

Dépression chez les séniors

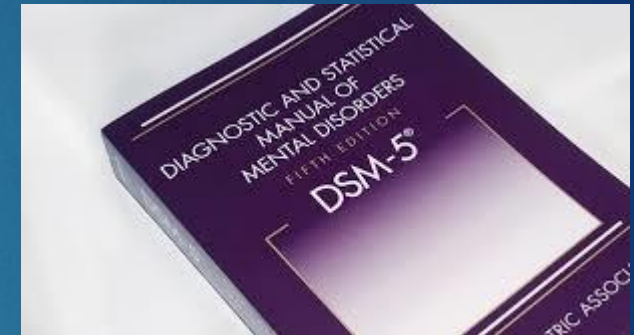
RICHARD CLAUTIAUX
PSYCHOLOGUE ET SEXOLOGUE
SEMAINE BLEUE 2019



PLAN

2

- ▶ Définition Dépression
- ▶ Dépression chez les Séniors
- ▶ Les facteurs favorisants
- ▶ Banalisation piège
- ▶ PEC : Psychiatre / Med TTT : TTT / Psychologique
- ▶ Conclusion



Définition Dépression

3

- ▶ Approche médicale / psychiatrique
- ▶ Selon le DSM-5: Episode Dépressif Caractérisé (EDC)
- ▶ Au moins 5 symptômes parmi :
 - ▶ Humeur dépressive présente toute la journée, presque tous les jours (auto ou hétéro-observation)
 - ▶ Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités de la journée, presque tous les jours (observation idem)
 - ▶ Perte ou gain de poids significatif (hors régime), ou modification de l'appétit.
 - ▶ Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours



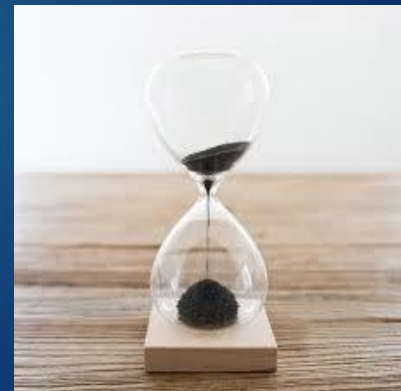
Définition Dépression



- ▶ S'ajoutent les symptômes suivants :
 - ▶ Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
 - ▶ Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
 - ▶ Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (délirante parfois) presque tous les jours
 - ▶ Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours (observation*)
 - ▶ Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes (sans plan précis) ou tentative de suicide, ou plan précis...

Définition Dépression

- ▶ Et doivent être présents pendant « **une même période d'une durée de 2 semaines** »
- ▶ Avec **au minimum** : Soit une **Humeur dépressive**, soit une **perte d'intérêt ou de plaisir** (critères principaux)
- ▶ Attention : ne doivent pas être imputables une autre affection médicale
- ▶ Les symptômes induisent une **souffrance cliniquement significative** ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines



Définition Dépression

6

- ▶ Les symptômes ne sont pas attribuables à :
 - ▶ l'effet physiologique d'une substance (hormonothérapie par exemple)
 - ▶ ou d'une autre affection médicale (dépression idiopathique de certaines Maladies Neuro-Dégénératives (MND))
- ▶ **N'est pas considéré comme dépression l'état résultant d'un deuil** ou d'une perte significative dont la tristesse est une étape.
- ▶ En l'absence de toute maladie psychiatrique (trouble schizo-affectif, trouble délirant ou schizophrénie, épisode maniaque ou hypo-M)
- ▶ Et surtout :
 - ▶ Selon l'histoire individuelle, les normes culturelles et leur expression.



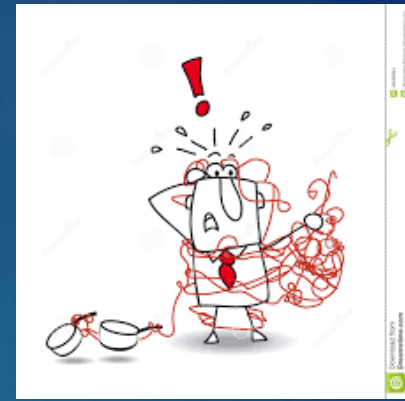
Définition Dépression



7

- ▶ Différents types de dépressions (narcissique, anaclitique, existentielle, ou en lien avec un trouble psychotique, etc.).
- ▶ Approche psychologique :
 - ▶ Bien sûr, les critères DSM restent prévalents.
 - ▶ Mais regard porté sur différentes formes, et prise en compte de différentes causes
 - ▶ Regroupent souvent les symptômes proposés, mais pas toujours

Définition Dépression



8

- ▶ Parfois, une dépression n'est pas visible d'emblée, mais apparaît dans le discours de la personne par des éléments péjoratifs, ou des symptômes hors diagnostic médical.
 - ▶ Cela en fait donc une entité à la fois simple, et également complexe.
- ▶ Simple et complexe également dans le traitement (cf. chapitre 3).

Dépression chez les Séniors

9

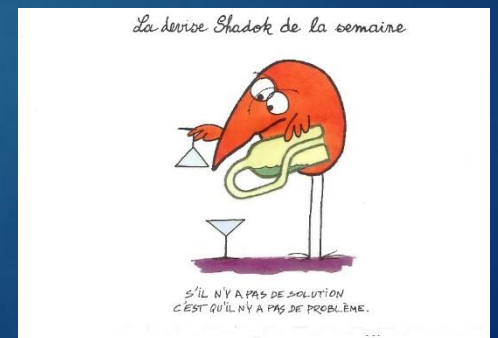
- ▶ Données épidémiologiques :
 - ▶ Chez + de 65 ans : entre 8 et 16 %
 - ▶ Chez + de 85 ans : entre 12 et 15 %
 - ▶ En institution : entre 10 et 45 %
 - ▶ Comparaison pop. Générale : entre 15 et 30 %



Dépression chez les Séniors

10

- ▶ Spécificité de la dépression chez les séniors:
 - ▶ Souvent sous-diagnostiquée (60 à 70 % de méconnaissance)
 - ▶ Forme particulière avec plaintes somatiques ++ / Hypochondrie
 - ▶ Mais en même temps : pathologies somatiques / cognitives +++
 - ▶ Place des tentatives de suicide ?



Dépression chez les Séniors

11

- ▶ Symptomatologie moins franche que chez les plus jeunes, du fait de la présence des autres troubles
- ▶ **On retrouvera alors au premier plan :**
 - ▶ Fatigue, manque de vigueur et d'énergie,
 - ▶ Manque de plaisir dans les occupations, perte d'intérêt
 - ▶ Apathie, désespoir / pessimisme, colère envers soi-même



Dépression chez les Séniors

12

- ▶ Ralentissement, difficultés à se concentrer,
- ▶ Douleurs articulaires, gastro-intestinales, céphalées,
- ▶ Troubles sexuels (parfois seul symptôme visible)
- ▶ Parfois, plus rarement : idées délirantes (négation d'organes, incurie).



Dépression chez les Séniors



13

- ▶ Présence fréquente de troubles cognitifs rend le diagnostic compliqué à poser :
 - ▶ Dans les troubles cognitifs, l'altération du fonctionnement ressemble à de la dépression,
 - ▶ La dépression en elle-même entraîne des symptômes qui ressemblent aux troubles cognitifs...
- ▶ Ainsi, il est fréquent que pour réaliser un bilan cognitif, il soit d'abord proposé un traitement anti-dépresseur...
 - ▶ Et réévaluation à 6 mois de traitement

Les Facteurs Favorisants

14



- ▶ INDIVIDUELS :
- ▶ Vieillir est un long processus qui s'écrit dans le temps, de la naissance à la sénescence
- ▶ Ce processus entraîne des changements permanents au niveau sensoriel, biologique, physiologique et neurologique
- ▶ Processus très hétérogène car ces modifications se font à des rythmes différents pour chaque individu
- ▶ De fait, ces modifications peuvent, si elles sont brutales ou difficiles à anticiper, entraîner des états dépressifs.

Les Facteurs Favorisants



15

- ▶ INDIVIDUELS :
- ▶ Entraîne des crises existentielles...
- ▶ Également liées à la peur de la finitude
- ▶ Envisager que le chemin à parcourir soit moins long devant que derrière soi, n'est pas facile.
- ▶ Périodes de bilan de vie : craintes de ne pas réparer ses erreurs
- ▶ Avec l'envie parfois d'essayer de corriger la situation et d'affronter les limites des autres / leur refus...
- ▶ Prises de conscience de nos propres blessures

Les Facteurs Favorisants

16



- ▶ RELATIONNELS :
- ▶ Le couple : vieillissant, neuf (deuxième ou troisième « lit ») agréable, usant, anxiogène, étayage ?
- ▶ Si l'un des deux est malade ou en situation de handicap...
- ▶ Quand l'autre est parti, ou décédé...
- ▶ Et puis les autres, les amis, les connaissances : comment vont-ils?
- ▶ Selon leur santé, présence, absence, cela conditionne **l'étayage social et émotionnel**

Les Facteurs Favorisants

17



- ▶ SANTE :
- ▶ Maladies Chroniques et Aigües :
- ▶ Vont avoir une place spécifique dans la vie des personnes :
 - ▶ Souvent facteur d'exclusion sociale,
 - ▶ Parfois de retrait alimentaire
 - ▶ Émergence d'une dépendance redoutée
 - ▶ Facteur précipitant le départ du domicile → institutionnalisation



Les Facteurs Favorisants

18

- ▶ Corps et cerveau se retrouvent à lutter pour la « **survie** »
- ▶ La vie, telle qu'elle a été connue est remplacée en permanence par le vieillissement naturel du corps
- ▶ Les repères corporels changent aussi
- ▶ Tout change dans une vie qui compte plus de 60, 70, 80 ans...
 - ▶ → point spécifique de la dépression chez les séniors.

Banalisation piège



19

- ▶ Il n'est pas rare que la dépression chez les seniors soit banalisée...
 - ▶ « il est vieux / elle est vieille , c'est normal à son âge »... Quid de la normalité?!
- ▶ Il peut y avoir plusieurs explications à cela :
 - ▶ Une réalité complexe et parfois difficile à évaluer pour les professionnels de santé
 - ▶ Une difficulté majeure à amener la personne à se soigner (principe même de l'aboulie / apathie)

Banalisation piège

20

- ▶ Une réalité épidémiologique qui peut faire peur (20 Millions en 2015... dont une fourchette de 8 à 15 - 45 % → plusieurs millions de personnes???)
 - ▶ Une réalité économique pour la sécurité sociale...
 - ▶ Et un temps à « dépenser » pour les accompagner...
-
- ▶ Puis il y a d'autres aspects à ce « problème » :
 - ▶ La pathologie du banal ?
 - ▶ Est-ce que les seniors nous parlent vraiment d'eux?



Banalisation piège



21

- ▶ Comment interpréter leurs fuites face à la question « comment allez-vous? »... Prenons nous, même, le temps d'écouter la réponse...?
- ▶ Quand la personne âgée elle-même cache / masque son mal-être pour ne pas avoir de réprimandes ou de fausse réassurance (MDD fréquent chez les soignants)...
- ▶ Que penser alors de ces personnes qui ne répondent jamais à la question « comment allez vous? » ou qui répondent par « et vous? »
- ▶ Sommes-nous aussi prompt à écouter qu'à répondre ...?

Prise en Charge



22

- ▶ Une bonne prise en charge se veut pluridisciplinaire :
Plusieurs acteurs selon la situation :
 - ▶ Médecin traitant : souvent le premier sollicité, rôle d'accueil et d'écoute de la détresse, souvent propose le premier traitement
 - ▶ Psychiatre : Peut être sollicité aussi en premier plan, mais souvent lorsque la prise en charge devient plus complexe, avec +/- émergence de symptômes rebelles aux traitements +/- décompensation. Souvent dans les évaluations mensuelles.
 - ▶ CMP

Prise en Charge



23

- ▶ Gériatre +/- Psycho-gériatre : recours spécialisé pour les séniors les plus âgés, confrontés aux décompensations (troubles comportementaux) et aux troubles cognitifs associés.
- ▶ Psychologue : autre voie l'abord pour les patients, sollicités en premier par les patients ne souhaitant pas de traitements médicamenteux.
 - ▶ Rôle d'accueil et d'établissement de la psychothérapie (comme les Psychiatres), établissent la relation dans le temps et la parole; souvent dans la régularité hebdomadaire.

Prise en Charge



24

- ▶ CMP : Lieu d'accueil
- ▶ avec Psychiatres, Psychologues et Infirmières « Psy » :
 - ▶ permettent une prise en charge organisée et financée par la sécurité sociale.
 - ▶ Bien pour les personnes n'ayant pas les moyens financiers de régler leurs consultations.
 - ▶ Pb : délai d'attente pour une place en consultation de plusieurs mois (souvent).

Prise en Charge

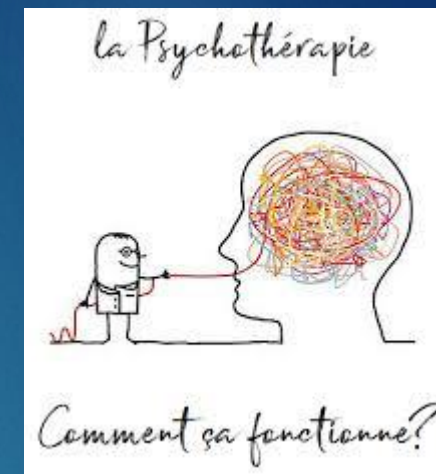


25

- ▶ Et la place des traitements ?
 - ▶ Souvent crainte, mais souvent nécessaire.
- ▶ Faire la différence entre anxiolytiques et antidépresseurs
- ▶ Utilité reconnue dans la prise en charge des troubles de l'humeur
 - ▶ Efficacité estimée à 40 %, Psychothérapies idem 40 %
 - ▶ Mais efficacité des deux potentialisée à 80 % d'efficacité
 - ▶ 20 % qui restent ? Non traités ou résolus spontanément...

Prise en Charge

26



- ▶ Et la place des psychothérapies ?
- ▶ But : aider le patient à retrouver le « goût de vivre »...
- ▶ Le travail psychique va viser plusieurs objectifs :
 - ▶ Mettre du sens sur le vécu des personnes
 - ▶ Le réinvestissement « libidinal » → pas que sexuel, mais hédonique au sens large
 - ▶ L'atténuation des symptômes
 - ▶ La re-narcissisation du sujet afin qu'il ré-investisse en confiance les différents champs de son existence



Prise en Charge

27



► Moyens :

- Mise en place d'un accompagnement psychologique régulier (facteur favorisant l'alliance thérapeutique et la confiance)
- Un cadre sécure pour la relation thérapeutique et un cadre matériel accueillant
- L'adhésion du patient...

Prise en Charge



28

- ▶ Piège :
 - ▶ Justement l'adhésion du patient quand, en phase de dépression : plus rien n'a de sens, d'utilité, si ce n'est l'espoir secret (ou pas) que la mort les délivre de cette vie privée du plaisir de l'habiter...
- ▶ Contenu ?
 - ▶ Adapté à chaque situation, mais va globalement explorer l'ensemble des dimensions du patient pour lesquelles il annonce une souffrance...
 - ▶ Mais aussi abord des points qui ne posent pas de problème (utile pour l'aider à surmonter les ruminations anxio-dépressives)

- ▶ Mise en place, selon les psychothérapies (différentes inspirations) de scripts spécifiques dans l'abord des problématiques pour aider le patient à les résoudre via un travail psychique...
- ▶ Quelques orientations :
 - ▶ Psychanalytique / Psychodynamique,
 - ▶ TCC, Systémiques, Humaniste,
 - ▶ EMDR, etc...
 - ▶ (+ Hypnose, pleine conscience...)



Conclusion



30

- ▶ A surmonter :
- ▶ Difficulté à reconnaître sa propre dépression...
- ▶ Peur de rencontrer un « psy » (ce n'est pas pour les « fous »)
- ▶ Peur d'avoir un traitement et d'être un zombie
- ▶ La difficulté même du trouble dépressif : le patient n'a de motivation pour rien... alors se soigner...!!!
- ▶ Et pourtant : travail : réapprendre à s'occuper de SOI, se faire plaisir* (non pas une fois, mais tous les jours → réapprendre la satisfaction).



Conclusion

31



- ▶ La plupart du temps, les personnes ont-elles-mêmes les clés pour surmonter leurs dépression...
- ▶ Mais il faut tout de même pour cela un bon étayage, de la résilience et des capacités à se réinvestir, à recréer des projets.
- ▶ Facteurs limitants dans le grand âge : perte d'autonomie pour la réalisation de Soi, polypathologies, troubles cognitifs, deuils...
- ▶ Facteur favorisant : disponibilité à soi pour un travail réflexif, introspectif...



A retenir...

32



- ▶ La dépression est une maladie.
- ▶ Bien que classée dans les troubles mentaux, elle peut tout a fait avoir des répercussions somatiques, même si elle ne « déclenche » pas de Maladie
- ▶ Comme c'est une maladie, elle se soigne, ce n'est pas fatalité!!
- ▶ Importance de se prendre en charge
- ▶ importance de la proximité : se sentir entouré, écouté...



Merci de votre attention

