

## Dépression du sujet âgé en institution

Les troubles dépressifs sont un des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez le sujet âgé <sup>(1)</sup>.

Certains facteurs sembleraient expliquer en partie une augmentation du niveau de dépression avec l'âge : antécédents psychiatriques, traits de personnalité à risque (trait de dépendance), relations sociales de faible qualité, expériences de stress élevé et affections neurologiques <sup>(2)</sup>.

La dépression du sujet âgé est plus lourde de conséquences en comparaison aux autres âges de la vie : perte d'autonomie, déclin fonctionnel, baisse de la qualité de vie, augmentation du recours aux soins, augmentation de la mortalité (du fait de la présence de comorbidités et d'un abaissement des défenses) et augmentation du risque suicidaire <sup>(3)</sup>.

Aujourd'hui, on estime que 40 % des dépressions du sujet âgé ne sont pas dépistées <sup>(3)</sup>.

**Chez le sujet âgé en institution, la prévalence de la dépression est plus élevée (46,2% des résidents âgés seraient dépressifs) alors que la fréquence de ce trouble hors institution est de 10 à 33 % <sup>(2)</sup>.**

**En institution :  
le repérage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression  
constituent un véritable enjeu !**

*(cf Recommandations de bonnes pratiques professionnelles pour les EHPAD édictées par l'ANESM) <sup>(4)</sup>*

**Objectif 1 : Repérer la dépression** chez tous les résidents âgés lors de l'entrée en institution, puis tous les ans <sup>(4)</sup>

Penser toujours à la dépression et notamment en cas de <sup>(5)</sup> :

Contextes à risque		Signes d'appel de dépression		
<p><b>PERSONNEL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologie somatique</li> <li>• Dépendance physique</li> <li>• Antécédents de dépression</li> <li>• Alcoolisme</li> <li>• Traumatismes</li> </ul>	<p><b>ENVIRONNEMENT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrée en institution</li> <li>• Faible soutien social</li> <li>• Précarité</li> </ul>	<p><b>PHYSIQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ralentissement</li> <li>• Asthénie</li> <li>• Plaintes somatiques</li> <li>• Troubles du sommeil</li> <li>• Anorexie, perte de poids</li> </ul>	<p><b>PSYCHIQUES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristesse apparente</li> <li>• Troubles du caractère</li> <li>• Anxiété</li> <li>• Délire</li> </ul>	<p><b>COGNITIFS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plainte mnésique</li> <li>• Déficits de l'attention/ concentration</li> </ul>

## Dépression du sujet âgé en institution

### Objectif 2 : Diagnostiquer la dépression du sujet âgé en institution <sup>(1)</sup>

→ **L'échelle de la dépression gériatrique (GDS) est l'échelle de référence** pour aider à la démarche diagnostique et à l'évaluation de dépression chez le sujet âgé <sup>(1)</sup>.

La mini GDS est utilisée pour le dépistage. Il s'agit d'un questionnaire auquel le patient doit répondre directement (autoévaluation)

#### Mini GDS :

**Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent**

1. Vous sentez-vous découragé et triste ?	oui =1 <input type="checkbox"/>	non =0 <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui =1 <input type="checkbox"/>	non =0 <input type="checkbox"/>
3. Êtes-vous heureux la plupart du temps ?	oui =0 <input type="checkbox"/>	non =1 <input type="checkbox"/>
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui =1 <input type="checkbox"/>	non =0 <input type="checkbox"/>

SCORE ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 1 : FORTE PROBABILITÉ DE DÉPRESSION

→ **En cas de détérioration cognitive sévère, il est recommandé d'utiliser l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) <sup>(1)</sup>.**

Une version destinée aux équipes soignantes (NPI-ES) a été développée pour évaluer les patients vivant en institution. Elle évalue 12 symptômes neuropsychiatriques dont la dépression et l'apathie (cf tableaux ci-dessous et page suivante) <sup>(1)</sup>.

- **Les troubles dépressifs** se manifestent par des affects dépressifs (tristesse, dévalorisation, pessimisme) et un ralentissement psychomoteur fréquent, auxquels s'associent à des degrés divers anxiété et troubles de l'appétit et du sommeil <sup>(1)</sup>.
- **L'apathie** (émoussement affectif, perte d'initiative et perte d'intérêt) est une autre lignée de symptômes qui est très souvent associée à la symptomatologie dépressive chez le sujet âgé, mais qui peut aussi exister d'une manière indépendante <sup>(1)</sup>.

#### NPI - Dépression

**Le patient semble-t-il triste ou déprimé ? Dit-il qu'il se sent triste ou déprimé ? Le patient pleure-t-il parfois ? Si OUI, posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous :**

1. Le patient pleure-t-il parfois ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
2. Le patient dit-il ou fait-il des choses indiquant qu'il est déprimé ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
3. Le patient se rabaisse-t-il ou dit-il qu'il a l'impression d'être un raté ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
4. Le patient dit-il qu'il est quelqu'un de mauvais ou qu'il mérite d'être puni ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
5. Le patient semble-t-il très découragé ou dit-il qu'il n'a pas d'avenir ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
6. Le patient dit-il être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
7. Le patient exprime-t-il son désir de mourir ou parle-t-il de se suicider ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

SI LES RÉPONSES SONT EN FAVEUR D'UN ÉTAT DÉPRESSIF, DÉTERMINEZ LA FRÉQUENCE

## Dépression du sujet âgé en institution

### NPI - Apathie

**Le patient a-t-il perdu tout intérêt pour le monde qui l'entoure ?**

**N'a-t-il plus envie de faire des choses ou manque-t-il de motivation pour participer aux activités ?**

**Est-il devenu plus difficile d'engager une conversation avec lui ou de le faire participer aux activités de groupe ?**

**Si OUI, posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous :**

1. Le patient a-t-il perdu de l'intérêt pour le monde qui l'entoure ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
2. Le patient est-il moins enclin à engager une conversation ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
3. Le patient manque-t-il de réactions émotionnelles auxquelles on aurait pu s'attendre (joie lors de la visite d'un ami ou d'un membre de la famille, intérêt pour l'actualité ou le sport, etc.) ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
4. Le patient a-t-il perdu tout intérêt pour ses amis et les membres de sa famille ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
5. Le patient est-il moins enthousiaste par rapport à ses centres d'intérêt habituels ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
6. Le patient reste-t-il sagement assis sans se préoccuper de ce qui se passe autour de lui ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

SI LES RÉPONSES SONT EN FAVEUR D'UN ÉTAT DÉPRESSIF, DÉTERMINEZ LA FRÉQUENCE ET LA GRAVITÉ DE CET ÉTAT

### Objectif 3 : Prendre en charge la dépression du sujet âgé en institution <sup>(1)</sup>

#### Principes généraux <sup>(1)</sup>

→ **Il s'agit d'une prise en charge menée de façon collaborative et pluridisciplinaire avec les professionnels de l'EHPAD** (... dont le (la) psychologue salarié(e) si l'EHPAD en dispose d'une)

Principes	Autres recommandations d'usage <sup>(1)</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Traiter la symptomatologie dépressive jusqu'à sa rémission complète</b> <sup>(1)</sup>.</li> <li>• <b>Eduquer</b> le patient, sa famille et ses accompagnants à propos de la dépression <sup>(1)</sup>.</li> <li>• <b>Prendre en charge la personne dans sa globalité</b> (prendre aussi en charge les troubles somatiques coexistants, les déficits sensoriels, les autres handicaps).</li> <li>• <b>Toujours utiliser une approche relationnelle</b> <sup>(1)</sup> (avant ou parallèlement à un traitement pharmacologique).</li> <li>• <b>Il est possible de débiter une psychothérapie à un âge &gt; 65 ans</b> <sup>(6)</sup>.</li> </ul> <p><b>Pour les symptômes dépressifs</b> <sup>(1)</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- écouter et faciliter la verbalisation des idées dépressives.</li> </ul> <p><b>Pour l'apathie</b> <sup>(1)</sup> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- proposer des activités adaptées et stimuler les intérêts personnels.</li> <li>- valoriser les réalisations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Avoir si possible un contact avec la famille</b> pour apprécier les changements de comportement du patient par rapport à sa vie antérieure.</li> <li>• <b>Utiliser les transmissions</b> sur les comportements de jour comme de nuit.</li> <li>• <b>Disposer de l'ensemble du dossier médical.</b></li> <li>• <b>Avoir un MMSE (Mini Mental State Examination) et une grille d'évaluation de l'autonomie datés.</b></li> </ul>

## Dépression du sujet âgé en institution

### Prise en charge médicamenteuse <sup>(6)</sup>

#### → De manière générale <sup>(7)</sup> :

- **respecter** les indications, les durées de traitement, les posologies initiales ;
- **tenir compte** d'une éventuelle insuffisance rénale ou hépatique associée ;
- **éviter** d'associer les psychotropes entre eux en raison en particulier d'une augmentation du risque de chutes, de troubles de la vigilance et/ou d'effets anticholinergiques pour certains d'entre eux.

**En première intention : ISRS\*, IRSN\*\*, et « autres antidépresseurs »**  
(sauf cas particuliers) <sup>(6)</sup>

**Un traitement par imipraminique ne doit pas être utilisé en première intention et n'est indiqué qu'exceptionnellement après 75 ans** <sup>(6)</sup>

**La prescription d'un anxiolytique ne doit jamais être systématique** <sup>(6)</sup>

**L'électroconvulsivothérapie** peut être proposée de la même façon que chez les adultes plus jeunes <sup>(6)</sup>

Ses indications et modalités de mise en œuvre sont à discuter en milieu spécialisé après au moins un avis psychiatrique

\* **ISRS** (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine)

\*\* **IRSN** (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline)

(1) Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Direction Générale de la Santé. Direction Générale de l'Action Sociale Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Quelques recommandations octobre 2007. (2) Trouillet R, Gély-Nargeot MC. Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. Annales Médico Psychologiques 2009 ; 167 : 119-126. (3) Clément JP. Questionnements sur la dépression du sujet âgé. L'Encéphale 2009 ; Hors-série 3 : S31-S33. (4) ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - L'évaluation interne : repères pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_Evaluation\\_Interne\\_web2.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_Evaluation_Interne_web2.pdf). (5) Outil MobiQual <http://www.mobiquial.org/outils/depression/> <http://www.mobiquial.org/wp-content/uploads/2011/09/5-DEPRESSION.pdf>. (6) HAS février 2009. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) (7) Afssaps Juin 2005. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé.