

APPROCHE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA DÉPRESSION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

W. PITCHOT (1), G. SCANTAMBURLO (2), M. ANSSEAU (3)

RESUME : Malgré les développements importants tant sur le plan clinique que scientifique dans le domaine de la psycho-gériatrie, la dépression du sujet âgé reste une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée. Pourtant, les symptômes dépressifs sont fréquents chez les personnes âgées et représentent un lourd fardeau pour les patients et leur famille. La dépression a un impact majeur sur le fonctionnement, la qualité de vie et la santé physique de l'individu. Les conséquences d'une absence de diagnostic et de traitement adéquat sont sérieuses. Progressivement, la dépression peut entraîner des complications comme une affection somatique, un abus d'alcool ou de médicaments, un trouble anxieux, ou le décès par suicide. Dans ce contexte, un dépistage plus systématique s'impose ainsi que l'instauration d'un traitement approprié.

MOTS-CLÉS : *Personne âgée - Dépression - Affections somatiques - Antidépresseurs*

INTRODUCTION

Principalement en relation avec le haut risque de mortalité qui y est associé, la dépression de la personne âgée est un véritable problème de santé publique. Cependant, malgré les développements importants réalisés tant sur le plan clinique que scientifique dans le domaine de la psycho-gériatrie, la dépression du sujet âgé reste une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée (1). Pourtant, les symptômes dépressifs sont fréquents chez les personnes âgées et représentent un lourd fardeau pour les patients, leur famille et la société. La dépression a un impact majeur sur le fonctionnement, la qualité de vie et la santé physique de l'individu.

Plusieurs raisons peuvent expliquer pourquoi la dépression est si peu diagnostiquée chez la personne âgée. Généralement, la dépression est considérée comme un aspect normal du vieillissement et son dépistage n'est pas considéré comme une priorité par les services médico-sociaux. Souvent, les médecins sont beaucoup plus concernés par les pathologies somatiques que par les troubles mentaux éventuels. En outre, les sujets âgés sont fréquemment confrontés à l'isolement et se révèlent réticents à se

CLINICAL AND THERAPEUTICAL APPROACH OF DEPRESSION IN OLD AGE
SUMMARY : Despite recent clinical and scientific developments in the psychogeriatric field, depression in old age remains an underdiagnosed and undertreated disorder. However, depressive symptoms are frequent in older people and the impact on patients, their family and the society is very important. Depression is also frequently associated with somatic illnesses, with alcoholism, anxiety and a significant risk of suicide. In this context, a systematic screening of depression and an adequate treatment are a priority.

KEYWORDS : *Old age - Depression - Somatic disease - Antidepressants*

plaindre de dépression. Enfin, la symptomatologie dépressive est atypique et l'étiologie très hétérogène.

Pourtant, les conséquences d'une absence de diagnostic et de traitement adéquat sont sérieuses. Progressivement, la dépression peut entraîner des complications comme une affection somatique, un abus d'alcool ou de médicaments, un trouble anxieux, ou le décès par suicide. Dans ce contexte, un dépistage plus systématique s'impose ainsi que l'instauration d'un traitement approprié.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Les taux de prévalence de la dépression chez les sujets âgés varient fort d'une étude à l'autre. Selon les études, les symptômes de dépression touchent entre 8 % et 16 % de la population des personnes âgées (1). Les symptômes de dépression sont particulièrement présents chez les individus les plus âgés. Cette prévalence élevée s'explique principalement par des facteurs directement liés à l'âge comme la plus grande proportion de femmes, l'importance des troubles cognitifs, la sévérité du handicap physique ou l'existence d'une situation socio-économique plus précaire.

La prévalence de la dépression majeure est, par contre, plus basse, avec des taux allant de 1% à 4 %. La dysthymie et la dépression mineure sont plus fréquemment rencontrées. En outre, la prévalence de dépression majeure est plus élevée chez les plus âgés (13 % à partir de 85 ans) (2). Chez les sujets âgés hospitalisés en méde-

(1) Professeur, Chef de Service Associé, (2) Chef de Clinique, (3) Professeur, Chef de Service, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège.

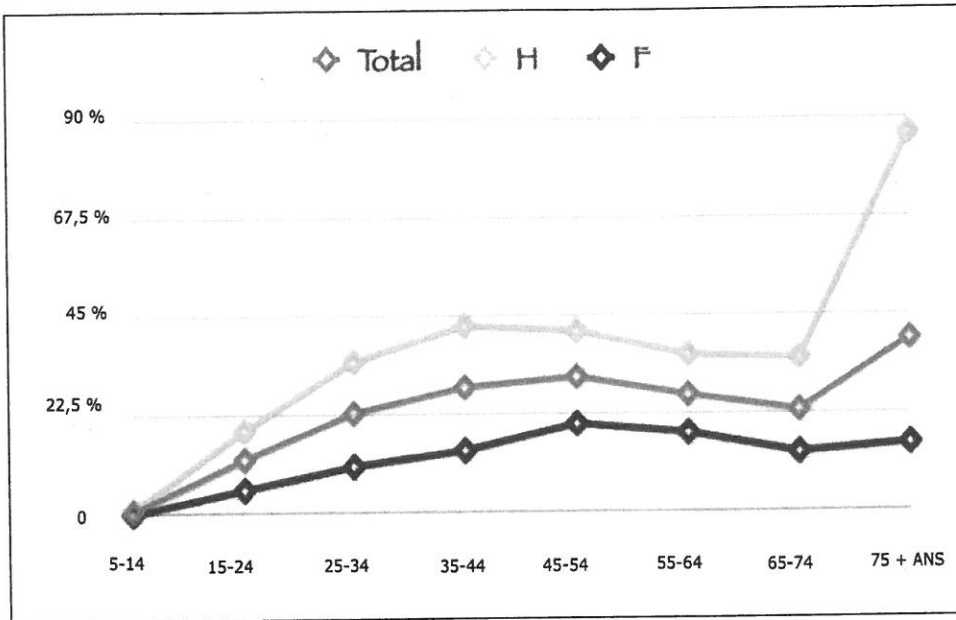


Figure 1. Taux de suicides en fonction de l'âge (n par 100.000 habitants).

cine ou en chirurgie, 23 % souffrent de symptômes dépressifs et environ 10 % répondent aux critères de dépression majeure. La dépression majeure est diagnostiquée chez 5 % à 10 % des patients suivis en médecine générale (3). Des taux encore plus élevés sont retrouvés dans la population des personnes âgées prises en charge dans des maisons de repos (12,4 % de dépression majeure) (4).

La dépression du sujet âgé a souvent une évolution chronique. Dans une étude de suivi sur une période de 6 ans, 35 % des patients avec une dépression majeure avaient une évolution chronique (5). La rémission complète est atteinte plus difficilement si le patient est confronté à une affection médicale sérieuse et à un soutien social faible.

La fréquence du suicide est très élevée chez les personnes âgées et particulièrement dans la tranche d'âge au-dessus des 85 ans (fig. 1). Les facteurs de risque de suicide sont : le sexe masculin, le veuvage, la solitude, les troubles du sommeil, une santé fragile et les événements de vie stressants. Des affections physiques comme le cancer, l'épilepsie, les affections pulmonaires chroniques, l'insuffisance rénale chronique, les troubles de la vision et de l'audition ainsi que les problèmes d'incontinence urinaires sont classiquement associés à un risque suicidaire élevé. L'abus d'alcool est aussi un facteur de risque de suicide important chez la personne âgée, tout comme le placement en maison de repos. Comparés aux plus jeunes, les sujets âgés planifient plus leur suicide. L'intention suicidaire est aussi souvent beaucoup plus évidente. En outre, les

symptômes dépressifs se retrouvent dans plus de 85% des cas. Les patients plus âgés ont également plus de difficultés à exprimer leurs pensées suicidaires. Pourtant, ils rencontrent souvent leur médecin généraliste peu de temps (dans le courant du mois qui précède) avant le passage à l'acte.

TABEAU I. FACTEURS DE RISQUE DE SUICIDE

<ul style="list-style-type: none"> • Isolement social • Deuil • Douleurs et affections physiques • Antécédents familiaux de dépression • Antécédents personnels de dépression • Effets secondaires de médicaments • Abus d'alcool • Crise financière • Faible support social • Solitude • Statut socio-économique bas • Maladie chronique du conjoint • Déménagement

TABEAU II. AFFECTIONS SOMATIQUES ASSOCIÉES À LA DÉPRESSION

<ul style="list-style-type: none"> Maladie d'Addison Maladie de Cushing Hypothyroïdie, hyperthyroïdie Hyperparathyroïdie Déficiences en acide folique Infection par le virus influenza Diabète Accident vasculaire cérébral Hépatite 	<ul style="list-style-type: none"> Hypoglycémie Maladie de Parkinson Porphyrie Arthrite rhumatoïde Lupus érythémateux Cancer (tête du pancréas) Tumeur intracrânienne Angine Pneumonie virale
---	--

ETIOLOGIE

Chez les personnes âgées, plusieurs facteurs contribuent à augmenter le risque de dépression. Au cours des dernières années de sa vie, l'individu est particulièrement confronté à la maladie somatique, à des facteurs psychosociaux comme une dislocation des liens sociaux et la solitude, ainsi qu'au processus de vieillissement du cerveau (tableau I).

RÔLE DES AFFECTIONS SOMATIQUES

Les liens entre maladie physique et dépression sont complexes et bi-directionnels (tableau II) (6). Les affections somatiques peuvent induire un état dépressif, mais la dépression peut aussi aggraver le pronostic d'une maladie physique (7, 8).

L'effet de l'affection somatique sur l'humeur de l'individu peut être direct. En effet, la dépression est particulièrement fréquente chez les patients souffrant de maladie de Parkinson par comparaison avec d'autres affections neurologiques chroniques. L'accident vasculaire cérébral est aussi souvent à l'origine d'un état dépressif. De même, des maladies endocriniennes comme les troubles thyroïdiens sont susceptibles d'entraîner des troubles de l'humeur. L'influence de la maladie peut également être indirecte. La maladie peut être progressivement à l'origine d'une limitation de la mobilité, d'une perte d'autonomie et donc, d'une dépendance vis-à-vis de l'entourage. Cette dépendance est associée à des symptômes émotionnels comme le sentiment d'inutilité, la perte de dignité ou le sentiment d'être un poids pour ses proches. La dépression est aussi fortement en relation avec le diabète de type II. Dans ce dernier cas, elle est un facteur de risque de diabète, plutôt que l'inverse.

FACTEURS BIOLOGIQUES

Le vieillissement du cerveau pourrait être à l'origine d'une plus grande vulnérabilité à la dépression. Les études d'imagerie ont montré des anomalies de structure au niveau de certaines régions cérébrales comme les lobes frontaux, les noyaux caudés et le putamen. Dans un travail, le volume de l'amygdale droite était diminué chez les sujets déprimés comparés aux contrôles (9), mais cette observation n'a pas été confirmée par d'autres auteurs (10). Un plus faible volume de l'hippocampe gauche a également été observé chez les sujets âgés déprimés (11). En outre, chez ces patients, le phénomène de neurogenèse au niveau de l'hippocampe ne serait pas

influencé par les antidépresseurs comme chez les sujets plus jeunes (12).

Une diminution de l'activité des récepteurs 5-HT1A au niveau des noyaux dorsaux du raphé a été mise en évidence chez des déprimés âgés (13). Cette perturbation des autorécepteurs 5-HT1A pourrait jouer un rôle dans l'action antidépressive des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Par contre, la sensibilité des récepteurs 5-HT2A ne semble pas être modifiée de manière significative dans la dépression de la personne âgée (14).

Plusieurs études ont rapporté des liens entre une diminution des concentrations sanguines de stéroïdes sexuels et les symptômes de dépression (15). Dans un travail récent portant sur 2.855 personnes âgées (70-79 ans) en bonne santé, une corrélation négative a été observée entre les taux de déhydroépiandrostérone (DHEA) et les symptômes de dépression (16). Chez la femme, des concentrations basses de testostérone libre étaient corrélées négativement avec les symptômes de dépression.

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Le lien entre dépression et soutien social est assez clair depuis longtemps (1, 17). Le soutien social comprend plusieurs éléments comme les marques d'affection, les conseils, les informations, l'aide matérielle et la participation à des activités de groupe. Le fait de faire partie d'un réseau social étendu diminue le risque de dépression. La solitude constitue un facteur prédisposant important. Le mariage est plutôt protecteur, particulièrement chez l'homme. Le risque de développer un épisode dépressif est plus élevé chez les divorcés et les veufs. Pourtant, la dépression n'est pas forcément plus fréquente chez ceux qui n'ont jamais été mariés ou vécu en couple.

Une relation significative existe entre la dépression du sujet âgé et les événements de vie négatifs (18). La corrélation la plus forte est observée avec le nombre total d'événements de vie négatifs ainsi qu'avec la fréquence des disputes quotidiennes. Des événements négatifs comme les difficultés socioéconomiques, ou des problèmes relationnels ont un impact plus important chez l'homme que chez la femme. Dans les deux sexes, la mort du conjoint représente un facteur de risque majeur. La date anniversaire du décès du partenaire favorise également l'apparition de symptômes dépressifs.

LES MÉDICAMENTS

Les personnes âgées consomment de grandes quantités de médicaments. Certains sont administrés dans un but curatif et d'autres à visée préventive. Généralement, les patients sont soumis à une polymédication souvent nécessaire, mais parfois déraisonnable. Cette polymédication favorise les interactions médicamenteuses, augmente le risque d'effets secondaires et diminue l'observance thérapeutique. Or, certaines médications ont été impliquées dans l'induction d'un état dépressif (19, 20). Malheureusement, très peu de certitudes existent, les données de la littérature étant assez contradictoires. Le risque serait particulièrement significatif chez les personnes avec des antécédents personnels ou familiaux de dépression.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les symptômes classiques de la dépression du sujet jeune se retrouvent chez la personne âgée (1). Cependant, le tableau clinique est souvent atypique, la symptomatologie dépressive étant fréquemment masquée, notamment par les plaintes à caractère somatique. Parmi les symptômes indépendants de l'âge, on retrouve l'anhédonie, la perte d'appétit avec amaigrissement, les troubles du sommeil, le ralentissement psychomoteur, le désespoir, le pessimisme et la perte d'estime de soi. Evaluer les liens entre certains de ces symptômes et la dépression n'est pas une chose facile. La notion de perte d'énergie, comme les troubles du sommeil, sont finalement assez fréquents chez les personnes âgées sans pour autant être en relation avec un trouble dépressif. Le ralentissement psychomoteur peut être confondu avec les effets sur le comportement d'une pathologie invalidante ou d'un syndrome douloureux. Certains traits se rencontrent plus souvent chez les sujets âgés comme l'agressivité, la somatisation, l'ennui, l'isolement... (tableau III).

Chez la personne âgée, la comorbidité est un problème sérieux et complexe. En effet, on retrouve non seulement des troubles somatiques associés, mais aussi d'autres pathologies psychiatriques susceptibles d'aggraver le pronostic. La dépression est très fréquemment compliquée par l'existence de troubles anxieux comorbides (21). En effet, des symptômes d'anxiété se retrouvent souvent à des degrés divers et obscurcissent le tableau dépressif compliquant encore plus le diagnostic de dépression majeure. Cette anxiété est, en outre, particulièrement somatisée et associée à des troubles du sommeil et des phénomènes d'agitation. Cette tendance à la

TABLEAU III. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DE LA DÉPRESSION CHEZ LE SUJET ÂGÉ

· Instabilité, agressivité, colère
· Somatisations fréquentes
· Démotivation, ennui, vide intérieur
· Repli sur soi, isolement
· Angoisse matinale
· Confusion
· Dépendance
· Troubles mnésiques
· Impression d'inutilité

TABLEAU IV. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DÉMENCE ET DÉPRESSION

Caractéristiques	Démence	Dépression
Début	Insidieux	Rapide
Progression des symptômes	Progressif	Rapide
Orientation	Perturbée	Intacte
Humeur	Labile	Tristesse, anxiété
Fluctuations nyctémérales	Moins bien le soir	Moins bien le matin
Troubles cognitifs	Déni, aggravation	Plaintes fréquentes, fluctuantes
Déficits neurologiques	Fréquents (agnosie, apraxie)	Absents
Antécédents psychiatriques	Peu fréquents	Fréquents (dépression)
Symptômes associés	Faible sociabilité, hostilité, instabilité émotionnelle, Confusion	Troubles du sommeil, de l'appétit, pensées suicidaires

somatisation favorise évidemment la réalisation de nombreux examens complémentaires, parfois dans le cadre d'une hospitalisation. La présence de symptômes anxieux peut entraîner une augmentation de certains risques associés à la pathologie dépressive. Les sujets âgés confrontés à cette combinaison dépression/anxiété sont plus susceptibles de développer des affections somatiques plus graves que les individus souffrant uniquement de dépression.

Chez les patients âgés, la dépression peut être confondue avec un état démentiel, particulièrement devant un tableau symptomatique caractérisé par des troubles cognitifs relativement sévères (tableau IV) (22). En outre, la dépression est assez fréquente dans les démences, notamment dans la maladie d'Alzheimer. L'intrication entre les deux pathologies rend le diagnostic différentiel particulièrement ardu, d'autant plus que la dépression peut parfois être un facteur de risque de maladie d'Alzheimer. Différents éléments symptomatiques permettent cependant de faire la distinction entre les deux diagnostics. Les patients souffrant de dépression se plaignent généralement de leurs troubles de mémoire et de leurs difficultés de concentration contrai-

rement aux sujets déments. Chez ces derniers, les troubles cognitifs sont, en général, observés en premier par l'entourage familial. La durée des symptômes est souvent plus courte dans la dépression que dans la démence. Chez les déprimés, on retrouve aussi fréquemment des antécédents personnels ou familiaux de dépression. Sur le plan symptomatique, on observe plus de troubles du sommeil ou de l'appétit, ainsi que des symptômes émotionnels comme des sentiments de culpabilité, de non-valeur ou de perte d'espoir dans la dépression que dans la démence. Dans la plupart des cas, c'est l'instauration d'un traitement antidépresseur qui permettra de mieux préciser le diagnostic, l'amélioration des fonctions cognitives orientant plus vers un diagnostic de dépression.

TRAITEMENT

Les antidépresseurs constituent incontestablement la base du traitement de la dépression modérée à sévère chez le sujet âgé (23). Tous les antidépresseurs ont une efficacité équivalente quelle que soit la tranche d'âge. Le choix d'une médication sera fondé sur l'expérience du médecin et sur la prise en compte du rapport risques/bénéfices. Dans ce contexte, on préférera l'utilisation de produits bien tolérés et peu toxiques en ingestion aiguë comme les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ou les inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN). Dans les cas résistants, on pourra envisager des stratégies pharmacologiques alternatives comme des associations d'antidépresseurs ou des traitements physiques comme les électrochocs ou la stimulation magnétique transcrânienne. Cependant, une prise en charge véritablement efficace nécessitera une approche biopsychosociale combinant pharmacothérapie et psychothérapie.

LES ANTIDÉPRESSEURS

Une médication sera indiquée dans la dépression primaire comme dans les états dépressifs secondaires à une affection médicale. Dans ce dernier cas, le clinicien devra évaluer dans quelle mesure les changements physiologiques liés à l'âge, à la maladie ou aux médications associées peuvent influencer le métabolisme de l'antidépresseur et ainsi favoriser les effets secondaires. Les sujets âgés sont particulièrement sensibles aux effets secondaires et très exposés aux risques d'interactions médicamenteuses. Ces risques sont potentiellement importants avec les vieux antidépresseurs comme les tricycliques, mais ne sont pas exclus avec la classe des ISRS dont certains représentants influencent le métabolisme

hépatique de nombreuses médications. D'une manière générale, on restera prudent par rapport aux doses utilisées.

Les tricycliques sont des antidépresseurs très anciens sur lesquels nous possédons beaucoup de données. Leur efficacité a largement été démontrée dans la littérature, mais leur profil d'effets secondaires et leur toxicité potentielle en font des médications de seconde intention (1, 23). Dans cette catégorie des tricycliques, un produit comme la nortriptyline (Nortrilen®) est souvent utilisé. Il entraîne moins d'effets anticholinergiques que l'amitriptyline (Rédomez®) ou la clomipramine (Anafranil®). Les tricycliques sont aussi associés à moins d'effets sédatifs ou hypotenseurs. En cas de prescription de ces médicaments, il est sans doute important de se rappeler les principaux effets secondaires. On doit, notamment, tenir compte surtout de leurs effets cardiotoxiques et éviter de les prescrire en présence de certains troubles du rythme et d'insuffisance cardiaque. L'hypotension orthostatique peut représenter un risque significatif chez la personne âgée. Certains produits sont sédatifs et augmentent le risque de chute et de fracture. Enfin, ils sont susceptibles d'aggraver les troubles cognitifs. Le risque d'interaction médicamenteuse est loin d'être négligeable, des produits comme l'amitriptyline, la nortriptyline et la clomipramine sont des substrats du CYP2D6.

Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sont aussi des produits assez anciens dont il n'existe plus qu'un représentant en Belgique, la phénelzine (Nardelzine®). Ces antidépresseurs sont difficiles à utiliser et génèrent de la méfiance auprès des cliniciens de par la nécessité de suivre un régime évitant les aliments riches en tyramine susceptibles de favoriser des à-coups hypertensifs potentiellement sérieux (24). Le risque important d'hypotension orthostatique contribue également à limiter leur prescription. Cependant, les IMAO peuvent représenter une alternative dans les cas particulièrement sévères et résistants. Dans cette perspective, le marsilid, un très ancien IMAO retiré du marché, vient d'être re-commercialisé, notamment en France.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent aujourd'hui le traitement de choix de la dépression du patient âgé. Ces molécules sont efficaces, sûres, et bien tolérées (24). Les principaux effets secondaires, très différents d'un produit à l'autre, consistent en symptômes gastro-intestinaux (nausées, vomissements), anorexie, insomnie, nervosité, anxiété, tremblements, céphalées, somnolence, transpiration et troubles sexuels. Certains effets

globalement rares se rencontrent plus fréquemment chez le sujet âgé et peuvent nécessiter un suivi plus spécifique comme l'hyponatrémie (syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique), le risque de chute, le syndrome sérotoninergique ou des saignements gastro-intestinaux. Les ISRS n'ont guère de contre-indications, mais sur le plan pharmacocinétique, ils sont capables de modifier le métabolisme d'autres médicaments. Les risques sont significatifs avec des produits comme la fluoxétine (Prozac®), la paroxétine (Seroxat®, Aropax®) ou la fluvoxamine (Floxyfral®), et moindre avec le citalopram (Cipramil®), l'escitalopram (Sipralexa®) et la sertraline (Serlain®).

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) représentés par la venlafaxine (Efexor exel®) et la duloxétine (Cymbalta®) sont également des médicaments efficaces et sûrs (24). Par rapport à la venlafaxine, la duloxétine a l'avantage d'être douée de propriétés anti-douleurs reconnues, notamment dans les douleurs neuropathiques d'origine diabétique. Les effets secondaires sont relativement limités. On retrouve principalement les effets gastro-intestinaux, les céphalées, la constipation, la transpiration, les effets sur la sexualité, la nervosité, la bouche sèche, la somnolence et l'anorexie. Plus spécifiquement, la venlafaxine peut aussi être responsable d'une élévation modérée et dépendante de la dose de la pression artérielle diastolique. On sera donc particulièrement prudent chez les patients avec des risques cardio-vasculaires importants. Par contre, les risques d'interaction médicamenteuse sont assez faibles avec les représentants de cette classe d'antidépresseurs.

D'autres antidépresseurs peuvent être indiqués dans la dépression de la personne âgée. La mirtazapine (Rémergon®) est un produit en général bien toléré et qui interfère peu avec le métabolisme des autres médicaments. Cependant, certains effets secondaires peuvent être utiles chez un patient et problématiques chez un autre. Notamment, les effets sédatifs sont intéressants pour les patients souffrant d'insomnie, mais la somnolence parfois associée pourrait favoriser les chutes (23). En clinique, chez environ 10% des patients, la sédation peut être très marquée. La mirtazapine peut aussi entraîner une augmentation de l'appétit avec prise de poids. Par contre, elle est très bien tolérée sur le plan digestif et n'exerce pas d'effet significatif sur la fonction sexuelle. Le bupropion (Wellbutrin®), inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et de la dopamine, peut avoir un intérêt chez les patients âgés dont la symptomatologie est sur-

tout caractérisée par de la fatigue et un ralentissement psychomoteur (24). Dans l'ensemble, le produit est assez bien toléré, mais peut entraîner des effets secondaires comme une diminution de l'appétit, la bouche sèche, l'insomnie, une éruption cutanée, des céphalées, de la nervosité et une crise d'épilepsie. Il sera contre-indiqué chez les patients épileptiques.

Idéalement, un traitement antidépresseur sera administré en monothérapie pendant environ 4 à 6 semaines avant d'envisager une approche alternative en cas d'absence de réponse (25). En cas de résistance au traitement, on envisagera les stratégies classiquement utilisées chez l'adulte plus jeune. Si le patient présente une rémission complète, le traitement sera maintenu pendant une période de minimum 6 mois. Chez le sujet âgé, la durée du traitement est même souvent plus longue (12 mois) que chez l'individu jeune. Un arrêt trop précoce de la thérapeutique est associé à un risque très élevé de rechute (environ 60 % au cours de la première année). Chez les patients avec des antécédents de trois épisodes dépressifs majeurs, le traitement sera maintenu pendant au moins 5 ans, voire de manière définitive. Un traitement très prolongé peut aussi être envisagé lorsque l'épisode dépressif a été particulièrement sévère et associé à un risque suicidaire élevé.

La dépression avec caractéristiques psychotiques répond assez mal aux antidépresseurs. Ce type de dépression est, par contre, une indication importante de l'électroconvulsivothérapie (ECT). Les électrochocs restent un traitement relativement sûr dans la dépression du sujet âgé. Les troubles de la mémoire restent l'effet secondaire principal, parfois très mal vécu par les patients. Ils sont pourtant transitoires. Une technique plus récente, la stimulation magnétique transcrânienne, pourrait constituer une alternative intéressante permettant d'éviter les troubles de la mémoire. En effet, cette approche ne nécessite pas d'induction d'une crise d'épilepsie et, donc, pas d'anesthésie générale.

CONCLUSION

Le dépistage de la dépression, en milieu hospitalier comme en médecine générale, chez le patient âgé souffrant d'un trouble physique, est une priorité. En effet, chez la personne âgée, la dépression s'exprime généralement dans un contexte somatique. Or, la coexistence d'une dépression et d'une affection somatique à un âge avancé aggrave fortement le pronostic des deux pathologies. Le diagnostic reste pourtant assez difficile tant la symptomatologie a souvent un

caractère atypique et polymorphe. Le traitement de la dépression sera basé principalement sur les antidépresseurs. Ces médications, choisies en fonction de leur profil d'effets secondaires et des risques d'interaction médicamenteuse, sont efficaces dans la dépression du sujet âgé avec ou sans comorbidité somatique. La dépression de la personne âgée n'est pas une fatalité et l'objectif de rémission reste à tout moment réaliste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blazer DG.— Depression in late life : review and commentary. *J Gerontol*, 2003, **58**, 249-265.
2. Passon SP, Ostling S, Skoog I.— The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. *Psychol Med*, 2001, **31**, 1159-1168.
3. Lyness JM, Caine ED, King DA, et al.— Depressive disorders and symptoms in older primary care patients: one-year outcomes. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2002, **10**, 275-282.
4. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP.— Depression among institutionalized aged : assessment and prevalence estimation. *J Gerontol*, 1989, **44**, 22-29.
5. Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, et al.— The natural history of late-life depression : a 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry*, 2002, **59**, 605-611.
6. Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al.— Mood disorders in the medically ill : scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 2005, **58**, 175-189.
7. Mac Hale S.— Managing depression and physical illness. *Adv Psych Treat*, 2002, **8**, 297-306.
8. Unsar S, Sut N.— Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol Geriatr*, 2010, **50**, 6-10.
9. Egger K, Schocke M, Weiss E, et al.— Pattern of brain atrophy in elderly patients with depression revealed by voxel-based morphometry. *Psychiatry Res*, 2008, **164**, 237-244.
10. Tamburo RJ, Siegle GJ, Stetten GD, et al.— Amygdalae morphometry in late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2009, sous presse.
11. Zhao Z, Taylor WD, Styner M, et al.— Hippocampus shape analysis and late-life depression. *PLoS ONE*, 2008, **3**, e1837.
12. Couillard-Despres S, Wuertinger C, Kandasamy M, et al.— Ageing abolishes the effects of fluoxetine on neurogenesis. *Mol Psychiatry*, 2009, **14**, 856-864.
13. Meltzer CC, Price JC, Mathis CA, et al.— Serotonin 1A receptor binding and treatment response in late-life depression. *Neuropsychopharmacol*, 2004, **29**, 2258-65.
14. Sheline YI, Mintun MA, Barch DM, et al.— Decreased hippocampal 5-HT(2A) receptor binding in older depressed patients using [18F]altanserin positron emission tomography. *Neuro Psycho Pharmacol*, 2004, **29**, 2235-2241.
15. Maninger N, Wolkowitz OM, Reus VI, et al.— Neurobiological and neuropsychiatric effects of dehydroepiandrosterone (DHEA) and DHEA sulfate (DHEAS). *Front Neuroendocrinol*, 2009, **30**, 65-91.
16. Morsink LF, Vogelzangs N, Nicklas BJ, et al.— Associations between sex steroid hormone levels and depressive symptoms in elderly men and women: results from the Health ABC study. *Psychoneuroendocrinol*, 2007, **32**, 874-883.
17. Blazer DG.— Depression and social support in late life : a clear but not obvious relationship. *Aging Ment Health*, 2005, **9**, 497-499.
18. Kraaij V, Arensman E, Spinhoven P.— Negative life events and depression in elderly persons : a meta-analysis. *J Gerontol*, 2002, **57**, 87-94.
19. Patten SB, Barbui C.— Drug-induced depression : a systematic review to inform clinical practice. *Psychother Psychosom*, 2004, **73**, 207-215.
20. Kotlyar M, Dysken M, Adson DE.— Update on drug-induced depression in the elderly. *Am J Geriatr Pharmacother*, 2005, **3**, 288-300.
21. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, et al.— Anxiety symptoms in elderly patients with depression : what is the best approach to treatment? *Drugs Aging*, 2000, **19**, 753-760.
22. Steffens DC, Potter GG.— Geriatric depression and cognitive impairment. *Psychol Med*, 2008, **38**, 163-175.
23. Unutzer J.— Clinical practice. Late-life depression. *N Engl J Med*, 2007, **357**, 2269-2276.
24. Pitchot W, Scantamburlo G, Ansseau M.— Dopamine et dépression : le neurotransmetteur oublié. *Rev Méd Liège*, 2008, **63**, 378-384.
25. Pitchot W, Constant E.— Troubles dépressifs unipolaires. In Dierick M, Claes S, De Nayer A, Cosyns P, Constant E, Souery D (Eds). *Manuel de Psychopharmacologie*. Gent, Academia Press, 2012.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. W. Pitchot, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
Email : wpitchot@chu.ulg.ac.be