)

1.5.5.2. Différents items :

GDS	NON	OUI
Est satisfait de sa vie	1	0
A abandonné un grand nombre d'intérêts	0	1
A le sentiment que sa vie est dure	0	1
S'ennuie souvent	0	1
A de l'espoir quant au futur	1	0
Est assailli par des pensées indésirables	0	1
De bonne humeur la plupart du temps	1	0
Craint qu'une catastrophe ne survienne	0	1
Se sent heureux la plupart du temps	1	0
Se sent souvent désarmé	0	1
A souvent du mal à tenir en place	0	1
Préfère rester chez soi plutôt que sortir	0	1
Beaucoup de souci pour l'avenir	0	1
Sent plus de problèmes de mémoire que les autres	0	1
Est heureux de vivre actuellement	1	0
Se sent souvent mélancolique	0	1
Impression de n'être plus bon à rien	0	1
Beaucoup tourmenté par les choses du passé	0	1
Trouve la vie passionnante	1	0
A du mal à démarrer de nouveaux projets	0	1
A la sensation d'être plein d'énergie	1	0
Trouve sa situation sans espoir	0	1
Pense que les autres sont mieux lotis que lui	0	1
Est souvent bouleversé par des riens	0	1
A souvent envie de pleurer	0	1
A du mal à se concentrer (cognitif)	0	1
Est content de se lever le	1	0

matin		
Préfère éviter les groupes de personnes	0	1
Prend facilement des décisions	1	0
A l'esprit aussi clair qu'avant	1	0
TOTAL		

1.5.5.3. Critique

Il existe une bonne cohérence entre chaque item. Cette échelle est relativement bien adaptée à la personne âgée, mais évalue surtout à un moment donné, mesurant mal l'évolution de l'état dépressif.

La validité de ce questionnaire est discutable lorsque les patients sont atteints d'une forme modérée ou sévère de démence. Dans deux études princeps (12) (31) aucun seuil à la GDS ne permettrait d'avoir une sensibilité ou une spécificité >65%. Les auteurs concluaient donc que cet outil n'était pas utile dans le diagnostic des dépressions chez les déments.

Par contre, la GDS est intéressante chez la personne âgée lorsqu'on suspecte une détérioration mentale débutante car la sensibilité et la spécificité sont élevées (82% et 88%) d'après l'étude de LINCHTENBEG (41) entre déments dépressifs et déments non dépressifs si le score est >à 14 laissant apparaître que la discrimination diagnostic est meilleure lorsque la symptomatologie est moindre

1.5.5.4. Les formes abrégées

✓ Forme à 15 items

La comparaison avec la version « longue » montre une sensibilité et une spécificité comparables (40, 13)

GDS	NON	OUI
Etes-vous satisfait de votre vie ?	1	0
Avez-vous abandonné beaucoup de vos activités et intérêts ?	0	1
Trouvez vous votre vie vide ?	0	1
Etes-vous inquiet ?	0	1
Etes-vous souvent de bonne humeur ?	1	0
Etes-vous effrayé que quelque chose de triste vous arrive ?	0	1
Vous sentez vous de façon générale heureux ?	1	0
Vous sentez vous incapable ?	1	0
Préférez vous rester à la maison plutôt que sortir ?	0	1
Pensez vous que vous avez plus de	0	1

problèmes de mémoire maintenant que la plupart des gens ?		
Pensez vous qu'il est très agréable de vivre maintenant ?	1	0
Pensez vous que votre vie ne mène à rien ?	0	1
Vous sentez vous plein d'énergie ?	1	0
Trouvez vous que votre situation est chanceuse ?	1	0
Pensez vous que beaucoup de gens sont meilleurs que vous ?	0	1
TOTAL		

✓ forme à 4 items

A été présentée par Katona (32) et corroborée par Clément (17). Les études concernant la version française de la GDS montrent des caractéristiques d'homogénéité et d'unidimensionnalité satisfaisante (15). Les résultats obtenus en terme de fiabilité sont très favorables.

Mini GDS

* Etes vous heureux, bien, la plupart du temps ? oui=0 non=1

* Avez vous le sentiment que votre vie est vide ? oui=1 non=0

* Vous sentez vous découragé, triste ? oui=1 non=0

* Avez vous l'impression que votre situation est désespérée ?
oui=1 non=0

✓ Question unique

Toujours dans l'optique de simplification Mahoney et d'autres (45) ont montré, sur un échantillon de 55 sujets âgés non déments (MMS moyen=27/30) qu'une unique question : « **vous sentez vous triste ou déprimé ?** » avait une validité comparable à la forme longue (30 items) de la GDS et pouvait présenter une alternative rapide et acceptable.

Ces formes à 4 items voire à question unique nous paraissent adaptées au travail du médecin généraliste comme l'échelle IADL de Lawton pour la démence.

1.5.6. **Commentaire sur les échelles de dépression :**

Ce qui est surprenant, c'est que dans les enquêtes épidémiologiques, parmi les 10 à 15 % des cas détectés, seuls 2% d'entre eux correspondent aux critères d'état dépressif majeur

définis par la classification internationale, la partie restante appartiendrait à des classes marginales mal définies (dysthymies, symptômes dépressifs...).

Dans les échelles soit disant spécifiques aux personnes âgées, il nous semble qu'il n'est jamais question de cet état dépressif qui se manifeste par une douleur morale tardive, explosive survenant à la suite d'un événement nous apparaissant mineur alors qu'il existe une polypathologie importante sous jacente qui aurait pu -voire dû- déclencher à elle seule un état dépressif.

C'est la décompensation dépressive d'un sujet âgé fragilisé psychologiquement.

1.6. Traitements

1.6.1. Recommandations de l'ANAES sur les démarches et les objectifs de la prise en charge du sujet dépressif. (3)

1.6.1.1. Traitement en ambulatoire

Les différentes démarches sont :

- **« Affirmer le diagnostic de dépression selon les critères établis et apprécier le danger immédiat par rapport au risque suicidaire, réévaluation régulière de l'état clinique. »**

Dans notre étude, le diagnostic de dépression n'est pas évident du fait de l'intrication du vieillissement, de la polypathologie, d'un état anxieux important. Ces éléments participent au polymorphisme qui caractérise la dépression du sujet âgé. Les consultations ou surtout les visites à domicile répétées vont permettre entre autre de suivre l'évolution de la dépression.

- **« Informer le patient et définir avec lui un projet thérapeutique »**

Donner un nom à la maladie permet de clarifier une situation et de connaître l'ennemi qu'il faut combattre. Comme le dit F. FORETTE (23*) lors d'une conférence de consensus sur la maladie d'Alzheimer, une étude sociologique a montré « l'attachement » des patients au médecin qui leur a donné le diagnostic, il y aurait une véritable reconnaissance. Il est vrai que le pire pour un individu est de ne pas savoir de quoi il souffre ou de quoi il meurt. Quand la maladie a un nom, la famille et le malade peuvent se rattacher à quelque chose. Ne pas savoir est cause d'angoisse et de réticences vis à vis du médecin. Il en est de même de la dépression du sujet âgé.

- **« Obtenir et maintenir une 'alliance thérapeutique' ».**

Si on décide de traiter la patiente à son domicile, il convient de l'informer du diagnostic et lui préciser que le traitement antidépresseur n'agit pas de suite et qu'il faut

surtout le poursuivre plusieurs mois afin de se donner le maximum de chance de venir à bout de cette pathologie qui se soigne et dont on guérit. Le médecin assure également la patiente de sa proximité et de sa disponibilité en cas de besoin. Cet élément fait partie intégrante du traitement global.

- « **Renforcer l'adhésion au traitement, surtout pendant la phase de consolidation** »
- « **Informer le patient et son entourage des signes précoces de rechute.** »

1.6.1.2. Consultation psychiatrique.

Elle est proposée au patient dans des cas particuliers comme un contexte familial difficile (incidence médico-légale), une co-morbidité psychiatrique, lorsque la relation médecin malade ne permet pas de réaliser une « alliance thérapeutique », en cas d'inefficacité du traitement par antidépresseur dans les 4 à 8 semaines ou lorsque l'intensité de la pathologie s'avère particulièrement grave.

Dans notre étude, une consultation auprès d'un psychiatre a été systématiquement proposée et systématiquement refusée par les patientes. L'avenir est peut être à une prise en charge moins formelle avec des psychologues et des infirmières psychiatriques qui se déplaceraient à domicile sur simple appel du médecin généraliste. Toujours est il que le généraliste ressent fortement ces carences (de formation) face à une telle prise en charge, mais d'un autre côté, le soutien qu'il apporte par sa seule force d'écoute est palpable.

1.6.1.3. Hospitalisation en milieu psychiatrique.

Elle est indispensable en cas de risque suicidaire élevé et de forme sévère où la présence de symptômes psychotiques est fréquente.

1.6.2. Le traitement médicamenteux.

1.6.2.1. Les antidépresseurs commercialisés en France.

Les différentes classes sont :

- **Les imipraminiques** : ce sont des antidépresseurs qui ont montré leur efficacité mais ils sont cause de nombreux effets secondaires et en particulier provoquent des effets anti- cholinergiques. Ils ne sont plus utilisés en premier recours dans les traitements de la dépression, mais gardent leur indication dans le traitement de certains symptômes douloureux d'origines neurologiques (Cf. Annexes)
- **Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).**

- **Les ISRSNA (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la Noradrénaline).**
- **Les IMAO (inhibiteurs de la mono amine oxydase)**
- **Les autres antidépresseurs.**

1.6.2.2. Interactions et effets indésirables.

1.6.2.2.1. ISRS

Ils ne sont pas dépourvus d'effets secondaires ni d'interactions médicamenteuses surtout chez les personnes âgées polymédiquées. Il convient d'éviter ou de surveiller leur association avec les antivitamines K, les anti arythmiques, la carbamazépine (22). Il faut préconiser le ISRS à demi vie courte et l'absence de métabolites actifs, surveiller la natrémie car il existe des hyponatrémies imputables à la prise d' ISRS. A noter également, selon les mêmes auteurs le risque de syndrome sérotoninergique –pathologie iatrogénique_ survenant lors de l'association de médicaments sérotoninergiques comme les IMAO, ISRS, Sels de lithium ... (voir en annexe, le tableau récapitulatif proposé par l'équipe de médecine B du CHU Nancy Brabois selon la source du Vidal)

Selon, le rapport de l'ANAES (3), « la toxicité des différents antidépresseurs doit être considérée, les ISRS sont les moins dangereux (qualité de preuve de niveau 3) »

1.6.2.2.2. ISRSNA

Les précautions d'emploi sont nombreuses et parfois même associées chez la personne âgée : insuffisance rénale, HTA, cardiopathie, glaucome... . Les effets secondaires sont également nombreux et variés, les plus fréquemment retrouvés sont vertiges, nausées, vomissements... .

La différence avec les ISRS réside dans la demi vie qui parait plus courte pour les ISRSNA. Ceci peut être un plus en ce qui concerne la personne âgée avec diminution des risques d'accumulation de métabolites. Voir tableau récapitulatif (22) en annexe

1.6.2.2.3. IMAO sélectifs.

La tolérance est bonne si l'on respecte les précautions d'emploi (psychoses, HTA, phéochromocytome et surveillance hépatique). Ils semblent mieux tolérés que les IMAO de la première génération sachant qu'il existe peu d'études sur leur indication en gériatrie.

1.6.2.2.4. Les autres antidépresseurs.

Selon les mêmes auteurs (44), l'utilisation de la miansérine (Athymil°), de la tinaptine (Stablon°), la viloxazine (Vivalan°) est intéressante en gériatrie. Par contre la mirtazapine (Norset°) est délicate à prescrire (demi vie longue, nombreuses précautions d'emploi).

Il n'existe pas de différence d'efficacité statistiquement significative entre les différentes classes thérapeutiques selon les nombreuses études évoquées dans le rapport de l'ANAES de mai 2002 (3)

1.6.2.3. Posologie et durée de traitement.

Le traitement des sujets âgés nécessite quelque attention. En effet il existe des modifications physiologiques auxquelles s'associent les défaillances viscérales et bien souvent une polymédication. Ces particularités liées à l'âge favorisent le risque iatrogénique, l'apparition d'effets secondaires. Il faut donc adapter la posologie en fonction de l'âge, du poids, de la présence ou non de troubles sensoriels et cognitifs. Selon MOULIAS (49) la posologie initiale doit être réduite de moitié. Il convient de prendre en compte le délai d'action qui est souvent majoré chez le sujet âgé (4 à 6 semaines). La durée totale du traitement ne doit pas être inférieure à 6 mois dès lors que l'équilibre est atteint. Puis, la diminution de la posologie se fera progressivement jusqu'à arrêt complet.

1.6.2.4. Les critères de choix des antidépresseurs.

1.6.2.4.1. « Etape pré thérapeutique » selon la terminologie de PFITZENMEYER (57) (22)

Avant la mise en route d'un traitement médicamenteux antidépresseur (comme pour toute autre classe thérapeutique), il faut évaluer, surtout chez la personne âgée, les fonctions supérieures afin de prescrire le mode d'administration le plus adapté aux capacités de la personne âgée. L'évaluation de l'autonomie, des troubles cognitifs, du handicap sensoriel, de la présence ou non d'un entourage fiable, va également conditionner le mode de prise en charge (domicile ou hôpital) et le traitement médicamenteux.

1.6.2.4.2. Choix de la molécule.

Selon le rapport de l'ANAES (3), dans les dépressions légères à modérées traitées à domicile il est recommandé (recommandation de grade C) de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive et le plus simple à prescrire à dose efficace.

Sont donc considérés comme correspondant le plus à ces critères les ISRS et ISRSNA et autres antidépresseurs non imipraminiques non IMAO. Chez le sujet âgé, les ISRS sont majoritairement prescrits car leur maniement est aisé, leur efficacité reconnue. Leur prescription se fait en tenant toujours compte des règles de prescription en gériatrie.

1.6.2.5. Règles de prescription en gériatrie.

- Procéder à l'étape pré thérapeutique pour vérifier l'ensemble des médications et ainsi éviter les co-prescriptions (avec le psychiatre par exemple) ou la multi prescription.
- Annoncer le délai d'action et éventuellement l'existence des effets secondaires les plus fréquents et le caractère temporaire de ceux-ci afin d'éviter tout arrêt de traitement sans avis médical.
- Réévaluation répétée de l'examen clinique afin :
 - de diagnostiquer un éventuel surdosage
 - de diagnostiquer une mauvaise observance qui pourra éviter une multi prescription, une rechute avec risque de chronicisation
 - de se méfier d'une levée d'inhibition qui peut conduire le sujet âgé au passage à l'acte suicidaire.
- Recommandations de prescriptions spécifiques à la personne âgée selon l'ANAES :

La prescription médicamenteuse après 70 ans impose de connaître les antécédents du malade, ses maladies en cours et ses facteurs de risques. Il est nécessaire de hiérarchiser les objectifs thérapeutiques en prenant en compte le pronostic vital et fonctionnel, et la qualité de vie. Les objectifs thérapeutiques doivent être clairs pour le médecin qui les expliquera au malade et si nécessaire à son entourage. Il importe en particulier de bien séparer ceux qui visent au traitement d'une maladie aiguë transitoire de ceux qui visent au traitement d'une maladie chronique.

Pour prescrire il est nécessaire :

- de rechercher une déshydratation et/ou une dénutrition
- de connaître la fonction rénale et d'adapter la posologie des médicaments à élimination urinaire quand elle est altérée. (La créatinémie n'est pas significative chez la personne âgée car la production musculaire de créatine diminue dans les mêmes proportions que la filtration glomérulaire). Il convient donc d'évaluer la fonction rénale par la détermination de la clairance de la créatinine.

Il est nécessaire de s'assurer de l'aptitude du malade à comprendre et à utiliser le traitement prescrit (voir étape pré thérapeutique)

Comme à tout âge il faut vérifier que les associations thérapeutiques prescrites ne provoquent pas d'interactions médicamenteuses à incidence clinique.

La forme galénique revêt chez la personne âgée une grande importance : éviter les gouttes qui sont sources d'erreurs de comptage, les formes galéniques peu pratiques (suppositoires)

Penser à des horaires faciles à mémoriser adaptées à la vie du malade et à la pharmacocinétique du médicament.

Préférer les médicaments à durée d'action courte et éviter les doses de charge. Ne pas hésiter à avoir recours à une infirmière pour donner le traitement et assurer la surveillance et l'observance thérapeutique.

Chez un sujet âgé de plus de 70 ans, déjà soumis à une prescription pluri médicamenteuse (plus de 2 médicaments), il convient d'éviter l'addition de médicaments, dont l'efficacité reste à établir, et identifiés dans le dictionnaire Vidal par les mentions : « proposé dans », « utilisé dans », « utilisé comme ».

Chez un sujet âgé de plus de 70 ans, une réévaluation pluriannuelle de toutes les thérapeutiques prescrites doit être faite afin de simplifier les ordonnances et permettre ainsi une meilleure observance des traitements indispensables.

1.6.3. Les traitements non médicamenteux.

Le traitement médicamenteux seul mène rarement à une rémission complète des troubles existant au départ. Les bénéfices attendus du traitement médicamenteux ne sont qu'un des aspects de la prise en charge. D'autres bénéfices peuvent encore provenir de la bonne qualité de la relation avec le patient et de l'occasion qui pourrait lui être enfin donnée d'exprimer certaines de ses difficultés. On peut aussi souligner l'intérêt des prises en charge complémentaires visant à soutenir le sujet et son entourage comme les centres de jour ou les hôpitaux de jour : dans ce type de structures, il est en effet proposé des accompagnements et des activités qui favorisent la restauration de l'image sociale et l'élaboration de certaines difficultés profondément ancrées dans le vécu du sujet. Au vu du nombre de psychothérapies

existantes et surtout de la complexité de leur description et de leur mise en place, nous ne les évoquerons pas dans ce travail.

1.6.4. Pertinence du traitement de la « dépression sub-syndromique » du sujet âgé polypathologique et/ou traitement test diagnostic.

Une prise en charge précoce est recommandée associant une bonne information du patient, une psychothérapie et un traitement antidépresseur. Dans le PRID (39) corroboré par J.M. LEGER, il est affirmé que le traitement efficace de la dépression par antidépresseur chez un sujet âgé porteur de polypathologies permet d'améliorer le pronostic de l'ensemble des troubles que présente le patient.

Le pronostic des pathologies médicales est moins bon en cas de dépression associée. Des études ont montré que des patients ayant présenté un accident vasculaire cérébral (AVC), un infarctus du myocarde (IDM), ou une fracture du col fémoral récupéraient moins vite s'ils étaient déprimés (70). La dépression est un facteur de risque de décès au cours d'un AVC ou d'un IDM.

D'après J.P. CLEMENT (18), toutes les formes de dépressions qu'elles soient qualifiées de « sub-syndromiques », « infra limites », ou « infra cliniques » doivent faire l'objet d'une prise en charge. D'autres auteurs, allant dans ce sens, précisent que ces formes de dépression même si elles ne répondent pas à tous les critères du DSM IV ou du CIM 10, handicapent autant la vie quotidienne et elles altèrent autant la qualité de vie qu'une dépression caractérisée, et ont un impact négatif sur les maladies somatiques co-existantes. Pour GEISELMANN et BAUER (26), la dépression sub syndromique est un facteur de risque de dépression caractérisée.

Traiter tôt par un ISRS, rapidement à dose efficace peut être un véritable test diagnostic, l'amélioration de la verbalisation des éléments de souffrance morale sera toujours vécue comme une évolution positive. Peut être aura-t-on traité des bouffées anxieuses mais le gain sur la qualité de vie permettra de faire reculer la dépendance qui amène bien souvent résignation c'est-à-dire institutionnalisation ou mort sociale. Traiter c'est sans doute éviter des pathologies en cascade. Outre le traitement médical, cela permet de donner un nom pour la famille et pour le patient à sa pathologie, ce qui permet peut être une attention nouvelle de la famille, une modification des relations interfamiliales. Nous nous sommes intéressés dans notre étude à des veuves âgées avec pour facteurs déclenchants des conflits interfamiliaux. Le médecin va chercher le plus souvent un consensus et une alliance thérapeutique avec la famille. Mais cette alliance va devoir respecter les manifestations d'indépendance de la

patiente, avec l'écoute privilégiée de ses désirs propres même s'ils divergent par rapport à ceux de son entourage. On ne trouve malheureusement que peu de travaux comparant l'efficacité des psychothérapies et des thérapies biologiques, mais il semble cependant que même les psychothérapies les plus techniques et les plus structurées n'atteignent pas le noyau endogène de la dépression aussi profondément que les thérapies biologiques. A l'inverse, les traitements biologiques s'avèrent impuissants à résoudre l'ensemble des problèmes psychosociaux intriqués de la dépression. La prise en charge de la dépression du sujet âgé sera facilitée par l'association des deux types de techniques thérapeutiques. L'attitude du médecin généraliste peut être assimilée à une psychothérapie de soutien. Il est souvent confronté, dans son activité quotidienne à ces cas, ce qui lui confère un certain « savoir faire », il ne se cantonne pas dans la neutralité, même bienveillante, il se montre souvent actif parfois directif pour intervenir au niveau de l'environnement propre du sujet. Cette approche à défaut d'être validée est probablement la plus réaliste. Bien souvent, cette démarche ne saurait se passer de tout un réseau d'intervenants paramédicaux et sociaux (comme l'intervention d'une auxiliaire de vie (aide ménagère) qui permet non seulement de réduire la charge de travail mais aussi et surtout de rompre la solitude par une présence régulière). La qualité de la communication entre eux, avec la famille, le voisinage, la capacité à se concerter et à programmer un projet de soin est souvent décisive. En milieu rural, le médecin généraliste et la famille se sentent souvent bien seuls.

2. Polypathologie

La polypathologie caractérise souvent le sujet âgé. On ne peut aborder la polypathologie sans parler de polymédication.

2.1. Polypathologie et polymédication.

La polymédication explique l'incidence élevée des effets indésirables à l'origine de 5 à 10 % des hospitalisations après 65 ans et plus de 20 % après 80 ans.

La plupart de ces conséquences sont évitables si l'on identifie au préalable les patients, les situations et les médicaments à risques. Pour cela, il convient de hiérarchiser les pathologies selon leur impact symptomatique, étiologique ou préventif. Concernant la prescription, il est souhaitable de suivre les recommandations proposées par l'ANAES : « il est nécessaire de s'assurer de l'aptitude du malade à comprendre et à utiliser le traitement prescrit (évaluer l'autonomie, dépister les troubles de la vision, compréhension du traitement) », « chez un sujet âgé de plus de 70 ans, déjà soumis à une prescription pluri médicamenteuse, il convient d'éviter l'addition de médicaments dont l'efficacité reste à établir (identifiés dans le Vidal par : 'proposé dans', 'utilisé dans') »

Pour optimiser les prescriptions, il faut évaluer le rapport bénéfice risque, réévaluer et réactualiser régulièrement les prescriptions au long cours.

L'indication d'alternatives thérapeutiques non médicamenteuses (soutien psychologique, rééducation, réadaptation, re-nutrition) doit toujours être envisagée. En effet, tout ce qui peut maintenir l'autonomie et la qualité de vie du sujet âgé ne passe pas obligatoirement par la prescription de médicaments.

Dans le cadre de la polypathologie, le degré de gravité potentielle de la maladie nouvelle et de l'ensemble des affections du malade doit être évalué : enjeu vital, retentissement sur la qualité de vie, maladies dont le traitement devient moins important en fonction de leur risque ou des plaintes du malade. Dans le contexte de polypathologie, la décision thérapeutique doit bien sûr viser l'amélioration de la survie, tout en s'accompagnant de la conservation de la qualité de vie. Ce concept de qualité de vie repose sur ce qui est important pour le patient âgé, ses priorités n'étant pas obligatoirement celles du prescripteur. La plainte du patient si elle est négligée peut conduire à l'automédication.

La relation entre un patient polypathologique et son médecin traitant est complexe. Un patient polypathologique est avant tout un patient qui a présenté de nombreuses pathologies

dans sa vie, avec plus ou moins de séquelles. C'est aussi une relation médecin-malade particulière qui s'est renforcée au cours du temps. Si cette notion de temps apporte des avantages au médecin avec le sentiment de bien connaître son patient, à contrario, des habitudes se sont créées et peuvent masquer une plainte et banaliser un symptôme... Il ne s'agit pas seulement d'une relation avec un patient polypathologique mais d'une connivence relationnelle médecin malade (avantage ou défaut pour reconnaître un état dépressif ?).

2.2. Le concept de « sujets âgés fragiles ».

Le concept de fragilité a été lancé par des gériatres afin de cibler une partie de la population âgée se situant entre le groupe des sujets âgés « en pleine forme » (65-70% des personnes âgées) et assimilées à la population adulte en terme de besoin sanitaire, et le groupe des sujets âgés complètement dépendants (5% des personnes âgées). Il y aurait donc, selon VELLAS (68) 15 à 25% des sujets âgés qui encourraient tous les risques de décompensation entraînant une perte d'autonomie.

Il est vrai qu'il n'existe pas de consensus actuel sur la définition précise de la fragilité même si on remarque que ce terme apparaît de plus en plus fréquemment dans la littérature. Il recouvre plusieurs notions sans spécificité particulière dans le cadre d'un mauvais état de santé physique comme mental, il peut évoquer la limitation fonctionnelle de la personne âgée ou son incapacité, sa perte d'autonomie motrice, le risque d'institutionnalisation ou simplement le grand âge.

Dans le cas particulier de notre étude, la fragilité de ces femmes polypathologiques porteuses d'une dépression correspondrait à la définition de la fragilité selon l'approche dynamique. C'est-à-dire que la fragilité serait « un état dynamique et donc instable qui peut à l'occasion d'un stress (nouvelle pathologie, événement familial) faire basculer la personne âgée dans une trajectoire de vieillissement pathologique difficilement réversible » (68). Selon LEBEL, la « fragilité s'exprime lors d'événements stressants d'ordre médical, social ou psychologique qui déstabilisent l'équilibre précaire de la personne âgée et qui risquent de provoquer, de façon temporaire ou permanente, les incapacités. »

C'est cette notion de la fragilité que le médecin généraliste doit intégrer afin de cibler ces personnes et de leur éviter le phénomène de la cascade lors de l'apparition d'événements nouveaux.

2.3. Liens entre polypathologie et dépression.

Dans la réalité, plusieurs types de relations peuvent coexister. La dépression au cours d'affections somatiques peut avoir une étiologie multi factorielle. Nous ne ferons qu'évoquer

ici le cas où l'affection médicale est la cause de la dépression par effet direct sur le cerveau (démence dégénérative débutante). La plupart du temps soit la dépression peut être engendrée par la révélation d'une pathologie (cancer...) soit elle peut être à l'origine de l'affection médicale ou l'aggraver (dépression mélancolique entraînant une dénutrition et une déshydratation).

Il apparaît que les questionnaires ont beaucoup de mal à distinguer maladie somatique, psychosomatique et événements purement dépressifs, confusion d'autant plus légitime qu'elle existe aussi dans le vécu des patients. De nombreux auteurs ont déjà avancé que les troubles dépressifs des personnes âgées semblaient directement en rapport avec leur santé physique. Ceci est confirmé par l'étude de KIVELA (33) en Finlande. Cette étude publiée en 1994 confirme la liaison entre la survenue d'une dépression et un mauvais état de santé physique, de même qu'avec des relations sociales pauvres moins satisfaisantes (64).

Mais peu d'études évoquent la survenue d'une dépression dans un contexte de polypathologie sans que cette dépression ne soit considérée par rapport au vécu global et souvent douloureux de la personne âgée, en tenant compte de son histoire, de sa solitude, de ses pertes et de sa qualité de vie.

2.4. Poids d'un handicap chronique dans la survenue de la dépression.

Certains auteurs, se sont intéressés au poids d'un handicap chronique dans la survenue des symptômes dépressifs en fonction de l'âge (29). Les sujets souffrant d'un handicap auraient un risque deux fois plus élevé de présenter un trouble de l'humeur au cours de leur vie, que les sujets sans handicap. En fait, ce résultat n'apparaît pas clairement dans le groupe des déprimés âgés. Les auteurs font l'hypothèse que l'impact du handicap physique varie considérablement avec l'âge. Certaines formes de handicap pourraient ainsi être considérées comme « normales » avec l'âge et donc moins susceptibles d'avoir un retentissement négatif sur les projets de vie et le sentiment de bien être. Dans cette optique, un handicap lié à une affection médicale constitue un stress psychosocial dont l'impact varierait avec l'âge. Cette conception ne prend pas en compte l'effet dépressogène direct potentiel d'une affection physique, ni les interactions biologiques qu'entretiennent vieillissement, maladie physique et processus dépressif.

Ainsi l'apparition d'un handicap ou d'un désavantage social n'est prise en compte que dans sa notion de préjudice, résultant d'une déficience qui limite l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal pour une personne âgée. Il est à noter que cette dimension sociale chiffrée par la grille AGGIR pour la prise en compte d'allocation (APA) ne laisse aucune

place à un handicap résultant d'un état dépressif. Le schéma **déficience** –entraînant une **incapacité**- témoignant d'un **handicap** entraînant lui-même une **dépendance** est là mis en défaut. Pourtant, la dépendance est une notion essentiellement relative et n'a pas de définition en soi et se détermine par rapport à un contexte dans lequel tous les facteurs sont interactifs, et par rapport à l'expression du besoin de l'individu. Ainsi, si la dépendance est l'ensemble des liens qu'entretient l'individu avec son lieu de vie, ils sont de l'ordre de la nécessité. Pour apprécier le désavantage social on se fonde ainsi sur un petit nombre de dimensions fondamentales du comportement humain appelé : rôle de survie

- mobilité physique
- indépendance physique pour les actes élémentaires de la vie courante
- occupation
- intégration sociale
- suffisance économique
- orientation dans le temps et l'espace.

Un patient dépressif ne va-t-il pas s'isoler et oublier/ mettre en péril ses rôles de survie ?

3. Présentation d'une enquête à propos de cinq cas

3.1. Population choisie

A partir des patients d'un médecin généraliste exerçant en milieu semi-rural, nous avons choisi un échantillon de 5 femmes âgées de plus de 75 ans , veuves et vivant seules à leur domicile, en milieu rural et porteuses de plusieurs pathologies (au minimum trois).

A noter que nous excluons, parmi les pathologies potentielles, les démences (sénile, vasculaire, Alzheimer) et tous les antécédents de dépression.

3.2. Le questionnaire

3.2.1. Objectifs du questionnaire et conception

Mise en place d'un questionnaire qui n'a rien d'exhaustif mais qui va permettre d'interviewer toutes les patientes sur le même canevas sans pour autant être rigide.

Le système a pour avantage d'être reproductif sans toutefois aborder le vécu de la patiente de façon trop formelle.

- Vos ennuis de santé sont ils insurmontables ? (oui/non)

❖ **Examen le jour J.**

➤ **Plaintes somatiques.**

Algies : Localisation ?

- Rythme ?
- Depuis quand ?

Problèmes urinaires : De quel type ?

- Depuis quand ?
- Nocturne et/ou diurne
- Protections ?
- Incidence sur l'activité quotidienne ?

Asthénie : Assurez vous les tâches quotidiennes ? A quel rythme les faites vous ?

- Faites-vous le jardin ?
- Faites-vous la sieste ? Combien de temps ?
- Etes vous fatiguée après un effort ou dès le matin au lever ?

Dyspnée : Effort/repos

- Permanente ?
- Soupirs ?

Palpitations, sueurs ?

Météorisme abdominal : fréquence ?

Troubles du transit :

- Constipation ? Fréquence ? Prise médicamenteuse ?
- Diarrhée ?

➤ **Apparence physique**

Présentation/vêtements.

Milieu : Ménage

Rangement/intérieur soigné ?

Lenteur psychomotrice ?

- Dans les gestes ?
- Dans le langage ?
- Dans la réflexion ?

➤ **Etat psychique.**

Tristesse :

- Apparence triste ?
- Langage triste ?

- Propos tristes ?

Indifférence : dans le comportement ?

- Langage pauvre ?
- Indifférence par rapport à l'entretien ?

Fatalisme : spontané ? Ou après avoir réfléchi à la situation ?

Mélancolie ?

➤ **Echelle de Hamilton.** (voir annexe)

➤ **Fonctions cognitives.**

Troubles de la mémoire ?

Troubles de l'attention ?

Troubles de l'orientation temporo spatiale ?

Troubles du raisonnement ?

Troubles du jugement ?

➤ **Traitement actuel.**

Benzodiazépines, hypnotiques, anti dépresseurs ...

Depuis combien de temps ? Ou pendant combien de temps si arrêt récent ?

❖ **Biographie.**

➤ **Lieu de vie**

Déménagements :

- Fréquences ?
- Cause ?

Aménagements/travaux ? Pourquoi ?

Salle de bain ? WC ?

Chauffage : de quel type ?

Vous en occupez-vous ?

➤ **Entourage**

- ***La famille***

Age au décès du conjoint.

Composition de la famille :

Enfants :

- Nombre
- Où vivent-ils ?
- Sont-ils tous vivants ?
- Nature de vos liens : proches, conflits, indifférence ?
- Communication :

- fréquence des visites.
- fréquence des appels téléphoniques, dans quel sens ? , durée des communications ?

▪ ***Le voisinage***

Comment qualifiez-vous votre voisinage ?

Bonne entente ?

Conflits ?

Jalousies ?

Rendez-vous visite à vos voisins et inversement ?

➤ **Mode de vie.**

▪ ***Les tâches quotidiennes.***

Assurez-vous :

- Les courses: déplacement ?
marchands ambulants ?
tierce personne ?
- La confection des repas : seule ?
tierce personne ?
portage à domicile ?
- Entretien du lieu de vie : seule ?
aide ménagère ?
fréquence ?
nombre d'heures par semaine ?
- Toilette / Habillage

▪ ***Relation avec le monde extérieur.***

Visites : rendez-vous des visites ? Et inversement ? Sortez-vous par plaisir ?

Téléphone : appelez-vous ? À quelle fréquence ? Combien de temps durent les appels ?

Etes-vous appelée ? A quelle fréquence ?

Périodiques : êtes-vous abonnée à un quotidien ?

Vous procurez-vous le journal occasionnellement ? De quelle façon ?

Télévision : si oui combien d'heures par jour et à quels moments de la journée ?

Que regardez-vous ? Journal télévisé ? Jeux ? Films/feuilletons ? Emissions ?

Radio : écoutez-vous régulièrement ? Occasionnellement ?

▪ ***Activités, loisirs***

Avez-vous des convictions religieuses ? Si oui allez-vous à la messe ? Le curé passe-t-il vous voir ?

Activités manuelles : laquelle ? La faites-vous avec plaisir ?

Si abandon d'activité, depuis quand et pourquoi l'avoir arrêté ?

Activités intellectuelles : lecture, mots croisés.

Si plus d'activités depuis quand et pourquoi ?

➤ **Événements familiaux marquants.**

▪ ***Nature des événements.***

Décès d'un proche : époux, un enfant...

Divorce.

Changement géographique : fréquence ? Motif du déménagement ?

Changement professionnel, motif ?

Grands conflits familiaux : entre quels membres de la famille et motif de ce conflit ?

▪ ***Répercussions***

Comment avez-vous surmonté ces événements : seule ?

aide de la famille ?

aide du médecin traitant, et à quel niveau

vous a-t-il aidé ?

En combien de temps les avez-vous surmontés ?

❖ **Antécédents médicaux.**

➤ **Vécu physique.**

▪ Vécu des hospitalisations :

- Nombre et durée approximative des hospitalisations.
- Y a-t-il eu des moments physiquement douloureux ?
- Vous êtes-vous sentie physiquement soutenue à l'hôpital et dans les suites.

▪ Vécu du retour à domicile : vivement souhaité ou aviez-vous des réticences ?

dans quelles conditions : Étiez-vous seule ?

adaptation du domicile ?

réorganisation des tâches ? Aide ménagère ? Portage

des repas ?....

- Vécu des contraintes thérapeutiques : adaptation facile ? rapide ? seule ou nécessité d'une aide extérieure ?
- Rôle de l'entourage devant l'accumulation de vos pathologies ? Aide à votre réorganisation ?
- Rôle de votre médecin traitant : la suite des soins a-t-elle bien été prise en charge ?

➤ **Vécu psychologique.**

- Avec le recul, quel sentiment vous laisse l'accumulation de vos problèmes de santé ? Fatalité ? Injustice ?...
- Vous sentez-vous diminuée par vos pathologies ?
- Vous sentez-vous écartée de la vie sociale ?
- Vos pathologies vous empêchent-elles de vivre comme vous le souhaitez ?
- Comment avez-vous surmonté toutes vos difficultés : seule ?

avec l'aide de votre famille ?

avec l'aide d'une personne

en particulier ?

avec l'aide de votre médecin

traitant ?

- Avez-vous déjà « craqué », baissé les bras ? Si oui, pour quel motif ?
- Parlez-vous facilement de vos ennuis ? Si oui, à qui en particulier ?
- Vous êtes-vous sentie soutenue dans les moments difficiles ? Si oui, par qui ?
- Avez-vous déjà songé ou même souhaité un placement : temporaire ?

définitif ?

Si oui pour quel motif ?

- Avez-vous déjà songé à la mort ? Comment l'abordez-vous : sereinement ?
- le plus tard possible ?
- Avez-vous déjà songé à vous donner la mort ?
- Que vous a apporté votre médecin traitant : dans les décisions thérapeutiques qu'il vous a proposé ?

dans le suivi de vos pathologies ?

dans le quotidien :

- sur le plan physique ?

- sur le plan moral ?

❖ Remarques sur les difficultés rencontrées pendant l'entretien .

Pleurs.

Logorrhée.

Peur, difficulté à parler.

Mise en confiance difficile.

3.2.3. Application du questionnaire

Après que son médecin généraliste lui ait parlé à plusieurs reprises - au cours de ses visites – de notre projet d'étudier « le moral des personnes âgées qui vivent seules à leur

domicile et qui ont eu ou qui ont de nombreux soucis de santé », nous convenons par téléphone d'un rendez-vous à domicile pour « discuter » ensemble.

Il est clair que notre intervention est survenue après l'évocation du diagnostic de dépression sub-syndromique par le médecin traitant

Nous nous rendons donc au rendez-vous munis du questionnaire, d'un dictaphone, et d'un caméscope avec l'idée de visionner éventuellement pendant la soutenance des moments clés, évocateurs, représentatifs de la situation : une phrase, une expression, un regard, une attitude. Il faut noter qu'il n'est pas forcément facile d'obtenir de la personne ses sentiments profonds et spontanés. Il a fallu essayer de dégager durant ces entretiens une atmosphère de confiance afin de permettre à la patiente de se dévoiler. Pour cela, elle a dû faire abstraction des moyens d'enregistrement, ce que nous avons tenté de faire en instaurant un climat chaleureux et de confiance.

Nous avons pris soin de réitérer le but de notre visite et de rassurer la patiente sur le caractère anonyme de notre démarche. Dans le cas des enregistrements vidéos, l'aval de la patiente nous a été accordé sur une éventuelle diffusion des images pendant la soutenance.

3.3. Présentation des cas cliniques

3.3.1. Mme F. née en 1921

Mini cotation de la dépression avant l'entretien

- Etes vous heureuse, bien la plupart du temps ? non
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? non
- Vous sentez vous découragée, triste ? oui
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui
- Vous sentez vous fatiguée ? oui
- Vos ennuis de santé sont ils insurmontables ? oui

Echelle de Hamilton

(Chaque item doit être coté de 0 à 4 en se référant au guide de cotation en annexe)

- 1- Humeur dépressive : 0
- 2- Sentiment de culpabilité : 0
- 3- Suicide : 0
- 4- Insomnie du début de nuit : 0
- 5- Insomnie du milieu de nuit : 0

6- Insomnie du matin :	1
7- Travail et activité :	1
8- Ralentissement :	0
9- Agitation :	0
10- Anxiété psychique :	0
11- Anxiété somatique :	1
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux :	0
13- Symptômes somatiques généraux :	1
14- Symptômes génitaux :	0
15- Hypochondrie :	0
16- Perte de poids :	0
17- Prise de conscience :	0
TOTAL :	4

Mme F. est née en 1921 à Vatimont (Moselle), elle a épousé un mineur. Ensemble, ils ont toujours vécu à Vatimont à l'exception d'un séjour forcé dans le midi en 1940 suite à une expulsion. Mme F. n'a jamais vécu de grossesse, mais a eu la joie –partagée par son mari- d'adopter deux enfants : Jacky et Josiane et d'éduquer encore deux autres enfants.

Jacky a maintenant 51 ans, il est routier et a 5 enfants.

Josiane est divorcée, vit à Metz, a 3 enfants dont Nadia, une jeune femme qui compte beaucoup dans la vie de Mme F.

Lorsque Mme F. a perdu son mari, atteint d'une silicose, elle a été très entourée, d'ailleurs son fils et sa belle fille sont venus habiter un an avec elle pour la soutenir et l'aider à vivre cette épreuve.

Ses antécédents médicaux :

- ovariectomie en 1957 à 36 ans.
- hystérectomie en 1962.
- Fracture malléole externe en 1981.
- Cholécystectomie en 1985.
- Prothèse scaphoïde en 1986.
- Hypertension artérielle.
- Phlébites à répétition.
- Coronaropathie ischémique et hypertensive dans un contexte d'arythmie complète par fibrillation auriculaire.

- 1988 Prothèse totale de genou gauche sur gonarthrose invalidante. Cure post opératoire pour état pré grabataire lié aux algies.
- 1990 Arthroplastie droite sur genu valgum suivie d'une rééducation ; Mme F. marche alors avec deux cannes anglaises.
- 1991 Chute entraînant un tassement de L2 ; rééducation à Viller Bettlach.
- 1992 sub-luxation antérieure du tibia sous le fémur entraînant une instabilité. Un changement de prothèse de genou a été nécessaire.
- 1994 insuffisance veineuse superficielle stade II + artériopathie oblitérante stade II
- 1996 cure à Morsbronn les bains, marche alors avec deux cannes anglaises

Gastroskopie + coloscopie : normales

Embolie pulmonaire + TACFA+ état confusionnel

- 1998 gastrite + troubles du transit : nouvelle coloscopie qui retrouve un adénocarcinome et des polypes nécessitant une hémicolectomie droite.

Dans les suites de cette intervention, alors qu'elle était en convalescence chez son fils, Mme F. était très agressive. Lorsqu'elle a pris conscience de ce changement de caractère, elle s'est excusée auprès des membres de sa famille. La notion de cancer ne l'a pas déstabilisée ni inquiétée. Les nombreux contrôles pour le surveillance ne l'« abattent » pas. Pourtant les retours à domicile étaient épiques : pour se déplacer elle disposait des chaises en travers du chemin et allait de l'une à l'autre en se maintenant sur ces chaises. « J'étais courageuse et battante ».

Le jour de l'entretien :

Mme F. me reçoit dans la cuisine qui est aussi la pièce de vie, elle est vêtue d'une robe tablier et vient juste de terminer sa sieste quotidienne. Mme F. a une « petite mine » mais se soumet volontiers à cet entretien et s'investit beaucoup dans ses réponses. L'évaluation de sa dépression sur l'échelle de Hamilton donne un score de 4. Le mini questionnaire indique que Mme F. est fatiguée, se sent seule, elle aurait envie de faire plus de choses mais elle a pris conscience des ses limites.

Au niveau des plaintes somatiques, on remarque qu'elle se sent fatiguée malgré sa sieste quotidienne et l'aide apportée par sa femme de ménage (une fois par semaine). Elle ne se sent plus le courage de jardiner, elle soupire fréquemment « parce que j'en ai marre d'être comme ça ». Sa maison est adaptée à l'altération de sa mobilité. Son fils lui a fixé plusieurs rampes à des endroits stratégiques afin de faciliter la vie de sa maman ; installation du chauffage électrique. Elle peut ainsi faire bénéficier à son fils du charbon qu'elle obtient gratuitement (son mari ayant été mineur).

Mme F. est bien entourée par ses enfants. Elle s'entend très bien avec son fils Jacky. Il l'a d'ailleurs accueilli plusieurs fois chez lui pendant ses convalescences, surtout après l'intervention sur son cancer colique. Mais Mme F. a souhaité rentrer chez elle rapidement car elle a toujours peur de déranger et craint d'être une charge trop importante pour son fils. En temps normal, Jacky vient tous les dimanches rendre visite à sa mère et lui téléphone régulièrement dans la semaine. Mais, depuis quelques semaines, Jacky n'est subitement plus venu voir sa mère, sans motif évident. Cette situation a beaucoup affecté Mme F., une telle incompréhension et ce manque de communication ont fait plonger Mme F. dans un état dépressif avec pleurs fréquents, elle a même refusé catégoriquement de prendre son traitement quotidien pendant quelques jours. Puis, la situation s'est spontanément améliorée aussi rapidement qu'elle était survenue. Mme F. parle de cet épisode avec beaucoup d'émotion.

Josiane, sa fille adoptive vit à Metz, elle est divorcée et a trois enfants dont Nadia qui est très importante pour Mme F. En effet, c'est pratiquement elle qui l'a élevée, et Nadia le lui rend bien. Elle téléphone tous les jours, lui rend visite tous les quinze jours. Elles sont très proches, Mme F. se sent utile et de bon conseil pour Nadia et cela semble donner un sens à sa vie.

Mme F. a de bons rapports de voisinage ; elle rend visite une fois par semaine à son voisin direct et discute souvent avec l'autre voisine au fond du jardin.

La problématique de Mme F. est celle d'une femme qui a voué sa vie aux autres et en particulier a adopté deux enfants et en a élevé d'autres.

Or elle explique très bien qu'elle n'acceptera jamais d'être une charge pour l'un d'entre eux. Cependant les handicaps se sont succédés et parfois compliqués d'un état confusionnel, notamment à la suite de l'intervention digestive pour cancer colique, état confusionnel qu'elle refuse de reconnaître et d'en parler. En effet elle a passé deux mois chez son fils uniquement dans l'optique de rentrer chez elle. Le refus d'évoquer cet état confusionnel c'est le refus d'évoquer une dépendance psychique qui la terrorise. La dépendance physique est conséquente mais elle fait preuve d'une volonté farouche pour la surmonter. Une dispute avec son fils va être le facteur déclenchant d'un état dépressif réactionnel avec résignation, pleurs et désir de mort.

L'arrêt de son traitement pendant 24h noté par son médecin traitant appelé en urgence est pour lui l'équivalent d'un passage à l'acte suicidaire et a motivé la mise sous Prozac[®]. Mme F. désire une mort brutale pour ne pas être un poids pour les autres, elle évoque d'ailleurs ses pathologies en disant qu'elle aurait dû mourir cette fois là ! On peut dire que sa générosité va jusqu'à la mort.

3.3.2. Mme G. Angèle née en 1923

Mini Cotation de la dépression le jour de l'entretien :

- Etes vous heureuse, bien la plupart du temps ? non
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? non
- Vous sentez vous découragée, triste ? oui
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? non
- Vous sentez vous fatiguée ? oui
- Vos ennuis de santé sont ils insurmontables ? oui

Echelle de Hamilton

(Chaque item doit être coté de 0 à 4 en se référant au guide de cotation en annexe)

1-Humeur dépressive :	1
2-Sentiment de culpabilité :	0
3-Suicide :	0
4-Insomnie du début de nuit :	1
5-Insomnie du milieu de nuit :	0
6-Insomnie du matin :	2
7-Travail et activité :	4
8-Ralentissement :	0
9-Agitation :	0
10-Anxiété psychique :	0
11-Anxiété somatique :	2
12-Symptômes somatiques gastro-intestinaux :	0
13-Symptômes somatiques généraux :	0
14-Symptômes génitaux :	0
15-Hypochondrie :	2
16-Perte de poids :	0
17-Prise de conscience :	0
TOTAL :	12

Mme G. Angèle est née le 30 décembre 1923, vit à Solgne (15 Km de Metz) dans une maison relativement récente, possédant toutes les commodités nécessaires. Son mari était militaire. Mr G. est décédé d'une longue maladie en 1987. Ils ont eu ensemble 4 garçons, trois sont mariés et vivent à Nancy, Borny (banlieue de Metz) et Bouzonville (20 Km de

Metz). Le quatrième fils a vécu jusqu'à l'âge de 43 ans avec sa mère mais vit désormais avec son amie (divorcée avec enfants) dans une maison qu'il a construite et qui jouxte celle de sa mère. Depuis Mme G. vit seule dans la maison après avoir vu partir à 9 mois d'intervalle sa maman et son mari, alors que la maison venait d'être aménagée pour accueillir ses deux malades. La perte de ces deux êtres chers a été difficile, et c'est depuis qu'elle a commencé à présenter ses problèmes respiratoires.

Au cours de leur vie, les G. ont été amenés - de par la profession de militaire de Monsieur - à déménager à plusieurs reprises. C'est ainsi qu'ils ont vécu à Verdun pendant 14 ans, Uckange pendant 10 ans puis enfin à Solgne pour la retraite où ils ont construit leur maison.

Les antécédents médicaux de Mme G. :

Evoquons maintenant la vie de Mme G. à partir du moment où son mari est décédé, car c'est à ce moment que les problèmes de santé se sont accumulés.

Mme G. présente essentiellement et de longue date des problèmes cardiaques (angor, hypertension artérielle) et plus invalidants, des problèmes respiratoires à type de B.P.C.O post tabagique, séquelles de tuberculose pulmonaire.

Ceci s'exprime dans la vie quotidienne par une toux spasmodique permanente, dyspnée au moindre effort, des surinfections bronchiques de plus en plus fréquentes. Son état nécessite des hospitalisations de plus en plus rapprochées avec récemment oxygénothérapie à domicile.

L'altération de la fonction respiratoire s'est faite progressivement avec de temporaires améliorations dans les suites de cures thermales (Gréoux les bains, Amélie les bains Schirmeck) que Mme G. attendait avec impatience. En effet, celles ci étaient l'occasion, accompagnée de sa cousine, de joindre l'utile à l'agréable, l'alternance de sorties gastronomiques avec les soins permettait d'oublier les soucis. Ce changement d'atmosphère, « ça faisait du bien ».

Mme G. a présenté également des problèmes rhumatologiques avec une rhizarthrose du pouce, coxarthrose avec mise en place en 1992 d'une prothèse totale de hanche gauche ; la rééducation fut difficile et douloureuse ; nodule thyroïdien dont le bilan a été réalisé à l'hôpital Sainte Blandine, cataracte de l'œil droit opérée en 1998.

Malgré cette accumulation de pathologies plus ou moins invalidantes, Mme G. gardait le moral et s'adaptait à la situation.

La vie quotidienne :

Les tâches quotidiennes lui deviennent de plus en plus pénibles du fait de l'importance de l'insuffisance respiratoire. Mme G. ne fait plus ses courses : « je manque d'air » et ce sont ses fils qui la réapprovisionnent régulièrement. La confection des repas est encore assurée par Mme G. ; quant au ménage, ils est réalisé par une aide ménagère quatre fois par semaine, personne avec qui les relations sont agréables mais non confidentielles.

Mme G. entretient de bonnes relations avec sa famille c'est à dire ses quatre fils, ils se voient ou se téléphonent au moins une fois par semaine. Mais la relation avec une de ses belle filles s'est subitement dégradée suite à une réflexion qu'elle lui a faite devant l'altération de sa fonction respiratoire : « de toute façon vous n'avez plus que quelques mois à vivre ». Cet épisode a beaucoup peiné Mme G. qui accuse difficilement le coup, pleure souvent mais semble lui en vouloir d'avoir peut être exprimé une réalité qu'elle même ne peut s'avouer.

Mis à part ses fils, Mme G. garde contact avec sa cousine par alliance avec qui elle est allée en cure mais qui depuis quelque temps remet systématiquement à un autre moment ses visites, elle voit également sa petite fille qui lui rend visite de temps en temps accompagnée de ses propres enfants. Mme G. va d'ailleurs être à nouveau arrière grand-mère, ce qui la comble de joie.

Quant au voisinage direct, Mme G reste distante et ne souhaite pas a priori tisser de nouvelles relations. Elle a bien une connaissance un peu plus haut dans la rue mais ne peut s'y rendre à cause de sa dyspnée. Sinon le reste de ses contacts se résume en la visite de son médecin traitant qu'elle attend tous les mois et avec qui elle parle beaucoup sans toutefois s'étendre sur des sujets trop personnels.

La « mini cotation » montre 3 oui et 3 non. La patiente exprime une souffrance morale importante vécue comme une dépression réactionnelle à l'impossibilité de faire. Elle garde des envies mais se sent limitée par le handicap respiratoire. Tant qu'elle n'a pas été bloquée au domicile par l'insuffisance respiratoire, l'évasion permettait de surmonter et sublimer douleurs et limitations. Elle cherche dans ses relations familiales un soutien qu'elle ne trouve pas (peu de visites chez elle) car c'est elle qui doit se rendre dans sa famille mais a de plus en plus de mal à le faire.

Cette patiente s'est occupée de sa mère jusqu'au dernier moment (cancer de la vessie) et de son mari (cancer de prostate) tous deux décédés à domicile. Elle sait que personne ne s'occupera d'elle comme elle l'a fait pour les autres (elle a 4 garçons et ses relations avec sa belle fille sont tendues). Son système de défense psychologique est de ne pas évoquer sa propre fin de vie. Elle souffre clairement de solitude malgré le « passage » journalier de son fils. Le médecin traitant explique l'apparition d'un état dépressif parallèlement à la

dépendance respiratoire, bloquant la patiente chez elle sans possibilité d'évasion. L'évolution actuelle est celle de la mise sous O2 à domicile acceptée par Mme G. car cela va lui permettre de rester chez elle mais va encore restreindre sa déambulation à la longueur du tuyau.

Devant l'importance de la pathologie respiratoire, la mise sous antidépresseur évoquée par son médecin traitant a sans arrêt été reportée. Le profil optimiste de Mme G. lui a toujours permis jusqu'à maintenant de trouver des solutions (coiffeur à domicile, adaptation machine à laver à l'étage) mais son discours est désormais de plus en plus résigné. Seule cette farouche envie de vivre chez elle lui donne les forces de continuer à se battre, mais elle présente réellement une dépression réactionnelle à son handicap. Son médecin traitant a fini par prescrire Zoloft®.

3.3.3. Mme H. Rose née en 1914

Mini cotation de la dépression avant l'entretien

- Etes vous heureuse, bien la plupart du temps ? non
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? non
- Vous sentez vous découragée, triste ? oui
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui
- Vous sentez vous fatiguée ? oui
- Vos ennuis de santé sont ils insurmontables ? oui

Echelle de Hamilton :

(Chaque item doit être coté de 0 à 4 en se référant au guide de cotation en annexe)

1-Humeur dépressive :	2
2-Sentiment de culpabilité :	0
3-Suicide :	0
4-Insomnie du début de nuit :	0
5-Insomnie du milieu de nuit :	0
6-Insomnie du matin :	2
7-Travail et activité :	4
8-Ralentissement :	1
9-Agitation :	0
10-Anxiété psychique :	0
11-Anxiété somatique :	2
12-Symptômes somatiques gastro-intestinaux : ..	1
13-Symptômes somatiques généraux :	1
14-Symptômes génitaux :	0
15-Hypochondrie :	2
16-Perte de poids :	0
17-Prise de conscience :	0
TOTAL :	15

Mme Rose H. est née en 1914 à Vatimont. C'est, entourée de ses trois frères et de sa sœur qu'elle a passé une enfance et une adolescence sans particularité. Puis, elle s'est mariée et a travaillé avec son époux dans la pépinière qu'ils ont créée et qui existe toujours grâce à l'un des fils. De cette union sont nés quatre enfants : une fille (l'aînée) et trois garçons. La

famille H. a été expulsée pendant la seconde guerre mondiale et a ainsi passé 4 ans dans la Creuse où est né un de leur fils.

Puis Mme H. a perdu à 3 mois d'intervalle sa mère et son mari décédé à l'âge de 58 ans d'un cancer de l'œsophage. La fin de vie de ces deux êtres chers s'est déroulée à domicile et les souvenirs de ces événements douloureux sont encore très présents chez Mme H. Malheureusement la série de deuils qu'a connu Mme H. ne s'arrête pas là puisqu'elle a subi également la perte cruelle d'un de ses fils -il y a 11 ans maintenant-, décédé d'un cancer à l'âge de 38 ans, il était marié et père de 2 filles- ainsi que de tous ses frères et sœurs.

Tous ces deuils ont été plus ou moins bien surmontés grâce à la présence du reste de la famille et plus particulièrement d'un autre fils et de sa belle fille veuve.

Parmi ses autres enfants on note que sa fille est mariée, a deux enfants et vit à Nantes. Les contacts restent téléphoniques. Ses deux autres fils vivent à Vatimont. L'un tient la pépinière avec sa femme et ses trois enfants (G.A.E.C). Il rend visite à sa mère tous les jours, lui allume le feu et vient chercher le journal. Quant aux relations avec son dernier fils, celles-ci sont plus difficiles car le contexte est moins favorable. En effet cet homme est chômeur, vit avec sa femme et ses deux fils, et les problèmes financiers et d'alcool sont au premier plan. Il apparaissait à Mme H. que son fils ne venait la voir que lorsqu'il avait besoin d'argent et elle le lui a fait remarquer. Cette réflexion a détruit les fragiles relations qui existaient puisque le fils dès lors n'a plus jamais rendu visite à sa mère, ni pour les fêtes ni pour son anniversaire (à l'exception d'une visite « administrative » afin d'obtenir une signature de sa mère confirmant qu'il avait bien travaillé avec ses parents, sans salaire officiel, cette pièce étant à fournir au dossier retraite que son fils tente de percevoir désespérément). La rancune de son fils l'a fait énormément souffrir et la mine au plus haut point, d'autant que ce fils incite ses deux propres enfants à avoir la même attitude envers elle. L'un suit son père, l'autre rend de nombreuses visites à sa grand'mère, parfois en cachette. Cela est d'un grand réconfort pour cette mamie qui peut ainsi avoir des nouvelles.

Mme H. ne décrit pendant l'entretien que les décès et les événements négatifs mais n'évoque à aucun moment les mariages et les naissances qui ponctuent sa vie. La vie quotidienne de Mme H. est sans grande particularité et n'est plus vécue avec beaucoup d'exaltation. Elle réside dans la grande maison familiale, une maison de 10 pièces, mais elle n'occupe qu'une grande pièce où elle reste toute la journée, dort et fait sa toilette à un lavabo. Dans cette pièce –chauffée au bois – aux papiers peints défraîchis, sont regroupés tous les souvenirs d'une vie. Les photos vieilles en noir et blanc alternent avec des photos plus récentes et les bibelots.

Le commerçant ambulant permet le réapprovisionnement, elle confectionne ses repas elle même, fait un peu de ménage. Ses loisirs se résument à la radio qu'elle écoute beaucoup et la télévision qu'elle regarde entre midi et en début de soirée. Elle n'a pratiquement plus d'activité manuelle. Elle a beaucoup tricoté dans sa vie mais « avec l'arthrose c'est devenu impossible ».

Les différentes étapes de la polypathologie et les répercussions psychologiques.

Mme H. a vécu dans sa vie de nombreux problèmes de santé. Passons rapidement sur une pleurésie purulente à 20 ans, hernie hiatale avec reflux gastro-oesophagien, cure de prolapsus avec hystérectomie à 65 ans, terrain hypertensif avec bilan cardio-vasculaire découvrant une ischémie modérée asymptomatique.

En 1981, à 67 ans découverte d'un cancer du rectum situé à 6 cm de la marge anale et nécessitant une amputation abdomino-périnéale du rectum avec mise en place d'un anus iliaque gauche définitif. L'atteinte de la séreuse avait assombri le pronostic vital. Mme H. garde un souvenir très précis de cette intervention et des jours qui ont suivi avec en particulier les difficultés liées à la stomie. Les premières poches n'étaient pas adaptées, se décollaient facilement et les fuites étaient fréquentes. « Combien de fois j'ai dû changer mon lit ! ». Mais avec le recul, Mme H. s'est adaptée rapidement au maniement des poches et à la rigueur nécessaire afin de mener une vie normale. Mme H. a repris très vite ses activités professionnelles en adaptant ses sous-vêtements à la situation : « on s'habille comme on peut » ; « j'avais l'air d'une femme enceinte c'est tout ... ».

* 1988, devant des douleurs importantes provoquées par un hallux valgus et surtout l'impossibilité de se chausser, Mme H. bénéficie d'une arthrodèse métatarso-phalangienne gauche. Le soulagement a été rapide. A ce jour, le pied droit est atteint mais Mme H. ne se sent pas le courage de se faire opérer l'autre pied : « ce n'est plus la peine car je ne marche plus guère »

* 1989, alors qu'elle s'est bien adaptée à sa stomie, Mme H. présente des douleurs sacro-coccygiennes. L'échographie réalisée montre une volumineuse masse abcédée. Une excision de l'abcès périnéal a permis de retirer 1 litre de pus. Cette abcédation était secondaire à la vacuité du petit bassin. Cet événement a été traumatisant pour Mme H. car le vécu a été pénible. Elle ne pouvait plus s'asseoir : « j'avais une bouée. Je l'utilise toujours car ça dépasse toujours quand même. ».

* 1991, majoration d'un pollakiurie qui devient invalidante : il s'agit d'une cystocèle de grade II. La patiente ne peut uriner que debout en exerçant une pression sur sa hernie

périnéale. Le bilan uro-dynamique a été réalisé en prévision d'une intervention chirurgicale mais celle-ci n'a jamais eu lieu.

* En 1994, ostéoporose avec effondrement somatique antérieur de T12, affaissement dégénératif des derniers disques lombaires ; début de coxarthrose.

Une intervention sur canal carpien lui a permis de poursuivre ses quelques activités.

* En 1997 Intervention sur cataracte de l'œil gauche sous anesthésie locale.

Le cas de Mme H. est celui d'une patiente qui assume ses handicaps physiques (anus artificiel) mais s'est isolée socialement avec pour soutien important l'encadrement familial qui va se restreindre au fil des deuils (mari, fils) et va trouver son apogée dans le rejet de son dernier fils. En tant que mère elle a essayé de faire la morale à ce fils alcoolique et s'est trouvée rejetée. Sa seule fille est loin et les contacts épisodiques. Au fond d'elle même elle connaît l'importance de son handicap et sait qu'un rien l'empêchera de rester à domicile. Toutes ces souffrances l'ont rendue un peu revêche, acariâtre, elle a peur de ne plus pouvoir s'assumer, l'ont rendue agressive. Son espace dans son immense maison se réduit de plus en plus (2 pièces / 10) et son entourage humain se résume désormais à un fils sur 5 enfants et les petits enfants. L'alternance de pleurs, d'appels à l'aide formulés auprès de son médecin traitant contraste avec l'attitude agressive avec son fils. On sent qu'elle verbalise une haine contre l'injustice qui a touché sa famille et son corps dans sa chair. Nombreux sont les deuils qui n'ont pas été acceptés. On sent qu'il ne faudrait pas grand chose pour passer à l'acte suicidaire, ou laisser évoluer une pathologie (bronchite), alors qu'elle reste méticuleuse dans la surveillance de ses selles et dans le changement des ses poches. Lorsqu'on évoque la mort elle ne cesse d'évoquer celle de ses proches mais jamais la sienne.

Mme H. a surmonté de façon surprenante toutes ses pathologies, ce sont ses ennuis familiaux que la minent. Pour l'aider dans la vie quotidienne son médecin traitant lui a prescrit Prozac°.

3.3.4. Mme Hélène P. née en 1921.

Mini cotation de la dépression avant l'entretien :

- Etes vous heureuse, bien la plupart du temps ? non
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? non
- Vous sentez vous découragée, triste ? oui
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui
- Vous sentez vous fatiguée ? non
- Vos ennuis de santé sont ils insurmontables ? oui

Echelle de Hamilton

(Chaque item doit être coté de 0 à 4 en se référant au guide de cotation en annexe)

1-Humeur dépressive :	1
2-Sentiment de culpabilité :	0
3-Suicide :	2
4-Insomnie du début de nuit :	1
5-Insomnie du milieu de nuit :	2
6-Insomnie du matin :	1
7-Travail et activité :	1
8-Ralentissement :	0
9-Agitation :	0
10-Anxiété psychique :	2
11-Anxiété somatique :	1
12-Symptômes somatiques gastro-intestinaux :	0
13-Symptômes somatiques généraux :	1
14-Symptômes génitaux :	0
15-Hypochondrie :	2
16-Perte de poids :	0
17-Prise de conscience :	0
TOTAL :	14

Mme P. Hélène est née le 24 Mai 1921, elle vit à Ancerville au pied du Château. Mariée à 32 ans, elle a toujours vécu dans cette grande maison. Les P. ont eu deux enfants, un garçon et une fille, tous deux mariés, et trois petits enfants.

Le mari de Mme P. est décédé en 1988 après une longue maladie (démence vasculaire) provoquant une désorientation importante en fin de vie. Mme P. s'est occupée de lui jusqu'au bout au domicile.

Mme P. vit donc seule dans cette grande maison dont l'aménagement est simple mais bénéficie de toutes les commodités nécessaires. On est surpris lorsque l'on pénètre dans la pièce principale par la présence de-ci de-là de jouets d'enfants en bas âge. Ceci s'explique par le fait que Mme P. garde régulièrement l'un de ses petits-fils lorsque sa maman travaille « du matin ». Il dort donc chez sa mamie. « C'est du travail, mais c'est également une grande joie. »

Paradoxalement, on sent Mme P. triste ce jour, son médecin traitant l'a vue plusieurs fois pleurer ces derniers temps. Lorsqu'on évoque ce fait, on apprend que la petite fille de Mme P. va bientôt s'éloigner d'elle pour suivre ses études (elle n'a pas été acceptée à Nancy).

Elles sont très proches l'une de l'autre, et cette séparation semble traumatiser la grand mère. La jeune fille venait manger tous les dimanches soirs avec ses parents.

Un autre événement la marque, en effet, elle est impliquée dans un conflit de voisinage qui naît d'une mauvaise répartition de champs. Un manque de communication entre les deux partis ayant engendré menaces et vengeance avec pour conséquence chez Mme P. anxiété et insomnie qui la pousse à se barricader chez elle lorsqu'elle a peur d'une réaction violente de son voisin (ceci dure depuis des mois).

Histoire de ses pathologies :

Le premier problème de santé notable s'est produit en 1944 lors d'un bombardement de l'armée allemande -Mme P. encore célibataire- veut se rendre chez sa sœur pour lui apporter de la nourriture, lorsqu'elle a été victime d'un bombardement provoquant une fracture T11-T12. Elle a été immobilisée par un corset plâtré pendant une longue période. Dans les suites, et à plusieurs reprises, les douleurs ont justifié plusieurs infiltrations.

On note une hypertension artérielle souvent décompensée par oedèmes pulmonaires

Intervention en 1975 pour cystocèle et hystérectomie pour fibrome

Ulcères de jambes chroniques sur artérite nécessitant constamment des soins locaux.

Mme P. a présenté également une coxarthrose très invalidante pour laquelle elle a bénéficié de la pose d'une prothèse totale de hanche dont l'évolution a été relativement favorable après rééducation et utilisation d'une canne.

En 1999, suite à une chute, Mme P. a été hospitalisée pour une fracture humérale. Cette hospitalisation a surtout été marquée par un important épisode de désorientation avec perte de son indépendance qui a incité Mme P. à suivre, après sa rééducation un séjour de convalescence à Charleville sous bois. Cette rééducation du syndrome post-chute a permis d'atténuer son appréhension à la marche, et lui a restitué son autonomie. C'est depuis cette période qu'elle possède la télé-alarme. Malgré tout, on note une deuxième chute, nocturne

cette fois (alors quelle avait posé sa télé-alarme sur la table), qui l'a maintenue au sol trois heures environ. Il y a donc eu une nouvelle hospitalisation puis transfert dans un service de moyen séjour où elle était entourée de déments et cela l'a beaucoup perturbée. Le reste de ses problèmes de santé consiste en une intervention pour cataracte (bilatérale) lui permettant de maintenir une certaine autonomie, une phlébite du membre inférieur droit en 2000 et une colite pseudo-membraneuse en 2002.

Dans sa vie quotidienne, Mme P. se débrouille seule, confectionne, seule, ses repas et assure la gestion de ses médicaments. Sa fille lui fait ses courses, une aide ménagère l'entretien courant et une infirmière vient deux fois par semaine pour une toilette complète. Mme P. se déplace peu chez ses amis et voisins. Ce sont plutôt eux qui lui rendent visite une fois par semaine.

Le jour de l'entretien, on sent une émotion à fleur de peau, avec des pleurs faciles, des doutes sur l'atténuation de son handicap physique dans le temps, elle qui s'est toujours sortie de situations critiques, elle se sent aujourd'hui découragée. Elle reconnaît avoir eu une vie bien remplie : « j'ai bien travaillé » mais c'est le départ proche de sa petite fille qui la mine, elle a peur de perdre le tête comme une fois par le passé. C'est alors qu'elle devient très fataliste et évoque la mort en avouant la souhaiter subite. Mais ces propos sont aussitôt contrebalancés par la joie de se sentir utile pour son petit fils.

L'histoire de Mme P. est dominée par un sentiment d'abandon et de peur de la perte d'autonomie. C'est en fait son expérience hospitalière qui l'a déstabilisée lors de son contact avec des personnes âgées démentes, qui lui a donné une image angoissante d'un possible devenir, mais c'est surtout le sentiment de solitude et d'abandon par l'éloignement de sa petite fille (qui est adulte) sur qui elle avait investi et avait imaginé dans son inconscient un soutien et une présence. Sa solitude est angoissante du fait des problèmes de voisinage. Paradoxalement, elle n'est pas seule puisqu'elle s'occupe de son petit fils (enfant). Mais elle est obligée d'assumer un rôle sécurisant alors qu'elle demande elle, à être sécurisée. Elle ne peut exprimer à sa famille cette contradiction, ainsi, la peur de perdre la garde de son petit fils (et par là même ses contacts avec les parents) lui fait accepter cette situation dont elle souffre car elle ne se sent pas physiquement apte à assumer cette charge. Du Zolof[®] a été introduit pour tenter de l'aider à surmonter cette période de doute.

3.3.5. Mme Martine T. née en 1912

Mini cotation de la dépression

- Etes vous heureuse, bien la plupart du temps ? oui
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui
- Vous sentez vous découragée, triste ? oui
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? non
- Vous sentez vous fatiguée ? oui
- Vos ennuis de santé sont ils insurmontables ? non

Echelle de Hamilton

1- Humeur dépressive :	1
2- Sentiment de culpabilité :	0
3- Suicide :	0
4- Insomnie du début de nuit :	0
5- Insomnie du milieu de nuit :	1
6- Insomnie du matin :	0
7- Travail et activité :	1
8- Ralentissement :	0
9- Agitation :	0
10- Anxiété psychique :	1
11- Anxiété somatique :	2
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux :	0
13- Symptômes somatiques généraux :	2
14- Symptômes génitaux :	0
15- Hypochondrie :	2
16- Perte de poids :	0
17- Prise de conscience :	1
TOTAL :	11

Mme T est née en 1912 à Arraincourt, village dans lequel elle a vécu toute sa vie. Elle s'est mariée et a eu trois filles dont deux vivent à plus de 30 Km de chez elle et une vit dans le centre de la France. Elle a trois petits enfants dont une petite fille vivant dans le village. Son mari est décédé il y a trois ans d'une longue maladie qui l'avait lourdement handicapé. Elle s'est occupée de lui au domicile jusqu'à la fin.

Le jour de l'entretien, Mme T. est tout à fait bien orientée, souriante, entourée de quelques membres de sa famille. Nous nous isolons et évoquons avec elle son quotidien.

Mme T. se sent fatiguée malgré l'aide ménagère qui lui fait l'entretien courant. Elle tient à confectionner ses repas toute seule, fait la sieste tous les jours. Pour les courses, elle bénéficie du passage dans le village de l'épicier, du laitier, et du boulanger sans quoi elle dépendrait trop des autres, ayant du mal à se déplacer. Mme T. ne s'ennuie pas, elle s'occupe en lisant des magazines, en regardant la télévision, elle se tient d'ailleurs informée des actualités dans le monde. Ce qui nous frappe d'emblée c'est le nombre de soupirs qui émaillent ou ponctuent son discours.

Sinon, elle a de nombreuses visites, et reste rarement seule pendant une longue période. Ses filles l'entourent beaucoup ; elles alternent leur visite. Elle est également souvent conviée chez sa troisième fille. Ce qui l'occupe beaucoup aussi c'est la garde de sa petite fille qu'elle assure de temps en temps. Elle en est heureuse même si cela l'angoisse parfois. Mme T. va également à la messe une fois par mois.

En dehors de son asthénie Mme T. présentait de nombreux soupirs, ainsi qu'une dyspnée, dont elle se plaint. C'est cet essoufflement qui va nécessiter un bilan complet cardio-vasculaire et pulmonaire dont les résultats sont satisfaisants.

Les antécédents médicaux.

Ses antécédents médicaux sont marqués par une HTA et une artérite de stade II avec des lésions athéromateuses diffuses évoluées avec une nette perturbation hémodynamique à partir des artères fémorales superficielles. Son périmètre de marche est nettement amputé (réduit à 20 mètres). Ces douleurs à la marche la handicapent.

Par ailleurs Mme T. présente une polykystose hépatique et rénale avec une atrophie rénale droite nécessitant une surveillance fréquente. Se sachant porteuse de cette atteinte Mme T. s'inquiète dès lors que surviennent une nouvelle douleur ou un nouveau symptôme.

Une discarthrose très évoluée en L4 L5 provoque également une sciatalgie G avec des douleurs nocturnes se surajoutant aux douleurs diurnes de son artérite.

Sa dyspnée a fait l'objet de plusieurs bilans qui n'ont pas mis en évidence d'origine cardiaque ni pulmonaire. On note cependant que cette dyspnée est apparue au décès de son mari, et s'est pratiquement atténuée après la mise sous anti-dépresseur, mais reste présente le jour de notre entretien.

En dehors de ses problèmes de santé, Mme T. évoque les moments difficiles de sa vie, non pas spontanément mais seulement lorsqu'on l'y invite. Elle parle avec émotion de la perte de son garçon à l'âge de 16 mois pendant la guerre (après de nombreuses crises de

convulsions) alors qu'elle n'avait pas mentionné son fils au début de l'entretien lorsqu'on avait abordé le nombre d'enfants. De même l'expulsion subie pendant la guerre et le décès de son mari semblent avoir été « bien vécus ». C'est dire qu'elle semble avoir pris du recul par rapport à ces événements, qu'ils ne semblent pas resurgir du passé de façon fréquente. C'est en tous les cas le sentiment que l'on a lorsqu'on discute avec elle.

Cependant l'émotion va naître à l'évocation du décès de son mari qu'elle a découvert en détresse respiratoire un matin à côté d'elle dans son lit. D'un seul coup, il nous paraît évident et caricatural que la dyspnée dont elle se plaint et les soupirs incessants sont l'image permanente du décès de son époux insuffisant respiratoire. Il s'agit bien d'un symptôme témoignant d'une dépression réactionnelle au décès de son époux il y a trois ans.

Ce cas clinique se rapproche beaucoup plus d'un état dépressif réactionnel **classique** avec symptomatologie fonctionnelle. Elle a été traitée par Floxyfral^o à doses progressives en raison de sa dyspnée. Cette thérapeutique bien tolérée a été efficace sur la symptomatologie.

4. Commentaires et discussion

4.1. Poids des événements de vie.

Les trois facteurs compliquant le diagnostic de dépression chez le sujet âgé sont la co-morbidité, les troubles cognitifs et le poids des événements de la vie (67). Or c'est bien l'association co-morbidité et poids des événements de vie qui nous intéresse dans notre travail.

La dépression du sujet âgé est souvent secondaire à des événements douloureux de la vie (pertes multiples : travail, productivité, santé, amis, êtres chers et domicile), elle doit toujours être traitée comme une maladie grave, même si elle est en rapport avec des événements douloureux (70), car selon J.P. PELLERIN, les conséquences chez le sujet âgé sont les mêmes, que la dépression soit majeure ou mineure. Par le passé, on parlait de « dépression réactionnelle » pour décrire ces épisodes dépressifs en rapport avec un traumatisme ou une adversité. On sait que la perte du conjoint peut provoquer une dépression. Parmi les 5 cas étudiés, la dépression développée par Mme T. reste fortement liée au récent décès de son mari (moins de trois ans) avec cette solitude qui en découle et qui forme le lit du syndrome dépressif chez elle. Ce cas illustre les 20% des veufs et des veuves âgés présentant des critères de dépression majeure deux mois après la perte de leur conjoint, ce qui reste une réaction normale, le travail de deuil passant par cette étape. C'est la persistance de cet état qui est pathologique. La morbidité et la mortalité sont plus importantes chez les personnes ayant présenté une dépression après la perte d'un proche que celles n'ayant pas présenté de dépression.

Quelques soient les événements douloureux vécus le long de la vie de la personne âgée, les conséquences de toutes ces pertes retrouvées dans la plupart des cas sont la solitude ressentie (solitude subjective car l'entourage est parfois présent) et le manque de soutien social.

La solitude est une plainte très répandue parmi les personnes âgées, mais elle correspond en fait à des situations très diverses. La solitude fait partie du quotidien de ces 5 femmes et est la conséquence des pertes successives qu'elles ont dû vivre. Dans les 5 cas étudiés, il y a bien évidemment la solitude secondaire au décès de l'époux et pour Mme H. la perte d'un fils adulte, perte qui n'a jamais été véritablement atténuée par la présence d'un autre fils, puisqu'il lui a tourné le dos de façon irrémédiable. Ceci est synonyme pour Mme H. de la perte d'un deuxième fils. Cette situation est très cruelle pour Mme H. car ce fils aurait pu à tout moment retourner la situation, il avait les cartes en main pour pratiquement redonner joie de vivre et bonheur à sa mère... Pour Mme G., la solitude est surtout secondaire à son

insuffisance respiratoire ayant nécessité une oxygénothérapie à domicile, donc dépendance physique qui a annulé tout espoir de visite chez son fils, de cure avec sa nièce... . La solitude peut traduire la réaction à la modification des relations sociales dans le sens de leur raréfaction, ou d'un sentiment général d'insatisfaction. La solitude peut être vécue comme la conséquence d'un deuil particulièrement douloureux ou bien comme celle de la somme arithmétique des deuils successifs subis qui raréfient les relations sociales.

D'autre part, le sujet âgé est atteint au plus profond de sa dignité, par la fragilité qu'entraîne la maladie, la perte d'autonomie. En effet, pour Mme F., la peur de représenter une confusion mentale et d'être ainsi un fardeau pour son fils, contribue à ce mal de vivre quelle présente mais qu'elle n'exprime pas directement. On peut s'attendre à voir se déclencher un syndrome dépressif si un incident vient brusquement supprimer un de ces aspects valorisants qui donne au sujet âgé sa raison de vivre.

Il existe des études sur « le poids des événements de la vie ». Ces études sont typiques d'un abord psychosociologique, en particulier du fait de l'isolement, d'une liste limitative d'événements dont la plupart sont justement tirés de la vie sociale et dont le retentissement est considéré, en règle générale comme important. La plupart des études effectuées (39) concluent de façon habituelle et régulière que devant tout syndrome somatique, psychique, ou psychosomatique, il existe un plus grand nombre d'événements précédant le syndrome pathologique que par rapport à celui survenant dans le groupe témoin. Pourtant, ces études sont rares chez le sujet âgé. BRILMAN et ORMEL (7) ont récemment publié des résultats allant dans ce sens. En effet pour eux, « les événements vitaux et les difficultés existentielles favorisent la survenue de toutes formes de décompensations dépressives chez le sujet âgé et la récurrence de celles-ci, même si ce sont des faits de moindre gravité. »

Dans notre étude, un événement qui peut nous apparaître mineur à la vue du vécu de la personne âgée ; un différent avec un fils pour Mme F. et Mme H., un sentiment de solitude exacerbé brutalement pour Mme P. font basculer la personne âgée dans un état dépressif en tout cas vécu comme tel avec pleurs, plaintes auprès du médecin, sentiment de vie achevée, désir de mort. Comme si en regard de toute sa vie et des pathologies médicales et des difficultés sociales surmontées jusque là, cet événement exacerbat un ressenti d'échec. L'impossibilité de lutter contre ce sentiment du fait d'un état de dépendance sociale provoque une bascule brutale verbalisée auprès du médecin généraliste le jour d'une consultation donnée. C'est sans doute cela la notion de **dépression sub-syndromique**. Le problème est qu'au regard de la pathologie rencontrée (polypathologie), il paraît normal pour le médecin que cette patiente « craque », mais nous croyons que chez la personne âgée du fait de ce sentiment profond de vie achevée au regard des souffrances physiques et psychiques

(polypathologie), on ne peut minimiser ce sentiment de mort et de fin. Lorsqu'il est verbalisé en terme de souffrance morale auprès du médecin confident, on sent qu'il s'agit d'un effet « cocotte minute » témoignant d'une abolition des capacités à surmonter une Nième souffrance morale. Or, du fait de la polypathologie, de nouvelles souffrances physiques et morales vont tout à coup survenir et venir amplifier ce sentiment d'échec et ce désir de mort. Ce qui explique bien un risque suicidaire important, certainement pas -à notre sens- par un passage à l'acte mais plutôt par un comportement de démission qui se traduira par une négligence de son traitement, par un refus d'examen complémentaire, par un repli sur soi.

On a donc le sentiment que le poids des événements de vie est venu épuiser un « stock » de force de vie et que l'on atteint un seuil de rupture, on se rapproche de l'idée de sujet âgé fragile. C'est dans la relation médecin-malade que le médecin généraliste va devoir dépasser la compassion pour ouvrir son regard et comprendre cet état dépressif. Ce n'est pas une simple crise anxieuse mais bien un raptus à haut risque. On peut se demander, bien qu'on n'en ait pas le sentiment, si le dernier événement traumatique- dispute avec son fils pour Mme F. et Mme H., prise de conscience de sa dépendance respiratoire donc sociale pour Mme G., exacerbation de son sentiment de solitude pour Mme P. - soit un rappel d'un ou de plusieurs événements traumatisants antérieurs. Mais le lien n'est pas fait par la patiente dans sa description des événements. Seul pour Mme T. le fait d'avoir expliqué que cet essoufflement à type de soupirs permanents était en lien direct avec la mort de son mari a été verbalisé, accepté et a permis de le tolérer. On peut parler donc du poids des événements de vie mais aussi de l'épuisement progressif des capacités de survie. On ne peut négliger le vécu au regard du réactionnel. Les capacités de transcender et de surmonter se sont épuisées au regard d'une vie émaillée de souffrance.

4.2. Chronicisation de la dépression et risque suicidaire.

Le suicide au cours de la vieillesse, comme au cours de l'adolescence (qui sont les deux périodes critiques de la vie sur le plan des bouleversements physiques et émotionnels) devient un problème de santé publique au regard des résultats des nombreuses études réalisées dans le monde sur le nombre de suicides d'une population en fonction de l'âge.

La France n'est pas épargnée, loin de là puisque dans l'étude réalisée par ROUILLON (62), la France apparaît au premier rang pour le taux de suicide des hommes de plus de 75 ans (114/100 000 habitants) et au troisième rang concernant le taux de suicide des femmes de plus de 75 ans (26 / 100 000 habitants). Une autre étude, réalisée en France, en Haute Vienne par MALAUZAT et al. (46) montre que le taux de mortalité par suicide est le plus élevé chez les 75 et plus.

On note cependant que d'après l'étude de NIZARD et DIVONE (52), le nombre de suicides des sujets âgés s'est stabilisé car il faut tenir compte de l'accroissement du nombre de personnes âgées.

Les méthodes violentes (pendaison, arme à feu) sont plus fréquentes en France d'après NIZARD et DIVONE (52). Le lieu du suicide est le domicile dans 60% des cas d'après l'étude de BOURGEOIS (7), et volontiers matinale, les traits dépressifs prédominant –à cet âge- en début de journée (angoisse matinale). Dans notre réflexion, nous avons voulu définir ce syndrome dépressif où l'on ressent une notion d'épuisement. Aucune envie suicidaire n'a été verbalisée. On assiste à la verbalisation d'une souffrance morale et si risque suicidaire il y a, on a l'impression que c'est celui d'un laisser aller à la mort. On peut se poser la question, si la résignation à un placement n'est pas un équivalent suicidaire.

La psychopathologie du suicide du sujet âgé est complexe, mais on retrouve classiquement la notion de solitude secondaire à des pertes multiples, qu'elles soient humaine (décès du conjoint ou d'un proche), organique (dégradation physique, sensorielle), sociale (perte du rôle utile, du pouvoir décisionnel), narcissique (perte de l'estime de soi). On retrouve également la notion d'anxiété occasionnée par la prise de conscience de toutes ces souffrances, de l'inéluctable dégradation physique et psychique et surtout de la mort plus ou moins proche. Selon LEGER (38), il existe « des signaux-symptômes infra cliniques » qui précèdent le passage à l'acte, toute la difficulté étant pour la famille et pour le médecin traitant de les détecter. Dans près de 80% des cas (38), le sujet âgé qui met fin à ses jours a consulté son médecin dans le mois précédant cette tentative, ou a évoqué des douleurs variées. Toujours selon LEGER, les signes d'appel sont : « une recrudescence anxieuse, un ralentissement global, des troubles du sommeil, des altérations perceptibles et des idées négativistes (dévalorisation, culpabilité, persécution). »

Si le taux de suicide du sujet tend à se stabiliser, s'est probablement en partie grâce à la prévention qui se développe de plus en plus. L'Organisation Mondiale de la Santé (22) recommande une grande vigilance par rapport au risque suicidaire au cours des consultations et du suivi des pathologies chroniques et des pathologies psychiatriques surtout chez les veufs et les personnes âgées vivant seules. Dans le cadre de cette prévention, en Suède un programme de formation des médecins généralistes basé sur le dépistage et la prévention des troubles dépressifs a montré l'intérêt et l'importance de l'amélioration des compétences des intervenants concernant la spécificité de la dépression chez la personne âgée. La prévention du suicide passe également par la mise en route d'un traitement efficace par antidépresseur et

des mesures de protection et d'assistance sociale adaptées. L'ultime prévention des risques suicidaires est l'hospitalisation en milieu psychiatrique. En effet, conformément aux propositions de la conférence de consensus sur le risque suicidaire, l'hospitalisation est recommandée si la crise suicidaire est « d'urgence élevée », selon les définitions proposées (accord professionnel).

Il ne faut pas méconnaître une attitude qui n'est pas rare chez le sujet âgé et qui consiste en un état d'opposition se manifestant par un refus de prise de traitement, de prise alimentaire, avec mutisme, prostration qui est un équivalent suicidaire non violent certes mais qui peut entraîner la mort en quelques jours.

4.3. Difficultés de diagnostic, intérêt de traiter.

La particularité de notre étude est de montrer que chez la personne âgée polypathologique il y a souvent déjà eu des phases d'abattement réactionnel mais cette fois-ci, l'évocation du désarroi y inclut un désir « de fin », de mort (verbalisée ou montrée par les actes d'arrêt de traitement) qui doit alerter le médecin traitant. L'isolement social, le questionnement des proches puis la force de conviction du médecin à faire adhérer le patient à un traitement est essentielle à une « bonne » prise en charge de ces patientes isolées en milieu rural.

Dans notre étude aucun passage à l'acte suicidaire n'est à relever dans les 6 mois qui suivent l'entretien mais cela aurait pu être. Le traitement médical s'il ne peut écarter un risque suicidaire est surtout là pour redonner de l'espoir et améliorer la qualité de vie. Espoir de vie qui n'est en fait pas mis en péril par la polypathologie présentée pourtant conséquente. Cependant, c'est la rupture de l'isolement par les « stimulations » de l'entourage, par le médecin traitant et sa présence plus régulière auprès de la patiente qui est peut-être la prévention du risque suicidaire. Cela n'a pas été démontré mais semble ressortir du vécu du médecin traitant. L'histoire de Mme F. débute par un sentiment d'injustice suivi d'un repli sur soi avec désir de mort, les peurs sont nombreuses « de perdre la tête », d'être un poids pour la famille qu'elle s'est créée, le danger venant d'un désir féroce de maintien à domicile ; le placement, la vie chez son fils qui l'a déjà accueillie sont rejetés farouchement et c'est cette détermination qui a alerté le médecin. Mme G. elle, fait part d'emblée de la souffrance due à son isolement du fait de l'oxygénothérapie en continu. Mme H. est elle, irritable voire agressive avant de faire part de ses problèmes familiaux qui durent depuis des mois. Mme P. est anormalement résignée et anxieuse et fait part de sa solitude par rapport aux problèmes de voisinage. Ce sont ces petits éléments d'alerte qui vont amener le généraliste à orienter sa consultation et son interrogatoire sur un mode inhabituel permettant à la patiente de se

confier. Il est certain qu'en trouvant une « oreille » et une « écoute », tout à coup la réaction change et la personne âgée va déverser beaucoup de souffrance morale.

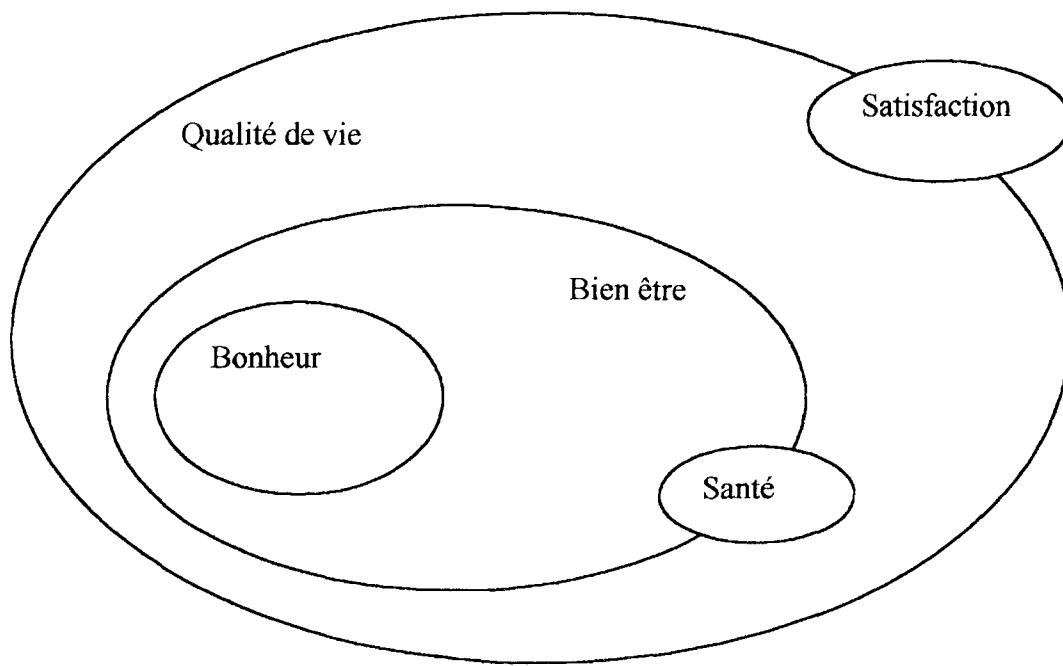
Il faudra réévaluer au cours d'une deuxième visite la profondeur de la souffrance verbalisée et son ressenti avec la tendance au repli sur soi pour parler de dépression. Car il ne faudrait pas que toutes les personnes âgées que l'on amène à se confier soient étiquetées dépressives et à fortiori traitées. Ces quelques exemples qui ne sont pas des dépressions réactionnelles mais plutôt sub-syndromiques (64), SABLE J.A., MONTGOMERY, JP CLEMENT (18) confirment la complexité du diagnostic de dépression chez la personne âgée polypathologique mais aussi confirment la pertinence d'un traitement.

CONCLUSION

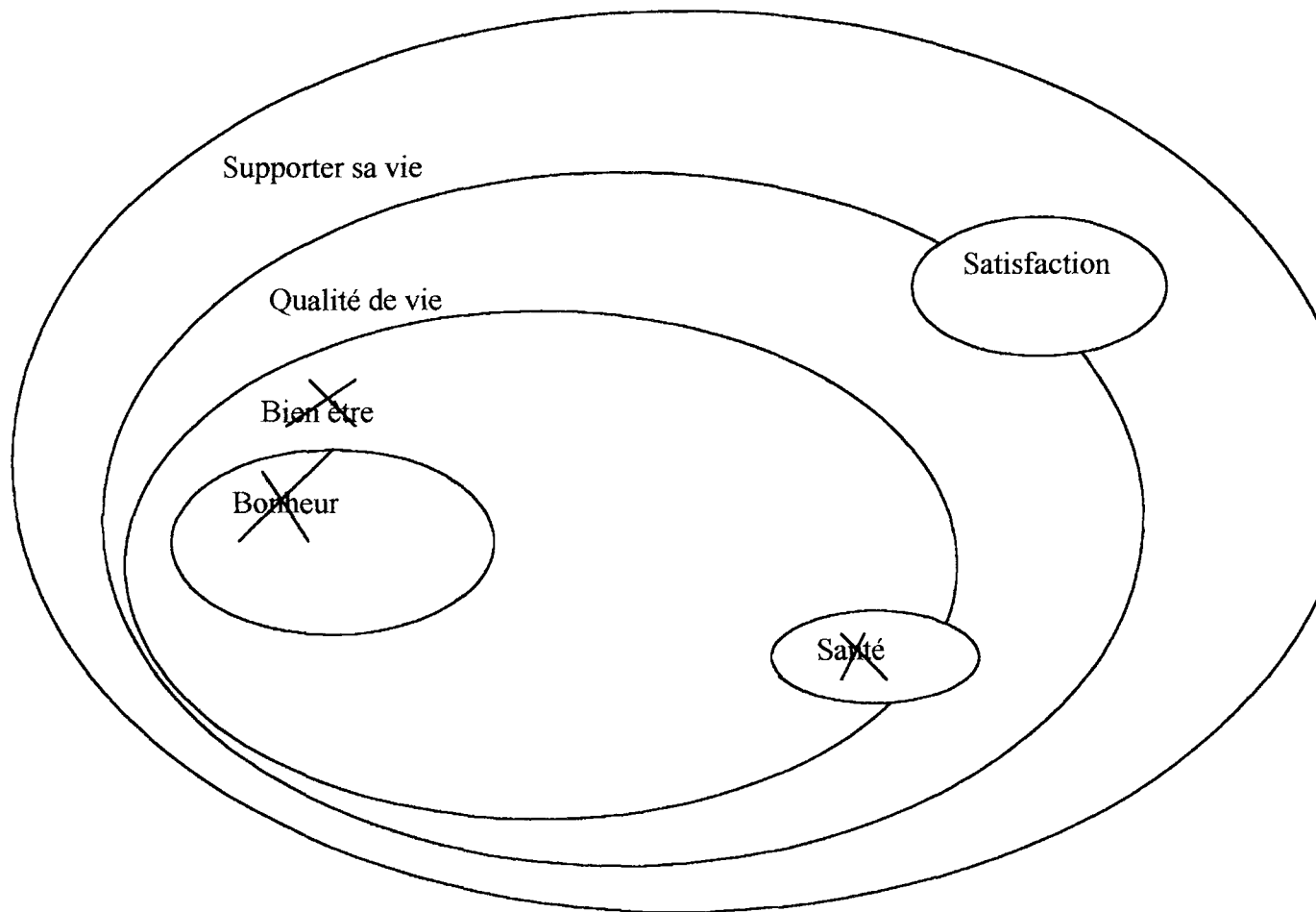
Les facteurs de vie, le poids des événements de vie, associés à la polypathologie créent un état d'anxiété, une fragilité physique et psychologique qui induit inconsciemment un désir de fin. Mais cet état n'est pas verbalisé directement et s'exprime en fait par l'apparition d'un syndrome dépressif plus ou moins conforme aux critères de diagnostic validés. Cette authentique dépression latente, va subitement être exacerbée par l'apparition d'une nouvelle pathologie ou d'un événement a priori mineur (à la vue des antécédents) et qui prend des proportions telles que cette Nième expérience apparaît insurmontable .

L'intérêt de définir et de diagnostiquer cet état dépressif souvent « a minima » ; cette dépression « sub-syndromique » ou « infra-clinique » (si cela peut être discuté en tant que forme séméiologique d'un état dépressif propre à la personne âgée) est qu'il correspond bien à une souffrance morale, une anxiété, source d'altération de la qualité de vie de la personne âgée. Il n'existe pas de véritable définition, ni de cotation « officielle » précise de la qualité de vie, mais c'est une notion qui doit être intégrée dans une évaluation globale clinique. Cette évaluation de la qualité de vie chez les patients déprimés est intéressante pour déterminer les secteurs de qualité de vie les plus dégradés, ce qui permet d'instaurer un traitement plus efficace et de manière plus ciblée sur une symptomatologie grâce à un arsenal thérapeutique de plus en plus varié. Les psychosociologues nous ont appris qu'on ne s'intéresse pas à « la vérité sur la qualité de vie » mais à la « vérité de chacun sur la qualité de la vie ». Il s'agit d'évaluer le niveau de qualité de vie et ce que l'on est en droit d'attendre dans une population de femmes âgées veuves, polypathologiques en milieu rural. Bien sûr aucune étude n'existe, mais notre réflexion à partir de cas cliniques peut participer à sa toute petite mesure à en mieux connaître le cadre conceptuel. Toutefois, on peut se poser la question de savoir ce qu'est la **qualité de vie**. Il est d'ailleurs important de ne pas confondre qualité de vie avec **bien être**, même si le bien être en est une composante importante.

De la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé même si celle-ci en est un facteur important. Le schéma ci-après tiré de « dépression et ... le concept de qualité de vie » (47) illustre les différentes composantes intervenant dans la qualité de vie.



Ainsi en ce qui nous concerne, pour nos personnes âgées polypathologiques, nous avons envie d'étendre la notion de qualité de vie à la notion de supporter sa vie, et c'est tout à coup l'insupportable de ce qui était tolérable qui fait basculer dans la pathologie et la résignation. Cette personne âgée et polypathologique sait qu'elle « n'a plus droit » au bonheur, au bien être, à la santé, elle se satisfait donc de supporter sa vie avec le droit de ne pas souffrir.



La mini GDS avec ses 4 items

- êtes vous heureux, bien, la plupart du temps ?
- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
- Vous sentez vous découragé, triste ?
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?

nous paraît être un excellent outil pour le médecin généraliste. Une fois les symptômes anxieux repérés, ou la souffrance morale verbalisée, oser pour le médecin poser ces quatre questions permet à la personne âgée de s'exprimer et pour le médecin de confirmer (ou d'infirmier) sa première approche. Ces quatre questions font évoluer une consultation habituelle (prise de tension) sur un mode relationnel. Oser poser ces quatre questions est le résultat d'une écoute...

BIBLIOGRAPHIE

- 1 ALEXOPOULOS GS. The depression-executive dysfunction syndrome of late life : *Am J Geriatric Psychiatry* 2001 : 9 (1). 22-9
- 2 American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorders. *Am J. Psychiatry* 2000 ; 157 : 1-45
- 3 ANAES Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé : Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Mai 2002
- 4 ARVEUX I. , FAIVRE G. , LENFANT L. , MANCKOUNDIA P. , MOUREY F. , CAMUS A. , MISCHIS-TROUSSARD C. , PFITZENMEYR P. *La revue de gériatrie*. Tome 27. n°7 Septembre 2002
- 5 AUBIZ V. , CHU de Nice. *Les cahiers de l'âge* 1997. La dépression du sujet âgé. Approche clinique.
- 5* BABIER D. La dépression du sujet âgé. *Presse med.* 24-02-2001/ 30/n°2
- 6 BORTZ WM. , The physics of frailty. *J Am Geriatr. Soc.* 1993 ; 41 : 1004-8
- 7 BOURGEOIS M. : Le suicide chez la personne âgée. Carrefour : *Psychologie et psychopathologie* 1983, 3,49 : 563-567
- 8 BOYER P. DARDENNES R. & al. *Dépression et santé publique. Données et réflexion*. Paris : Masson 1999
- 9 BRILLMAN EI. et ORMEL J. Life events difficulties and onset of depressive episodes in later life . *Psychol. Med.* 2001 ; 31 : 859-69
- 10 BROWN I. , RENWICK R. , RAPHAEL D. Frailty : Contructing a common meaning, definition and conceptual framework. *Inter J of Rehab Res* 1995 : 18 : 93-102
- 11 BUCHNER DM. , WAGNER EH. Preventing frail health. *Clean Geriatr Med* 1992 ; 8 : 1-17
- 12 BURKE WJ. , HOUSTON MJ. , BOUST , ROCCAFORTE WH. : Use of the GDS in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatric Soc.* : 1989, 37, 856, 860, 1989
- 13 BURKE WJ. , ROCCAFORTE WH. , WENGEL : The short form of the Geriatric Depression Scale : A comparison with the 30-items form. *J. Geriatric. Psychiatr. Neurol.* , Vol 4, 173-178, 1991
- 14 CAMPBELL AJ. , BUCHNER DM. , Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age & Ageing* 1997 ; 26 : 315-18
- 15 CIALDELLA Ph. , GUILLAUD-BATAILLE JM. , GAUSSET MF. , TERRA JL., al. Etude sur l'unidimensionnalité de l'échelle de dépression gériatrique de Yesavage et Brik. *Encéphale* 1992 ; 18 : 537-44

- 16 CLEMENT JP. Impact médecine hebdo. N° spécial Septembre 2000 Les masques de la dépression de la personne âgée
- 17 CLEMENT JP. , NASSIF RF. , LEGER JM. , MARCHAN F. , « Development and contribution to the validation of a brief French version of the Yesavage Geriatric Depression Scale” *Encephale* 1997 Mars-Avril ; 23(2) : 91-9
- 18 CLEMENT JP. VIEBAN F. : Les limites du syndrome dépressif chez le sujet âgé : dépressivité, dépression subsyndromique, dysthymie. *La revue de gériatrie*, tome 27, n°6 Juin 2002
- 19 COLE MG. , BELLAVANCE F. , MANSOUR A. Prognosis of depression in elderly community and primary care population : a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999, 156(8) : 1182-9
- 20 Collège National des Enseignant de Gériatrie, Corpus de gériatrie Janvier 2000
- 21 CORRUBLE E. , REYNAUD M. *Impact médecin*. Les traitements de la dépression n° 528. 30 Mars 2001
- 22 DE LEO D., SCHMIDTKE A., DIEKSTRA : Suicide prevention : a holistic approach. *Ed. KLUWER Academic publishers, Dordrecht/Boston/London*, 1998, 243p
- 23 FIRST MB. , FRANCES A. , PINCUS HA. , DSM IV, Diagnostics différentiels traduit par CORRUBLE E. BOUCHEZ S. , ARBABZADEH, GUELFY JM. Paris Masson, 1999 : 239
- 23* FORETTE F. Allocution au troisième colloque Européen de la prévention des risques : «vieillir est d’abord une chance.» Niort Oct. 2000
- 24 FRIED LP. , TANGEL CM. , WALSTON J. et al. Frailty in older adults : evidence for a phenotype. *J Gerontol.* 2001 ; 56A : M 146-M 156.
- 25 GALLO JJ. , RABINS PV. Depression without sadness : Alternative presentations of depression in late life. *Am Family Physician* 1999 ; 60 : 820-6
- 26 GEISELMANN B., BAYER M. Subthreshold depression in elderly : qualitative and quantitative distinction ? *Comp Psychiatry* 2000 ; 41(2suppl) : 32-38
- 27 HAMILTON M. A rating scale for depression. *J Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1960 ; 23 : 56-60
- 28 HAZIF-THOMAS C. , THOMAS Ph. Dépression de la personne âgée : des tableaux cliniques souvent atypiques : *La revue de gériatrie* Tome 23 n°4 Avril 1998
- 29 HERRMANN N. Clinical features and pathogenesis of depression in old age. In SCHULMANN, TOHEN and KUTCHER eds. *Mood disorders across the life span*. WILEY-LISS, 1996 : 344-60

- 30 INSEE Logement, population, emploi. Evolution 1975-1982-1990. Recensement général de la pop, 1990, 1991.
- 31 KAFONEK S. , ETTINGER, ROCA. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatric Soc.* , 37, 29-34, 1989
- 32 KATONA. Depression in old age. WILLEY J. and Sons. CHICHESTER, 11-28, 1994
- 33 KIVELA SL. , Depression and physical and social functioning in old age. *Acta. psychiatr. Scand.* , Supp.377, 73-6, 1994
- 34 KIVELA SL., PAHKELA K. et al. Prevalence of depression in elderly population in Finland. *Acta psychiatr. Scand.*, 78, 401-13, 1988
- 35 KOENIG HG. Dépression du sujet âgé : Traitement des sujets âgés polypathologiques. *Geriatrics- Praticiens et 3° âge.* 1999, 114à120
- 36 LEBEL P. , LEDUC N. , KERGOAT MJ. et al. Un modèle dynamique de fragilité. *L'Année gérontologique* 1999 ; 84-94
- 37 LEGER JM. , Psychogériatre CHU Limoges Article paru dans *l'infirmière en gériatrie* Mars/Avril 1999
- 38 LEGER JM., TESSIER JF., THERME JF. : Le suicide du sujet âgé. *Rev. Prat.* 1997, 37,13 : 731-736
- 39 LEMPERIERE Th. La dépression du sujet âgé. Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression (P.R.I.D) Masson
- 40 LESHER EL., BERRYHILL. JS. Validation of the geriatric depression scale-short form among inpatients. *J. Clin. Psychol.* , Vol. 50, 2, 256-260, 1994
- 41 LICHTENBERG PA., STEINER D.A., MARCOPOULOS B.A., TABSCOTT JA.- Comparison of the Hamilton Depression Rating Scale and the GDS : Detection of the depression in dementia patients. *Psychologic Rep*, 70, 515-521 (1992)
- 42 LÔO H. , GALLARDA T. Troubles dépressifs et personnes âgées. CHU de santé mentale Hôpital St Anne
- 43 LOVESTONE S. , HOWARD R. Depression in elderly people London Martin Dunitz 1996-7
- 44 MAHEUT BOSSER A., PAILLE F., HANESSE B. PENIN F. : Mieux prescrire les antidépresseurs chez les sujets âgés
- 45 MAHONEY J. , DRINKA TY. , ABLER, GUNTER-HUNT G. Et al. Screening for depression : single question versus GDS *J. Am. Geriatric Soc.* , 42, 1006-1008, 1994
- 46 MALAUZAT D., LEGER JM., MERCIER-CONRIER N. Et al. : Etude épidémiologique des conduites suicidaires en Haute Vienne (France) sur douze mois. *Sem. Hop. Paris* 1989, 2873-2877

- 47 MARTIN P. , FERRERI M. *Dépression et ... concept de la qualité de vie* Chapitre 4 p44 Ed. Ardix médical
- 48 MONTGOMERY SA. , ASBERG M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 1979 ; 134 : 382-9
- 49 MOULIAS R., MEAUNE S., PELLERIN J. et al. Commentaires de gériatres sur les recommandations et références médicales. *La revue du généraliste et de la gériatologie* 1998 ; 44 : 6-8
- 50 MURPHY E. The course and the outcome of depression in late life. In : SCHNEIDER LS. , REYNOLDS CF. , LEBOWITZ BD. , et al. Prognosis and treatment of depression in elderly : Results of the NIH Consensus development conference. Washington, DC : *American Psychiatric association* 1994 : 81-98
- 51 N.I.H. Consensus conférence. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*, 268, 1018-1024, 1992
- 52 NIZARD A., DIVONE G., BOURGAIN N. : suicide et mal être social. *Population et société* 1998, 334 : 1-4
- 53 Organisation Mondiale de la santé. Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantage. Manuel de Classification des conséquences des maladies, INSERM, OMS, Paris 1988, 1 vol.
- 54 PELLERIN J. Troubles dépressif du sujet âgé. *Le quotidien du Médecin* n° 6426. Février 1999
- 55 PELLERIN J. , BOUFFIN A. Dépression du sujet âgé. *La revue de Gériatrie* Tome 24 n°5 Mai 1999
- 56 PFITZENMEYER P. , MANIERE D. , CAMUS A. Clinique de la dépression du vieillard. *Le Concours Médical* 1999 121 17
- 57 PFITZENMEYER P., TAVERNIER R., GAUDET M. Chimiothérapie antidépressive chez le sujet âgé : aspect actuel. *Concours médical* 1992, 114, 02 : 103-109
- 58 POWEL C. Frailty : Help or hindrance ? *J R Soc Med* 1997 ; 90 : 23-26
- 59 ROCKWOOD K. , FOX RA. , STOLEE P. , ROBERTSON D. , BEATTIE BL. Frailty in elderly people : an evolving concept. *Can. Med. Soc. J* 1994 ; 150 : 489-95
- 60 ROCKWOOD K. , HOGAN DB. , MAC KNIGHT C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. *Drugs & Aging* 2000 ; 17 : 295-302
- 61 ROLLAND Y., RUMEAU P. , VELLAS B. L'évaluation gériatologique standardisée. *Rev. Gériatrie* 2001 ; 26 : 151-6
- 62 ROUILLON F. : Epidémiologie des troubles mentaux des sujets âgés. *L'information psychiatrique* 1995,71 : 825-828

- 63 RUFFIN JC. , FERRERI M. « Diagramme HARD : un nouvel outil d'évaluation des état dépressif en pratique courante » *Br. J. Clin. Prat.* 1984 ; 2 : 31-37
- 64 SABLE JA. , DUNN LB. , ZISOOK S. Dépression du sujet âgé : Comment la reconnaître et la traiter efficacement ? *Geriatrics-Praticiens et 3^e âge* 2002-81 à 89.
- 65 SALOME N., LEGER JM. Et al. : Les tentatives de suicide des sujets âgés : devenir à un an. *Rev. Gériatrie* 1998,23 ,10 : 875-884
- 66 SCHUCK S. , CHU Rennes *Impact Médecin hebdo* n°428 13 Novembre 1998
- 67 SMALL GW. , Treatment of geriatric depression. *Depression anxiety.* 1998 ; 8 : 32-42
- 68 VELLAS B., GILLETTE-GUYONNET S, NOURHASHEMI F et al. Chutes, fragilité et ostéoporose chez la personne âgée : un problème de santé publique. *Rev. Med . Interne* 2000 ; 21 : 608-13
- 69 WOOD P. , The language of disablement : A glossary relating to diseases and its consequences. *Int. J. Rehab. Res.* 1980 ; 2 : 86-92
- 70 ZISOOK S , DOWNS MS. , Diagnosis and treatment of depression in late life. *J. Clin. Psychiatry* 1998, 59(4) : 80-91
- 71 American Psychiatry association *Diagnosis and statistical manuel of mental disorders* 4th Ed. Washington DC. *American Psychiatry association* 1994

ANNEXES

CRITERES D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (DSM-IV)

Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Note : Ne pas inclure les symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

	OUI	NON
1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par ex. se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par ex. pleure).	☐	☐
2- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).	☐	☐
3- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par ex. modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.	☐	☐
4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.	☐	☐
5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).	☐	☐
6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.	☐	☐
7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).	☐	☐
8- Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).	☐	☐
9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.	☐	☐

ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON
CHAQUE ITEM DOIT ÊTRE COTÉ DE 0 À 4
(POUR LA COTATION, SE RÉFÉRER AU GUIDE D'UTILISATION)

1- Humeur dépressive	☐
2- Sentiment de culpabilité	☐
3- Suicide	☐
4- Insomnie du début de la nuit	☐
5- Insomnie du milieu de la nuit	☐
6- Insomnie du matin	☐
7- Travail et activités	☐
8- Ralentissement	☐
9- Agitation	☐
10- Anxiété psychique	☐
11- Anxiété somatique	☐
12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux	☐
13- Symptômes somatiques généraux	☐
14- Symptômes génitaux	☐
15- Hypochondrie	☐
16- Perte de poids	☐
17- Prise de conscience	☐
TOTAL	☐

GUIDE D'UTILISATION DE L'ECHELLE DE HAMILTON.

1- HUMEUR DEPRESSIVE (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissance, auto dépréciation)

Q- Quelle a été votre humeur au cours de la dernière semaine (par rapport à ce qu'elle est quand vous vous sentez bien ?

- Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e) ?
- Triste, sans espoir, impuissant, sans valeur ?
- Au cours de la dernière semaine, combien de fois vous êtes-vous senti(e) ainsi ?
Chaque jour ? Pendant toute la journée ?
- Vous arrive-t-il de pleurer ?

0 - Absent

1 - Ces états affectifs ne sont communiqués que si l'on interroge le sujet

2 - Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément

3 - Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, sa tendance à pleurer...)

4 - Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

2- SENTIMENTS DE CULPABILITE

Q- Vous êtes-vous senti particulièrement critique vis-à-vis de vous même au cours de la semaine dernière, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ?

SI OUI : Quelles ont été vos pensées ? Vous êtes-vous senti coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ? Et à propos des choses qui sont arrivées il y a longtemps ? Avez-vous pensé que vous étiez vous-même en quelque sorte la cause de cette dépression ? Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition, que vous êtes puni(e) en étant malade ?

0 Absent

1 S'adresse des reproches à lui-même a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens,

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

3- SUICIDE

Q- Au cours de la dernière semaine vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ? Avez-vous eu envie de vous faire du mal ?

SI OUI : A quoi avez-vous pensé exactement ? Avez-vous fait quelque chose pour faire du mal ?

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même

3 Idées ou geste de suicide

4 Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse)

4- INSOMNIE DU DEBUT DE LA NUIT

Q- Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine ?

Avez-vous eu des difficultés à vous endormir au début de la nuit ? (Combien de temps vous a-t-il fallu une fois couché(e) pour vous endormir ?)

Combien de fois avez-vous eu ces difficultés ?

- 0 Pas de difficultés à s'endormir
- 1 Se plaint de difficultés à s'endormir (par ex. de mettre plus d'une demi-heure)
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

5- INSOMNIE DU MILIEU DE LA NUIT

Q- Au cours de la dernière semaine vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit ?

Si OUI : Vous-êtes vous levé ? Qu'avez-vous fait ? Etes-vous allé simplement aux toilettes ?

Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement ?

Avez-vous la sensation que votre sommeil a été agité ou perturbé au cours de certaines nuits ?

- 0 Pas de difficultés
- 1 Se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit
- 2 Se réveille pendant la nuit. Coter 2 toutes fois où le malade se lève du lit (sauf si c'est pour uriner)

6- INSOMNIE DU MATIN

13- Au cours de la dernière semaine à quelle heure êtes-vous réveillé(e) le matin sans vous rendormir ensuite ? SI TRES TOT est-ce à cause d'un réveille-matin ou vous réveillez-vous spontanément ?

A quelle heure vous réveillez-vous habituellement ? (c'est à dire avant votre dépression)

- 0 Pas de difficultés
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève

7- TRAVAIL ET ACTIVITES

Q- Avez-vous travaillé cette semaine (à la maison ou dehors) ? si NON, Pourquoi ?

- SI TRAVAIL : Avez-vous été capable de faire votre travail comme d'habitude ?

Q- Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (en dehors du travail) ?

- Vous êtes-vous intéressé à ce que vous faisiez ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses ?

- Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire (si OUI : Pourquoi ?)

- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ?

- 0 - Pas de difficulté
- 1 - Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- 2 - Perte d'intérêt dans les activités professionnelles ou de détente - décrite directement par le patient ou indirectement par son apathie (impression qu'il doit se forcer pour avoir une activité quelconque)
- 3 - Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité (passe moins de 3 heures à ses activités).
- 4 - A arrêté son travail en raison de sa maladie.

8- RALENTISSEMENT (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

Evaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien

- 0 Langage et pensée normaux
- 1 Léger ralentissement à l'entretien
- 2 Ralentissement manifeste
- 3 Entretien difficile
- 4 Stupeur

9- AGITATION

Evaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

10- ANXIETE PSYCHIQUE

Q- Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette semaine ?

SI OUI : Plus que d'habitude pour vous ? Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous n'auraient pas inquiété(e) en temps normal ? SI OUI : Lesquels par exemple ?

- 0 Aucun trouble
- 1 Tension subjective et irritabilité
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale ou le langage
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions

11- ANXIETE SOMATIQUE (bouche sèche, gaz, indigestion, diarrhée, dyspepsie, colique, éructations, palpitations, céphalées, hyperventilation, soupirs, pollakiurie, transpiration...)

Q- Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants que l'on ressent parfois lorsqu'on est nerveux ?

(LIRE LA LISTE EN LAISSANT UN TEMPS DE REPONSE APRES CHAQUE SYMPTOME)

A quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) ? Ont-ils été intenses ? A quelle fréquence ?

NB : n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse

- 0 Absente
- 1 Discrète
- 2 Moyenne
- 3 Grave
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

12- SYMPTOMES SOMATIQUES GASTRO-INTESTINAUX

Q- Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine ? _ (comparé à votre appétit habituel)

- Avez-vous du vous forcer à manger ?
- D'autres personnes ont-elles du vous pousser à manger ?
- Avez-vous eu des problèmes d'estomac ou d'intestin (avez-vous eu besoin de prendre quelque chose pour cela ?)

- 0- Aucun
- 1- Perte d'appétit mais mange sans y être poussé par les infirmiers(es)
- 2- A des difficultés à manger en l'absence d'incitation. Demande ou a besoin de laxatifs ou de médicaments à visée intestinale ou gastrique

13- SYMPTOMES SOMATIQUES GENERAUX

15- Comment avez-vous été du point de vue énergie au cours de cette semaine

EN CAS DE BAISSSE D'ENERGIE, vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ? Combien de temps ? Jusqu'à quel point ? Avez-vous ressenti des lourdeurs dans les membres, le dos ou la tête ?

- 0 Aucun
- 1 Lourdeurs dans les membres, le dos, céphalées. douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité
- 2 Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net

14- SYMPTOMES GENITAUX (perte de la libido, troubles menstruels)

Q- Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la semaine dernière) ? (je ne parle pas de votre activité sexuelle)

- Cet intérêt s'est-il modifié (par rapport à avant la dépression) ?
- Y avez-vous beaucoup pensé ? Si NON est-ce inhabituel pour vous ?

- 0 - Absents
- 1 - Légers
- 2 - Graves

15- HYPOCHONDRIE

Q-Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne ? Cela vous a-t-il vraiment préoccupé ?

Vous plaignez-vous beaucoup de la façon dont vous vous sentez sur le plan physique ? Vous arrive-t-il de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu, en fait, faire vous-même ? SI OUI : Quoi par exemple ? Est-ce arrivé souvent ?

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps
- 2 Préoccupation sur sa santé
- 3 Plaintes fréquentes, demande d'aide
- 4 Idées délirantes hypochondriaques

16- PERTE DE POIDS

Q- Avez-vous perdu du poids dans la semaine ?

Si OUI : Combien ? , A cause de la dépression ?

Si doute : Avez-vous l'impression que vous flottiez plus qu'avant dans vos vêtements ?

- 0 - Pas de perte de poids ou perte constatée < 500 g
- 1 - Perte probable selon les dires du malade ou perte constatée > 500 g / semaine
- 2 - Perte certaine selon les dires du malade ou perte constatée > 1 kg / semaine

17- PRISE DE CONSCIENCE

Evaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus...
- 2 Nie qu'il est malade

ECHELLE HARD

- *Il s'agit d'une échelle multi-axiale : 4 dimensions de la dépression sont mesurés sur 4 axes.*
 - *Cette représentation permet de suivre l'évolution du patient dans le temps.*
 - *L'addition des facteurs anxiété (A) et danger (D) permet d'évaluer le risque suicidaire*
 - *Un score est établi pour chacun des axes et le résultat est rapporté sur le graphique.*
-

NOM

Prénom

SEXE

AGE

DATE

EXAMINATEUR

Axe H : HUMEUR

Tristesse

- ☐ 0 Absente
 - ☐ 1
 - ☐ 2 Paraît découragé, demande à être soutenu
 - ☐ 3
 - ☐ 4 Pessimisme exprimé spontanément ou à l'interrogatoire ; tristesse apparente (par la mimique, l'attitude, la voix, la tendance à pleurer)
 - ☐ 5
-

- ☐ 6 Sentiment prégnant de désespoir exprimé verbalement et/ou par l'attitude

Désintérêt

- ☐ 0 Intérêt habituel pour le monde et autrui
- ☐ 1
- ☐ 2 Moindre goût pour ses plaisirs habituels
- ☐ 3
- ☐ 4 Perte de sollicitude pour ses proches, absence d'intérêt pour le monde environnant
- ☐ 5
- ☐ 6 Repli sur sa préoccupation pessimiste ; inertie douloureuse des émotions ;
« plus rien ne me touche »

Appétit

- ☐ 0 Normal
- ☐ 1
- ☐ 2 Légèrement réduit
- ☐ 3
- ☐ 4 Trouve la nourriture sans goût, se force pour manger
- ☐ 5
- ☐ 6 Ne mange que si on le stimule

TOTAL H :

Axe A : ANXIÉTÉ

Anxiété psychique

- ☐ 0 Calme
- ☐ 1

- ☐ 2 Inquiétude ; tension passagère inhabituelle
- ☐ 3
- ☐ 4 Sentiment permanent de tension intérieure, attente douloureuse ; crises d'anxiété intermittentes
- ☐ 5
- ☐ 6 Anxiété majeure, durable ; désarroi

Anxiété somatique

- ☐ 0 Absente
- ☐ 1
- ☐ 2 Discrète ; préoccupations corporelles fréquentes : dyspepsie, algies diverses
- ☐ 3
- ☐ 4 Moyenne : troubles vasomoteurs, extrémités glacées, bouffées de chaleur ; impression de serrement, suffocation, céphalées ; nausées, troubles du transit ; palpitations ; impulsions boulimiques
- ☐ 5
- ☐ 6 Angoisse importante : ces troubles deviennent importants et incapacitants

Insomnie

- ☐ 0 Sommeil normal
- ☐ 1
- ☐ 2 Insomnie d'endormissement
- ☐ 3
- ☐ 4 Réveils fréquents ; sommeil réduit (interrompu au moins deux heures), agité, troublé de cauchemars, non réparateur
- ☐ 5

- ☐ 6 Moins de trois heures de sommeil par vingt-quatre heures ; insomnie régulière du petit matin (sans pouvoir se rendormir)

TOTAL A :

Axe R : RALENTISSEMENT

Lassitude

- ☐ 0 Absente
- ☐ 1
- ☐ 2 Difficultés à entreprendre les activités (professionnelles, scolaires, domestiques) ; prédominance matinale de l'insomnie
- ☐ 3
- ☐ 4 Sentiment pénible d'effort pour mener à bien les activités quotidiennes ; impression intermittente d'être « vidé », « bloqué »
- ☐ 5
- ☐ 6 Lassitude extrême ; épuisement permanent, incapacité à agir sans aide

Concentration

- ☐ 0 Pas de difficulté
- ☐ 1
- ☐ 2 Concentration et mémoire requièrent un effort inhabituel
- ☐ 3
- ☐ 4 Signale une baisse de ses capacités intellectuelles (attention, concentration, mémoire) éprouvée à la lecture, la conversation, le calcul, la télévision
- ☐ 5
- ☐ 6 Trouble gênant l'entretien ; difficulté de compréhension et de mémorisation des informations banales

Attitude

- ☐ 0 Pas de ralentissement apparent
- ☐ 1
- ☐ 2 Mimique, langage ou marche légèrement ralenti
- ☐ 3
- ☐ 4 Mimique, langage ou marche manifestement ralenti
- ☐ 5
- ☐ 6 Ralentissement qui gêne l'entretien

TOTAL R :

Axe D : DANGER

Dévalorisation

- ☐ 0 Aucune
- ☐ 1
- ☐ 2 Sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi si on l'interroge
- ☐ 3
- ☐ 4 Propos inquiétants de dévalorisation : « je ne vauds rien », « je suis inférieur » ☐ 5
- ☐ 6 Idées délirantes d'auto-dépréciation : « je suis un détrit »

Idées suicidaires

- ☐ 0 Aucune
- ☐ 1
- ☐ 2 S'interroge sur la nécessité de vivre
- ☐ 3

Echelle de Dépression :MADRS - (Montgomery S, Asberg M.)

Présentation

Echelle de quantification des manifestations dépressives.

Intérêt: relativement peu de questions portent sur des plaintes somatiques fréquentes chez la personne âgée en rapport avec des maladies somatiques associées.

TRISTESSE APPARENTE

Correspondant au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se dérider.

- 0 pas de tristesse
- 1
- 2 semble découragé mais peut se dérider sans difficulté
- 3
- 4 paraît triste et malheureux la plupart du temps
- 5
- 6 semble malheureux tout le temps, extrêmement découragé

TRISTESSE EXPRIMEE

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée durant laquelle l'humeur est dite peut-être influencée par les événements.

- 0 tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances
- 1
- 2 triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté
- 3
- 4 sentiment envahissant de tristesse ou de dépression, l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures
- 5
- 6 tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation

TENSION INTERIEURE

Correspondant aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 calme, tension intérieure seulement passagère

- 1
- 2 sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 effroi ou angoisse sans relâche, panique envahissante.

REDUCTION DU SOMMEIL

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 dort comme d'habitude
- 1
- 2 légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures
- 5
- 6 moins de deux ou trois heures de sommeil.

REDUCTION DE L'APPETIT

Correspondant au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 appétit normal ou augmenté
- 1
- 2 appétit légèrement réduit
- 3
- 4 pas d'appétit, nourriture sans goût
- 5
- 6 ne mange que si on le persuade.

LASSITUDE

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 guère de difficultés à se mettre en route. pas de lenteur
- 1
- 2 difficultés à commencer des activités
- 3
- 4 difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 grand lassitude, incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

DIFFICULTES DE CONCENTRATION

- ☐ 4 Idées noires ; le suicide est évoqué comme une solution si le traitement n'apportait pas d'amélioration
- ☐ 5
- ☐ 6 Intentions suicidaires manifestes ; tentative de suicide récente

Idées délirantes

- ☐ 0 Aucune
- ☐ 1
- ☐ 2 Déformation de la réalité : « je vois tout en noir »
- ☐ 3
- ☐ 4 Vision altérée du monde, dominée par le soupçon, le drame, l'absence de recours
- ☐ 5
- ☐ 6 Auto-accusation franche ; idées délirantes d'indignité, d'incurabilité, d'hypocondrie, de ruine, de persécution ; hallucinations menaçantes

TOTAL D :

COTATION

Additionner les scores intermédiaires H + A + R + D

Score total :

- entre 18 et 34 : dépression modeste
- entre 35 et 49 : dépression forte
- entre 50 et 72 : dépression sévère

Ferreri M. et coll. Validation de l'échelle HARD, un diagramme de l'évaluation de la dépression, par l'échelle MADRS. Encephale, 1986 ; 12 (6) : 343-350.

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 pas de difficultés de concentration
- 1
- 2 difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées
- 3
- 4 difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation
- 5
- 6 incapable de lire ou de converser sans grande difficulté

INCAPACITÉ A RESSENTIR

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens
- 1
- 2 capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels
- 3
- 4 perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances
- 5
- 6 sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis

PENSÉES PESSIMISTES

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords et de ruine.

- 0 pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable, auto-accusations absurdes et inébranlables.

IDEES DE SUICIDE

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 jouit de la vie et la prend comme elle vient.
- 1
- 2 fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères
- 3
- 4 il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Montgomery S, Asberg M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:282.

Le tableau récapitulatif des antidépresseurs commercialisés en France est tiré du rapport de l'ANAES de Mai 2002 sur **la prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire**

ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mai 2002

Médicaments antidépresseurs commercialisés en France

IMIPRAMINIQUES

AMITRYPTILINE

ELAVIL 10, comprimé pelliculé
ELAVIL 25, comprimé pelliculé
LAROXYL ROCHE 25 mg, comprimé enrobé
LAROXYL ROCHE 40 mg/ml, solution buvable
LAROXYL ROCHE 50 mg/ml, comprimé enrobé
LAROXYL ROCHE 50 mg/2 ml, solution injectable

AMOXAPINE

DEFANYL, 100 mg, comprimé
DEFANYL, 50 mg, comprimé
DEFANYL, 50 mg/ml, solution buvable

CLOMIPRAMINE

ANAFRANIL 10 mg, comprimé enrobé
ANAFRANIL 25 mg, comprimé enrobé
ANAFRANIL 25 mg/2 ml, solution injectable
ANAFRANIL 75 mg, comprimé pelliculé sécable
CLOMIPRAMINE GNR 10 mg, comprimé pelliculé
CLOMIPRAMINE GNR 25 mg, comprimé pelliculé
CLOMIPRAMINE MERCK 10 mg, comprimé pelliculé
CLOMIPRAMINE MERCK 25 mg, comprimé pelliculé
CLOMIPRAMINE MERCK 75 mg, comprimé pelliculé sécable
CLOMIPRAMINE RPG 50 mg, gélule

DÉSIPRAMINE

PERTOFRAN 25 mg, comprimé enrobé

DOSULÉPINE

PROTHIADEN 25 mg, gélule
PROTHIADEN 75 mg, comprimé enrobé

DOXÉPINE

QUITAXON, 10 mg, comprimé pelliculé sécable
QUITAXON, 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
QUITAXON, 25 mg/2 ml, solution injectable
QUITAXON, 50 mg, comprimé pelliculé sécable

IMIPRAMINE

TOFRANIL, 10 mg, comprimé enrobé
TOFRANIL, 10 mg comprimé enrobé

MAPROTILINE

LUDIOMIL 25 mg, comprimé pelliculé sécable
LUDIOMIL 25 mg/5 ml, solution injectable en ampoule
LUDIOMIL, comprimé pelliculé

TRIMIPRAMINE

SURMONTIL, 100 mg, comprimé pelliculé sécable
SURMONTIL, 25 mg, comprimé sécable
SURMONTIL, 4 pour cent, solution buvable

INHIBITEURS DE LA MONO-AMINE-OXYDASE

IPRONIAZIDE

MARSILID LAPHAL 50 mg, comprimé sécable

INHIBITEURS SÉLECTIFS DE LA MONO-AMINE-OXYDASE A

MOCLOBÉMIDE

MOCLAMINE 150 mg, comprimé pelliculé sécable

TOLOXATONE

HUMORYL 200 mg, gélule

INHIBITEURS SÉLECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE

CITALOPRAM

SEROPRAM, 20 mg, comprimé pelliculé sécable
SEROPRAM, 20 mg/0,5 ml, solution à diluer pour perfusion
SEROPRAM, 40 mg/1 ml, solution à diluer pour perfusion

FLUOXÉTINE

PROZAC, 20 mg, comprimé dispersible
PROZAC 20 mg, gélule
PROZAC 20 mg/5 ml, solution buvable en flacon

FLUVOXAMINE

FLOXYFRAL, 100 mg, comprimé pelliculé sécable

FLOXYFRAL, 50 mg, comprimé pelliculé sécable

MIRTAZAPINE

NORSET, 15 mg, comprimé pelliculé

PAROXÉTINE

DEROXAT, 20 mg, comprimé pelliculé sécable

DEROXAT, 20 mg/10 ml, suspension buvable

SERTRALINE

ZOLOFT 50 mg, gélule

**INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE ET DE LA
NORADRÉNALINE**

MILNACIPRAN

IXEL, 25 mg, gélule

IXEL, 50 mg, gélule

VENLAFAXINE

EFEXOR, 25 mg, comprimé

EFEXOR, 50 mg, comprimé

EFEXOR, 37,5 mg, gélule

NON IMIPRAMINIQUES-NON IMAO

MIANSÉRINE

ATHYMIL 10 mg, comprimé pelliculé

ATHYMIL 30 mg, comprimé pelliculé

ATHYMIL 60 mg, comprimé pelliculé sécable

MIANSÉRINE MERCK 10 mg, comprimé pelliculé

MIANSÉRINE MERCK 30 mg, comprimé pelliculé

MIANSÉRINE MERCK 60 mg, comprimé enrobé sécable

TIANEPTINE

SODIQUE

STABLON 12,5 mg, comprimé enrobé

VILOXAZINE

VIVALAN 100 mg, comprimé pelliculé

VIVALAN 100 mg/5 ml, solution pour perfusion

VIVALAN 300 mg L.P., comprimé enrobé à libération prolongée

VIVALAN 300 mg L.P., comprimé enrobé à libération prolongée

Interaction et effets secondaires de ISRS. Tableau récapitulatif proposé par l'équipe de

médecine B du CHU Nancy Brabois selon la source du Vidal

	1/2vie	Métabolites actifs	Précautions	Interactions	Effets indésirables : Syndrome sérotoninergique
Séropram* <i>citaprolam</i>	33h	+	I.Hépatique ½ vie*2 I. Rénale Hyponatrémie	-Augm. Des anticoagulants oraux - Li- IMAO - Imipraminiques -Méthadone - Sumatriptan	- Neuro psy : nervosité, sommolence, asthénie céphalées, vertiges, troubles mnésiques, tendances suicidaire, tremblements, syndrome extra pyramidaux. -Gastro-intestinaux : Nausées , vomissement, diarrhées, sécheresse, troubles de l'accommodation -Cardio- vasculaires : Tachycardie, hypotension, bradycardie - Troubles mictionnels et hypersudation
Prozac* <i>Fluoxétine</i>	2 à 7 jours (persiste 5 à 6 semaines après arrêt)	+	I hépatique 1/2vie : 7-12 j comitialité hyponatrémie diabète (risque d'hypoG)	-Augm anticoagulants oraux -Augm carbamazépine (Tégréto*) - augm concentration méthadone et de la phénytoïne - Li-IMAO	-Neuro-psy : nervosité, sommolence, céphalées, confusion mentales,dyskinésie bucco faciales , syndromes extrapyramidaux - Gastro- intestinaux : nausées, diarrhées, sécheresse buccale, oesophagite (rare) - Bradycradie, hémorragies (rare), toux et dyspnée

	½ vie	Métabolite actif	Précautions	Interactions	Effets indésirables Syndrome sérotoninergique
Floxyfral* <u>Fluovoxamine</u>	16h	-	comitialité hyponatrémie (sujets âgés)	-Augm carbamazépine Tégréto* -Li-IMAO - Clozapine (Leponex*) - Propanolol - Théophylline -Sumatriptan (Imigrane* imiject*) - Méthadone	-Tr. Digestifs : constipation, nausées, vomissement, sécheresse buccale, douleurs abdominales. - Troubles neuro : somnolence, tremblements, convulsio n (rare), ataxie, confusion, syndrome extrapyramidal, hallucinations - Foie, voies biliaires : augm des transaminases - Galactorrhée (très rare), tachycardie (rare)
Déroxat* <i>Paroxétine</i>	24h très varia ble	-	I. hépatique et rénale (pos la plus faible) Comitialité (diminution du seuil épileptogène) Hyponatrémie Glaucome à angle fermé	-augm des concentrations : des anticoagulants oraux, carbamazépine -Méthadone - Sumatriptan (risque d'hypertension) - Li-IMAO	- Neuro-psy : Somnolence, vertiges, signes extrapyramidaux (rare), confusion mentale - Gastro-intestinaux : nausées, vomissement - Hématomes (rare) - Variations tensionnelles (rare) - hypersudation, sécheresse buccale, mydriase, aggravation de glaucome

	½ vie	Métabolite actif	Précautions	Interactions	Effets indésirables Syndrome sérotoninergique
Zoloft* <i>Sertraline</i>	26h	-	I hépatique Comitialité hyponatrémie	- augm des anticoagulants oraux - Augm carbamazépine Tégréto* - Imipraminiques	-Neuro-psy : somnolences, céphalées asthénie insomnie, étourdissement, nervosité -Extrapyramidaux : tremblements, dyskinésies -Gastro-intestinaux :

				- Li - IMAO - Méthadone - Sumatriptan : Imigrane* Imiject*	Nausées, diarrhée, vomissement -Tachycardie - Hypersudation - Troubles de la miction
--	--	--	--	---	--

Interactions et effets indésirables des ISRSNA selon la source du Vidal

	½ vie	Métabolite Actif	Précautions	Interactions	Effets indésirables
Ixel* <i>Milnacipran</i>	8h	+ (sans effet clinique)	I rénale Hypertrophie prostatique HTA Cardiopathies Glaucome	Alcool IMAO Adrénaline Noradrénaline Clonidine Lithium	Vertiges, anxiété, hypersudation, dysurie, nausées, vomissement, sécheresse buccale, tremblements , constipation, palpitations, agitation Rare : syndrome serotonergique, augm des transaminases
Effexor* Forme retard <i>Venlafaxine</i>	15h +/- 6h	+	I rénale Cirrhose hépatique HTA Comitialité Antécédent de pharmacodépendance	IMAO Adrénaline Noradrénaline	Nausées, constipation, insomnies, nervosité, hypersudation, HTA Plus rare : douleurs abdominales, dyspepsie , tremblements, paresthésies, rêves anormaux, troubles de l'accommodation, pollakyurie, augm des transaminases

VU

NANCY, le **17 février 2003**

Le Président de Thèse

NANCY, le **11 mars 2003**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Professeur **F. PENIN**

Professeur **M. BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **14 mars 2003**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **C. BURLET**

SUJET : Les états dépressifs chez les patients âgés polypathologiques : difficultés diagnostics

A propos de cinq femmes veuves âgées de plus de 75 ans vivants seules à leur domicile.

RESUME :

Le médecin généraliste est de plus en plus souvent confronté dans sa pratique quotidienne à la dépression du sujet âgé bien souvent porteur d'une polypathologie. La difficulté est de ne pas attribuer la dépression à la vieillesse en tant que réaction normale à l'âge et aux pertes multiples vécues par la personne âgée, et de faire le diagnostic de ces syndromes dépressifs ne répondant pas toujours aux critères établis. Reconnaître cette maladie pauci symptomatique et la traiter tôt va permettre à la personne âgée, fragilisée par le poids des événements de vie et sa polypathologie, de surmonter de nouvelles pathologies et d'améliorer sa qualité de vie.

A partir d'un questionnaire, nous abordons l'historique de la vie et des pathologies de cinq femmes veuves âgées vivants seules à domicile et souffrant de multiples pathologies.

Cela nous a permis de mettre en évidence le caractère infra clinique de l'authentique dépression dont elles souffrent, et la nécessité de prendre en compte cette souffrance qui risquerait de majorer la polypathologie. Reconnaître la dépression est le fruit d'une écoute, possible grâce à la disponibilité du médecin. Cette approche humaine associée aux antidépresseurs participe à l'amélioration de la qualité de vie.

TITRE EN ANGLAIS :

The difficulties in diagnosing the depressive state in polypathological patients :
an analysis of five widows aged 75 and over living alone at home

THESE : MEDECINE GENERALE – HENRI POINCARÉ, NANCY I Année 2003

MOTS CLES : Personnes âgées

Dépression

Polypathologie

Médecin généraliste

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex