

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI  
*Un Peuple- Un But- Une Foi*



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

*Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie*

**FMOS**

Année Universitaire : 2019-2020

N° 134...../

**Dépistage des troubles dépressifs chez le sujet  
âgé à l'Institut d'Etude et de recherche en Géro-  
gériatrie à Bamako, Mali**

Présentée et soutenue publiquement le ... /.../2020  
Devant le jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**M. Alhousseini ABOUBACAR**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'état)**

**Président :** Pr. Cheick Oumar GUINTO  
**Membre :** Dr. Modibo SANGARE  
**Co-directeur :** Dr. Souleymane dit Papa COULIBALY  
**Directeur :** Pr. Youssoufa Mamoudou MAIGA

# DEDICACES

Rendons grâce à ALLAH pour ses biens faits.

Je dédie cette thèse à la mémoire de ma grand -mère.

***Hawa Larabou Maiga***

Chère maman, je dois dire que ta vie sur terre a été un instant très court. Ta mort nous a surpris ; mais elle a changé notre vie. Elle est l'énergie qui nous galvanise dans nos projets et entreprises. Elle nous a poussé à arriver là où nous sommes aujourd'hui.

Nous aurions tant aimé que tu sois là en ce jour de grâce pour voir ton petit-fils finir, ce que tu as vu commencer. Hélas, je sais que tu me vois. Je sais que tu es là, car je sais sentir ta présence. Je sais admirer ta joie.

Chère mère, nous gardons de toi l'image d'une mère affectueuse, rigoureuse et pleine de tendresse.

Tu nous as inculqué la rigueur, le courage et le respect de l'autre. Puisse Dieu, le Tout Puissant, t'accueillir dans son paradis. *Amen*

# Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements:

*A notre mère, **feue Aminata Alousseini***

Décédée très tôt à ma très jeune enfance

Dors en paix chère maman.

*A notre père, **El Hadji Aboubacar Idrissa***

Tu nous as enseigné l'amour pour le travail bien fait, la discipline, le respect d'autrui, et l'honnêteté.

Aucun mot ne saurait exprimer mon amour et ma gratitude envers toi. Merci pour tous les sacrifices consentis. Ce résultat, je te le dois, et j'espère que tu en seras fier.

**À mes oncles**

***Siaka Alfari Maiga, Issa Adamou, Abdou Djibi Maiga, Hamidou Bossou, Harouna Adamou, Alhousseini Issa, Ali Soumana***

Recevez ce travail en guise de ma reconnaissance éternelle et de mon infini amour à chacun de vous.

**À mes tantes**

***Saley Mahamadou, Haja Issa, Hajiha Fadimata Mahamane samba, Djeneba Soumana, Anoura somé***

Vous étiez toujours là pour m'éduquer, m'écouter et me conseiller. Ce moment est une occasion pour moi de témoigner de ma gratitude, de l'amour et de l'attention que vous nous portez, encore merci et que Dieu vous aide à accomplir vos œuvres.

**A mes sœurs aînées**

***Aissata Moumouni, Mariam Idrissa***

A travers vous, j'ai compris l'importance d'une famille.

Que Dieu vous garde et vous donne une longue vie, et vous ouvre les portes de la réussite et du bonheur.

**A mes frères aînés**

*Abdoul Karim Moumouni, Abdoul Aziz Aboubacar, Boubacar Amadou,*

En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection mutuelle que nous nous portons.

**A mon beau-frère**

*Ibrahim Alkamiss Cissé*

Pour vos contributions multiples, veuillez trouver en ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mes neveux

*Abdoulaye Ousmane, Mohamed Souleymane, Fawzane Abdoul Aziz et Mohamed Cissé*

Je vous remercie pour tous les moments de joie et de fêtes que nous avons partagées.

**A mes nièces**

*Fridaoussou Souleymane, Ouley Souleymane, Aicha I Cissé, Fatoumata Ibrahim Cissé*

Merci pour les soutiens, pour les moments de bonheurs et de complicités, pour les encouragements et les prières. Retrouvez ici, toute mon affection.

A mon ami,

*Ariel Litke*

Plus qu'un ami tu es devenu un frère pour moi. Ton courage, ta disponibilité, ton sens de l'humour me laissent croire que je peux compter sur toi. Ton soutien ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le tien. Trouves ici, cher ami l'expression de ma profonde gratitude.

**A ma fiancée**

***Assiétou Yamadou Sidibé,***

L'amour, c'est de partager sans rien attendre en retour. Tu es celle qu'il me fallait pour connaître le bonheur de partager de façon désintéressée. Merci pour le soutien sans faille.

**Aux internes du service de psychiatrie**

***Baba Ba, Alou Traore, Almoustapha Cissé, Jean Marie Mounkoro, Marie Noëlle Diawara, Issa Coulibaly, Fatouma Dembelé***

Vous faites partis de ces personnes rares par vos gentillesse, trouvez ici, le témoignage de ma reconnaissance pour vos inlassables soutiens.

**A tous mes amis d'ici et d'ailleurs**

***Boncana Abdoulaye, Lamine Toure, Aliou Amadou, Adama Niare, Hamidou Daouda Maiga, Sidi ould Hamey, Issouf Maiga, Issa Amadou, Alousseini Toure, Issa Abdoulaye***

Acceptez chers amis, l'expression de ma profonde reconnaissance.

**Aux membres de Gaakassiney, AERGAOS (Association des étudiants ressortissants de Gao et sympathisants), AEEN (Association des élèves et étudiants nigérien, Cucam (comité universitaire pour la coordination des arts martiaux) et CAB (club Alioune blondin)**

Merci pour m'avoir accordé un peu de vos temps et de m'avoir fait confiance.

**Au corps professoral et tous les enseignants de la FMOS de l'USTTB**

Merci pour la qualité des enseignements donnés.

**Aux personnels du service de psychiatrie**

Merci pour les moments passés ensemble.

***Au personnel de la maison des aînés de Bamako***

Vous avez été pour moi, des collègues de travail et un soutien moral tous les jours. Recevez là, le témoignage de ma profonde gratitude.

***Aux enseignants De l'école fondamentale d'Aljanabandia et de Gadeye,  
du lycée Yana Maiga de Gao,***

Aucun mot ne serait suffisant pour vous témoigner toute notre reconnaissance.

Du fond du cœur, nous vous disons merci.



# Hommmages aux membres du jury

## **HOMMAGES AUX MEMDRES DU JURY**

A notre maitre et président du jury

Professeur **Cheick Oumar GUINTO**

- Professeur Titulaire de neurologie à la FMOS
- Responsable de l'enseignement de la neurologie à la FMOS
- Chef de service de Neurologie du CHU-Point G
- Praticien hospitalier au CHU-Point G
- Coordinateur du DES de neurologie
- Président de la Société de Neurologie du Mali
- Membre de la Société Malienne des Neurosciences
- Membre du consortium *Human Heredity and Health in Africa* (H3Africa)

Cher Maître,

Malgré vos multiples occupations, tant sur le plan national qu'international, vous avez accepté la présidence de ce jury.

Votre simplicité, votre grande culture scientifique, votre amour du travail bien fait, ont forgé notre admiration.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

**Docteur Modibo SANGARE**

- PhD en Neurosciences à l'Université de George Washington aux Etats unis d'Amérique
- Spécialiste de médecine moléculaire
- Enseignant chercheur et maître-assistant en anglais à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Responsable de l'enseignement de l'anglais médical à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS), faculté de pharmacie (FAPH), faculté des sciences et technique et à l'institut national de formation en science de la santé (INFSS).

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre courtoisie, votre modestie, votre rigueur pour le travail bien fait, et votre disponibilité à servir autant que possible les autres font de vous un exemple à suivre.

Nous vous remercions sincèrement pour la qualité de l'enseignement que nous avons reçu.

Cher maître, trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre profonde admiration ainsi que notre grande reconnaissance.

Que Dieu vous protège.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

**Dr Souleymane dit Papa COULIBALY**

- Ancien interne des hôpitaux du mali
- Psychiatre au CHU du point G
- Maître-assistant à la FMOS
- Membre de la Société Malienne de la Santé Mentale (SOMASAM)
- Membre du consortium *Human Heredity and Health in Africa* (H3africa)
- Membre de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM)

Cher Maître,

Ce travail est le témoignage de la confiance que vous avez placé en nous.

Nous avons été séduits par votre simplicité, votre grande culture scientifique, votre amour pour le travail bien fait et votre souci constant de la bonne formation des futurs cadres. Nous vous serons toujours reconnaissants pour tous les services rendus. C'est l'occasion solennelle de vous dire infiniment merci.

A notre maître et Directeur de thèse

**Professeur Youssoufa Mamoudou MAIGA**

- Professeur Titulaire de Neurologie à la FMOS
- Chef du service de Neurologie du CHU Gabriel Toure
- Neurobiologiste
- Formateur à l'académie Européenne de l'épilepsie (EUEPA)
- Membre de l'académie des 1000 de la ligue internationale de lutte contre l'épilepsie
- Membre de l'Association Panafricaine des Sciences Neurologiques (PAANS)
- Membre de la société française de neurologie
- Secrétaire général de la Société de Neurologie du Mali
- Membre de la Société Malienne de Neurosciences
- Secrétaire général de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie

Honorable Maître,

C'est une grande joie pour nous de vous avoir comme Directeur de thèse.

Malgré vos multiples occupations vous avez accepté de diriger ce travail. Soyez en remercié.

Nous vous réitérons notre admiration pour votre simplicité et votre ardeur au travail espérant que ce travail sera à la hauteur de vos espérances.

## LISTE DE TABLEAUX ET FIGURES

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau I</b> : Antidépresseurs tricycliques.....  | 17 |
| <b>Tableau II</b> : Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).....   | 18 |
| <b>Tableau III</b> : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.....  | 18 |
| <b>Tableau IV</b> : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine de la noradrenaline (IRSNA).....   | 19 |
| <b>Tableau V</b> : Autres antidépresseurs.....  | 20 |
| <b>Tableau VI</b> : Répartition des personnes âgées selon le niveau d'étude.....  | 29 |
| <b>Tableau VII</b> : Répartition des personnes âgées selon le statut matrimonial.....   | 29 |
| <b>Tableau VIII</b> : Répartition des personnes âgées selon la résidence.....   | 30 |
| <b>Tableau IX</b> : Répartition des personnes âgées selon la profession.....  | 30 |
| <b>Tableau X</b> : Répartition des personnes âgées selon la situation professionnelle actuelle.....   | 31 |
| <b>Tableau XI</b> : Répartition des personnes âgées selon l'ethnie.....   | 31 |
| <b>Tableau XII</b> : Répartition des personnes âgées selon le motif de consultation.....  | 32 |
| <b>Tableau XIII</b> : Répartition des personnes âgées selon la présence de notion d'antécédents personnels et familiaux de dépression.....              | 33 |
| <b>Tableau XIV</b> : Répartition des personnes âgées selon la relation d'antécédents familiaux depression.....  | 33 |
| <b>Tableau XV</b> : Répartition des personnes selon la consommation actuelle de substance psychoactive.....   | 34 |
| <b>Tableau XVI</b> : Répartition des personnes selon la réponse positive aux items de l'échelle de dépression gériatrique (EDG).....                    | 35 |
| <b>Tableau XVII</b> : Répartition des personnes âgées selon l'existence de la dépression.....   | 36 |
| <b>Tableau XVIII</b> : Répartition des personnes âgées selon le score de l'échelle de dépression gériatrique (EDG).....                                 | 36 |
| <b>Tableau XIX</b> : Répartition des personnes âgées selon le choix du premier recours de soins.....  | 36 |
| <b>Tableau XX</b> : Répartition des personnes âgées selon le diagnostic somatique retenu.....   | 37 |
| <b>Tableau XXI</b> : Répartition des personnes âgées selon les médicaments reçus.....   | 38 |
| <b>Tableau XXII</b> : Répartition des personnes âgées selon la durée d'évolution de la maladie (en année).....  | 39 |
| <b>Tableau XXIII</b> : Relation entre le degré de sévérité de la dépression et le sexe des patients.....  | 39 |
| <b>Tableau XXIV</b> : relation entre le degré de sévérité de la dépression et les tranches d'âge des personnes âgées.....                               | 40 |
| <b>Tableau XXV</b> : Relation des personnes âgées selon le degré de sévérité de la dépression et niveau d'étude.....                                    | 40 |
| <b>Tableau XXVI</b> : Relation le statut matrimonial des personnes âgée entre et le degré de sévérité de la dépression.....                             | 41 |
| <b>Tableau XXVII</b> : Relation entre la résidence des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.....                                    | 41 |
| <b>Tableau XXVIII</b> : Relation entre le statut professionnel actuel des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.....                 | 42 |
| <b>Tableau XXIX</b> : Relation entre les antécédents personnels de la dépression chez des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression..... | 42 |
| <b>Tableau XXX</b> : Relation entre les antécédents familiaux de dépression chez les personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.....      | 43 |
| <b>Tableau XXXI</b> : Relation entre les habitudes exo-toxiques des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.....                       | 43 |
| <b>Tableau XXXII</b> : Relation entre l'itinéraire de soins et la depression.....   | 44 |
| <b>Tableau XXXIII</b> : Relation entre l'âge des personnes âgées et de la dépression.....   | 44 |
| <b>Tableau XXXIV</b> : Relation entre le sexe et la depression.....   | 44 |

**Figure 1** : Répartition des personnes âgées selon le sexe ..... 28

**Figure 2** : Répartition des personnes âgées selon la tranche d'âge ..... 29

## **Liste des abréviations**

|                 |  |
|-----------------|--|
| <b>AINS</b>     | : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens  |
| <b>ATCD</b>     | : Antécédents  |
| <b>CA</b>       | : Conseil d'Administration   |
| <b>CHU</b>      | : Centre Hospitalier Universitaire   |
| <b>CNPAM</b>    | : Conseil National des Personnes Agées du Mali                                     |
| <b>DGC</b>      | : Geriatric Depression Scale   |
| <b>DNAS</b>     | : Direction Nationale des Affaires Sociales  |
| <b>DSM IV</b>   | : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux 4 <sup>ème</sup> édition |
| <b>FMOS</b>     | : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie                                      |
| <b>HPA</b>      | : Axe Hypothalomo-hypophyso-cortisurrenalien                                       |
| <b>IERGGMMA</b> | : Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto- Gériatrie du Mali                  |
| <b>IMAO</b>     | : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase   |
| <b>ISRS</b>     | : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine                             |
| <b>IRSNA</b>    | : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline      |
| <b>OMS</b>      | : Organisation Mondiale de la Sante  |
| <b>TS</b>       | : Tentative de Suicide   |
| <b>USA</b>      | : Etats Unis d'Amérique  |



## TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>I. INTRODUCTION</b> .....  | <b>1</b>  |
| <b>II. OBJECTIFS</b> .....  | <b>4</b>  |
| 1. Objectif général .....   | 4         |
| 2. Objectifs spécifiques.....   | 4         |
| <b>III. GENERALITES</b> .....   | <b>6</b>  |
| 1. Définition .....   | 6         |
| 2. Historique .....   | 6         |
| 3. Mécanismes physiopathologies .....   | 9         |
| 4. Syndrome dépressif typique .....   | 10        |
| 5. La clinique de la dépression chez la personne âgée : les critères du DSM-IV et une sémiologie clinique particulière..... | 13        |
| 6. Evolution de la dépression .....   | 15        |
| 7. Traitement .....   | 15        |
| <b>IV. METHODOLOGIE</b> .....   | <b>22</b> |
| <b>V. RESULTATS</b> .....   | <b>28</b> |
| 1. Caractéristiques sociodémographiques .....   | 28        |
| 2. Données cliniques .....  | 32        |
| 3. Itinéraire diagnostique et thérapeutique .....   | 36        |
| <b>VI. DISCUSSION</b> .....   | <b>46</b> |
| 1. Limites de l'étude.....  | 46        |
| 2. Caractéristiques sociodémographiques .....   | 46        |
| 3. Données cliniques .....  | 48        |
| 4. Diagnostic somatique retenu et degré de sévérité de la dépression .....  | 49        |
| 5. Traitement .....   | 49        |
| 6. Evolution .....  | 50        |
| 7. Facteurs liés à la dépression .....  | 50        |
| <b>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....  | <b>53</b> |
| Conclusion.....   | 53        |
| Recommandations .....   | 54        |
| <b>REFERENCES</b> .....   | <b>56</b> |
| <b>ANNEXES</b> .....  | <b>62</b> |
| Fiche signalétique .....  | 62        |
| Fiche d'enquete.....  | 64        |
| Serment d'Hypocrate.....  | 66        |

# INTRODUCTION

## **I. INTRODUCTION**

Les états dépressifs ont été décrits depuis le XVI<sup>ème</sup> siècle, dans le livre des cœurs du Papyrus d'Eders [1]. Depuis l'Égypte ancienne, la caractérisation de la dépression a évolué au cours des âges et à travers les cultures [1]. La dépression est un trouble de l'humeur et l'humeur est la disposition affective de base qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et la douleur. On évoque un trouble de l'humeur lorsque celle-ci est désadaptée par rapport au contexte, soit de manière qualitative ou quantitative [1].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2020, la dépression sera, après les maladies cardiovasculaires, l'affection qui entraînera le plus gros coût de santé en termes de mortalité, de morbidité, d'incapacité au travail et d'utilisation de soins médicaux [2].

La personne âgée constitue un groupe vulnérable à la dépression liée à des problématiques organiques, psychologiques et sociales [3].

Selon OMS d'ici l'an 2050, le monde comptera 1,2 milliard de personnes âgées, dont près des trois quarts vivront dans les pays en développement [4].

L'association canadienne pour la santé mentale, affirme qu'une personne âgée en bonne santé mentale est celle qui est capable de vivre et d'exprimer ses émotions de façon appropriée, de bien raisonner, d'être en relation satisfaisante avec son entourage. Elle est capable d'occuper sa place dans la société et d'exercer son pouvoir de décision [5].

Tylee. et al...2008; estiment que la prévalence de la dépression chez la personne âgée de plus de 65 ans, est environ 15 % [3]. Pour Ould Beziou A et al...2004 ; la dépression majeure affecte 5 à 10 % des sujets âgés qui consultent en soins primaire [6]. En effet, la dépression des sujets âgés est responsable d'une surconsommation des services de soins (nombreuses consultations pour plaintes

somatiques, multiplication des examens complémentaires et rallongement des durées d'hospitalisations) [7,8].

Nanema et al...2016 ; ont rapporté que la dépression est un trouble psychiatrique de plus en plus fréquent chez le sujet âgé au Burkina [9].

Au Mali le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus devrait atteindre 2 980 000, soit 7% de la population totale à l'échéance 2050 [10].

Peu d'études ont été menées sur la dépression du sujet âgé, les quelques connaissances dont nous disposons sur ce fléau sont parcellaires, ainsi nous avons initié ce travail, avec pour objectif de dépister les troubles dépressifs chez les personnes Agées.

# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Faire un état des lieux de la dépression parmi les personnes âgées demandant de soins médicaux à l'institut d'étude et de recherche en Geranto-gériartrie de Bamako.

### **2. Objectifs spécifiques**

1. Décrire le profil clinique des personnes âgées de 60 ans et plus vues en consultation à l'institut d'étude et de recherche en Geranto-gériartrie de Bamako en 2019;
2. Déterminer la fréquence de la dépression parmi les personnes âgées de 60 ans et plus vues en consultation à l'institut d'étude et de recherche en Geranto-gériartrie de Bamako en 2019 ;
3. Identifier les facteurs de risques de dépression chez les personnes âgées de 60 ans et plus vues en consultation à l'institut d'étude et de recherche en Geranto-gériartrie de Bamako en 2019.

# GENERALITES

### III. GENERALITES

#### 1. Définition

Selon l'OMS, la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social. Elle ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé serait donc incomplète sans la prise en compte de la santé mentale. En d'autres termes sans la santé mentale, il n'existe pas de santé globale. Pour mettre en œuvre une politique efficace en matière de santé mentale, il faut une volonté politique réaffirmée conduisant à l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé mentale en particulier la dépression chez les personnes âgées [11].

Les troubles dépressifs sont des états pathologiques caractérisés par une humeur triste et douloureuse associée à la réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt. Le risque principal à rechercher systématiquement est le passage à l'acte suicidaire [12].

#### 2. Historique

L'apparition relativement récente du terme dépression dans le langage médical conventionnel, la notion de dépression existait déjà depuis l'antiquité [13].

En effet déjà à cette époque les perturbations négatives de l'humeur avaient commencé à capter l'attention de l'entourage des malades. Cette inversion de l'humeur était perçue comme une expression de la haine de Dieu [13]. Ainsi à cette époque comme encore en Afrique, l'homme anéanti par la maladie et par la force de la nature, attribuait à une force extérieure tous ses maux. Comme pour tous ses malheurs, pour tenter de comprendre l'origine de la dépression l'homme avait uniquement recours à une explication surnaturelle [13].

Il fallait attendre avec Hypocrate, pour voir l'explication surnaturelle de la dépression céder le pas à une explication naturelle humorale. On expliquait la dépression une hypersécrétion de bile noire. Cette substance étant incriminée dans la survenue de plusieurs maladies (épilepsie, tristesse, folie furieuse etc.).



La plus grande partie de la pathologie mentale est en relation avec l'atrabile. Ceci marque ainsi le début d'un courant médical dans l'histoire de la psychiatrie, qui était elle-même confondue à la mélancolie classique. Les symptômes mélancoliques étaient considérés comme la conséquence d'une montée dans le cerveau d'une substance noire secrétée dans un autre lieu. Cette théorie voulait que le syndrome mélancolique soit le résultat d'une agression du cerveau par l'humeur qui avait pris naissance dans un autre organe [14]. Les états mineurs (par rapport à la mélancolie) furent également de plus en plus connus et étudiés avec Seglas, Janet et De Fleury. On parle souvent de la rate, de neurasthénie de mal du siècle, de psychasthénie et de chlorose [15].

Au cours de l'histoire, cette théorie fut dépassée et la maladie mélancolie fut attribuée uniquement au système nerveux.

Au début du XIX<sup>ème</sup> siècle Esquirol conseille de bannir l'origine humorale de la mélancolie et de rayer du vocabulaire scientifique le mot mélancolie. Il distingue une monomanie expansive, euphorique (manie) et une monomanie triste (lypémanie).

Au cours du siècle, les deux mots manie et mélancolie seront employés pour désigner toute forme de folie ou de délire. La manie désignait la folie totale et la mélancolie la folie partielle [15].

A l'avènement de la psychiatrie moderne, à la fin de XIX<sup>ème</sup> et au début XX<sup>ème</sup> siècle, Pinel attribue à la manie son caractère expansif et d'excitation des centres nerveux. C'est avec Ballarger, Falret et Kraepelin que seront décantées la manie et de la mélancolie tous les délires de persécutions, les états confusionnels, et de stupeur.

Kraepelin à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, isole la psychose maniaco-dépressive des autres maladies mentales. Il la considère comme une affection essentiellement endogène, où les caractères héréditaires, cycliques et alternants sont qualificatifs [16].

Ainsi du courant médical hypocratique et atrabilique, en passant par un courant religieux du moyen-âge, l'histoire de la dépression se trouve révolutionnée par les découvertes de Sigmund Freud. Il a introduit des conceptions psychodynamiques permettant de mieux cerner les pathologies mentales.

On a compris avec Freud que la maladie mentale n'est qu'une tentative d'ajustement, une tentative de sujet de résoudre des problèmes qui n'ont pu être réglés convenablement [17].

Ces différents courants situés dans le temps peuvent à une certaine époque se succéder ou quelque fois se passer simultanément. « Depuis l'ère des sorciers guérisseurs à la période des thymoanaleptiques il s'est passé près de cinq mille ans ; en Afrique noire ces deux pôles existent et cohabitent ».

Avec l'avènement des antidépresseurs on créera le concept de dépression endogène par opposition à la dépression réactionnelle. Il n'y a aucun doute qu'il y'a une familiarité de la mélancolie maladie en Europe. Jusqu'à la moitié du XX<sup>ème</sup> siècle cependant, des doutes sérieux ont été exprimés à propos de l'existence même de la dépression en Afrique. La rareté des états dépressifs chez l'africain est donc relatif, et se trouve liée à une situation conjoncturelle. Elle est liée d'abord au fait que la majorité des psychiatres cherchent à identifier un modèle type mélancolique classique [18].

Collomb et al... ; en 1962 mentionnent la fréquence des états dépressifs à la clinique psychiatrique de Dakar. En faisant l'étude sur 95 malades observés au cours de 14 mois. Ils notent certaines particularités originales comme l'extrême rareté de la mélancolie, des conduites suicidaires, des délires d'indignité, de l'auto-accusation, de la culpabilité et la fréquence des délires de persécution, de l'anxiété et des manifestations hypochondriaques, la sensibilité extrême à l'électrochoc [19].

Au Mali comme partout en Afrique les facteurs socio-culturels ont largement influé sur la fréquence de la maladie dépressive.

### **3. Mécanismes physiopathologies**

Bien que l'origine exacte de la dépression ne soit pas clairement étayée, l'implication de causes biologiques a été démontrée par diverses études [20].

Il a été démontré par exemple que les individus avec une dépression majeure ont un dérèglement de certains neurotransmetteurs au niveau cérébral.

Les neurotransmetteurs impliqués dans la physiopathologie des épisodes dépressifs majeurs sont principalement la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, deux constats permettent de mettre en évidence leur implication :

- D'une part on a constaté que les produits agissant sur le système de la sérotonine et de la dopamine avaient un effet antidépresseur ;
- D'autre part l'arrêt de l'administration de produits sérotoninergiques et dopaminergique entraîne une dépressivité chez les personnes concerne.

Plusieurs syndromes psychiatriques sont à un degré croissant associés à une déficience ou un déséquilibre de la sérotonine telle que : les troubles affectifs, les schizophrénies, l'alcoolisme, les troubles de la personnalité et les conduites d'hyper-agressivité.

Dans les états de dépression sévère et les états suicidaires, le système de sérotonine fonctionne de façon insuffisante.

Des études récentes montrent également qu'une réduction de l'activité dopaminergique chez les patients dépressifs est associée à un comportement suicidaire .

La recherche en neurobiologie a pu mettre en évidence qu'un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-cortisolarien (HPA) pourrait être associé directement à la pathologie dépressive [20].

#### **4. Syndrome dépressif typique**

##### **a) Humeur dépressive**

Elle s'exprime sous formes de:

- Tristesse pathologique marquée par un pessimisme à l'encontre de soi et du monde ;
- Désintérêt, l'incapacité d'anticipation, l'absence de projet ;
- Un présent d'un sentiment d'avenir bouché ;
- L'affectivité émoussée ;
- L'absence de plaisir.

##### **b) Troubles cognitifs**

- **Représentations cognitives**

Elles témoignent du pessimisme au travers de distorsions de pensées dominées par la mésestime de soi "je ne suis pas à la hauteur", " je n'ai pas la capacité nécessaire".

Cette présentation pessimiste de soi s'accompagne souvent d'inquiétudes corporelles majeures avec des préoccupations d'allure hypochondriaque ou l'idée délirante hypochondriaque dans la mélancolie (estomac bouché, absence de sang dans les veines). Le pessimisme s'étend également au monde, au passé, au présent et au futur qui est incertain, qui est sans espoir, voire franchement catastrophique [21].

- **Distorsions cognitives**

L'attention est réduite et la fatigabilité apparaît rapidement. La concentration décroît avec l'intensité et la durée de l'effet intellectuel.

La mémoire à court terme, c'est-à-dire la mémoire de travail est perturbée par une distorsion des capacités attentionnelles, dirigée préférentiellement sur des éléments négatifs qui sont amplifiés au détriment des éléments positifs [22].

##### **c) Troubles conatifs**

Ils sont dominés pour l'aboulie, caractérisée par un fléchissement des capacités d'effort, d'initiative, d'anticipation. Cette incapacité à terminer une tâche, à élaborer un projet, à se projeter dans un avenir possible, ressentie douloureusement est caractéristique d'un état dépressif [23].

#### **d) Ralentissement psychomoteur**

- **Ralentissement moteur**

C'est un des signes caractéristiques de l'état dépressif marqué par un faciès peu expressif donnant une impression de tristesse. Les épaules sont voûtées, la démarche et la gestuelle sont ralenties [24].

- **Ralentissement psychique**

Le patient se plaint de fatigue intellectuelle avec difficultés à tenir l'effort d'une tâche, même simple ou habituelle [24].

#### **e) Signes somatiques de la dépression [25]**

- **Asthénie**

Elle s'exprime subjectivement par une lassitude, une impression de fatigue psychique avec difficultés à trouver et à agencer ses idées, à faire des projets. Sur le plan physique, il s'agit d'une impression de lourdeur musculaire qui peut aller jusqu'à l'épuisement.

- **Trouble du sommeil**

Le sommeil est perturbé. Si la majorité des patients souffrent d'insomnie, 10% se plaignent d'hypersomnie avec réveil tardif et sieste prolongée, sans qu'il y ait d'effet réparateur sur la lassitude.

- **Troubles de l'appétit**

Le patient se plaint d'anorexie. Elle peut n'être qu'un désintérêt pour la nourriture mais recouvre le plus souvent un dégoût alimentaire avec perte de poids dont l'intensité est un facteur de gravité.

### ■ **Troubles sexuels**

La réduction du désir sexuel, avec impuissance et frigidité, est habituelle à la période d'état.

### ■ **Troubles urinaires**

Les urines sont perturbées, avec pollakiurie, dysurie, miction impérieuse, brûlure à la miction qui apparaît dans un contexte d'anxiété dépressive.

### ■ **Troubles digestifs**

Ils sont habituels, en particulier nausées, dysphagie, dyspepsie, lenteur de la digestion, ballonnement, qui s'accroît lors des accès anxieux.

### ■ **Troubles cardiovasculaires**

Ils sont fréquents, notamment tachycardie, bouffées vasomotrices, oscillations tensionnelles les témoignant d'une hyperactivité du système nerveux autonome chez les déprimés anxieux.

### ■ **Troubles musculaires**

La fatigue, l'épuisement musculaire s'accompagnent de contractures, de crampes, de myalgies erratiques.

### ■ **Troubles neurologiques**

Les céphalées sont fréquentes avec sensations de vertiges. Les cénesthésies, les paresthésies sont possibles.

## **5. La clinique de la dépression chez la personne âgée : les critères du DSM-IV et une sémiologie clinique particulière**

Le tableau clinique de la dépression en gériatrie est similaire à celui des adultes jeunes. Selon le système de diagnostic paru dans la quatrième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV), le trouble dépressif majeur répond à un certain nombre de critères cités ci-dessous

### **DIAGNOSTIC DE LA DEPRESSION - DSM-IV [26]**

A. 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 une humeur dépressive soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- 1) Humeur dépressive présente pendant pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- 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 exemple modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. 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 (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 de 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'Episode mixte.

C. Les symptômes induisent 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 ou d'une affection médicale générale.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c'est-à-dire ; après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux 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.

Cependant il existe certaines spécificités et la présentation clinique de la dépression est souvent moins évidente et moins franche, que chez le sujet jeune.

La dépression du sujet âgé se caractérise essentiellement par sa fréquence et par la grande variabilité des modalités de sa présentation clinique [27].

La symptomatologie exprimée ne sera pas identique pour tous les patients. Certains présenteront les aspects classiques que l'on peut trouver chez l'adulte (éléments cliniques traditionnels selon DSM-IV), d'autres au contraire auront



des manifestations atypiques (éléments cliniques plus spécifiques) pouvant être un obstacle au diagnostic. Se baser uniquement sur les critères du DSM-IV permet de passer à côté.

D'une proportion de seniors présentant des symptômes cliniques spécifiques de la dépression [28].

Ainsi la symptomatologie clinique peut se présenter sous une forme plus atténuée. La dépression peut évoluer à bas bruit ou être masquée, ainsi les praticiens généralistes et le personnel soignant s'occupant des personnes âgées sont très souvent confrontés à des tableaux plus atypiques que chez les personnes plus jeunes [29].

Des troubles du comportement semblent également fréquents dans les états dépressifs de la population gériatrique. Notamment, la symptomatologie délirante n'est pas rare chez le sujet âgé déprimé [30].

## **6. Evolution de la dépression**

L'évolution de la dépression est variable d'un malade à l'autre. La guérison sans rechute se voit dans 1/3 des cas, 1/3 des patients passent à la chronicité, le dernier tiers rechute ou s'installe dans des états dépressifs résiduels (désengagement, démotivation chronique, ennui et régression) [31].

## **7. Traitement**

### **• Hospitalisation**

Si risque suicidaire (antécédents de tentative de suicide, désir de suicide, antécédents familiaux de suicide ou de mélancolie).

### **• Traitements Médicamenteux**

Les antidépresseurs sont de la classe de psychotrope appartenant au groupe des psychoanaleptiques.

En 2006, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (l'AFSAPS) a réparti les antidépresseurs en cinq catégories

✓ **Les tricycliques (ou imipraminiques)**

Ils sont définis par une structure moléculaire commune, tricyclique, (à l'exception de la maprotiline qui est quadricyclique et rattachée aux imipraminiques tricycliques par ses effets thérapeutiques).

✓ **Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO),**

Non sélectifs et sélectifs A, qui bloquent l'action de deux enzymes synaptiques (la monoamine oxydase A et B) dégradant les neurotransmetteurs. Ainsi, de façon sélective selon le type de molécule, ils augmentent la concentration synaptique des principaux neurotransmetteurs. Cependant, leur prescription est aujourd'hui réservée à la deuxième voire la troisième intention en raison de la mauvaise tolérance et des contraintes importantes liées au traitement.

Ces deux catégories correspondent aux médicaments antidépresseurs de première génération qui ont en commun une action antidépressive confirmée et des effets secondaires parfois invalidants.

Les antidépresseurs de seconde génération, plus récents, ont une efficacité équivalente et ont démontré une meilleure tolérance [32].

Ils sont qualifiés de « sérotoninergiques » lorsqu'ils agissent exclusivement sur la sérotonine ou « bioaminergiques » lorsqu'ils agissent sur la sérotonine et la noradrénaline. Ce sont :

✓ **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**

Agissant par blocage de la recapture présynaptique de la sérotonine. Leur profil d'efficacité est comparable à celui des tricycliques et des IMAO mais ils sont généralement mieux tolérés et correspondent ainsi à un traitement de première intention.

✓ **Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)**

Sont de la même génération que les précédents et complètent leur action par une inhibition de la recapture de la noradrénaline.

**Les autres antidépresseurs**

Sont des structures moléculaires et de mécanismes d'actions différents, agissant également sur la concentration synaptique des neurotransmetteurs monoaminergiques [32].

**Tableau I** : Antidépresseurs tricycliques.

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Classe</b>               | <b>1. Les antidépresseurs tricycliques</b>   |
| <b>Exemples</b>             | <ul style="list-style-type: none"><li>✧ TOFRANIL® - Imipramine (antidépresseur psychotonique)</li><li>✧ ANAFRANIL® - Clomipramine (antidépresseur intermédiaire)</li><li>✧ LAROXYL® - Amitriptyline (antidépresseur sédatif)</li></ul> |
| <b>Précautions d'emploi</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Personnes âgées</li><li>- Sujets présentant une affection cardiovasculaire</li><li>- Epileptiques</li><li>✧ Insuffisants rénaux ou hépatiques sévères</li></ul>                                |

**Tableau II** : Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).

| Classe               | <b>2. Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)</b>   |  |
|----------------------|--|--|
| Exemples             | MARSILID® - Iproniazide  | MOCLAMINE® - Moclobémide   |
| Précautions d'emploi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients suicidaires : possibilité de levée d'inhibition,</li> <li>- Adaptation posologique chez l'insuffisant hépatique, rénal et chez la personne âgée,</li> <li>- Epilepsie : seuil épileptogène diminué,</li> <li>- Arrêter le traitement en cas de céphalées fréquentes ou sévères.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patients suicidaires : possibilité de levée d'inhibition,</li> <li>- Adaptation de posologie chez l'insuffisant rénal et hépatique (insuffisance hépatique sévère, réduction de 30 à 50 % de la posologie) ainsi qu'en cas d'insomnie (risque de nervosité et de troubles du sommeil),</li> <li>- Utiliser avec prudence chez le sujet sous antihypertenseur ou neuroleptique.</li> </ul> |

**Tableau III** : Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

| Classe               | <b>3. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)</b>   |
|----------------------|---|
| Exemples             | <p>PROZAC® - Fluoxétine</p> <p>DEROXAT® - Paroxétine</p> <p>FLOXYFRAL® - Fluvoxamine</p>  |
| Précautions d'emploi | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilité de levée d'inhibition chez les patients suicidaires, syndrome de sevrage,</li> <li>- Adaptation posologique chez les insuffisants hépatiques ou rénal sévères,</li> <li>- Epilepsie,</li> <li>- Arrêt du traitement progressif en diminuant les doses sur 1 à 2 semaines.</li> </ul> |

**Tableau IV** : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine de la noradrenaline (IRSNA)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Classe</b>               | <b><u>4. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)</u></b>   |
| <b>Exemples</b>             | IXEL® - Milnacipran<br>EFFEXOR® - Venlafaxine<br>CYMBALTA® - Duloxétine  |
| <b>Précautions d'emploi</b> | Possibilité de levée d'inhibition chez les patients suicidaires, syndrome de sevrage,<br>Déconseillés chez personnes âgées, chez les sujets hypertendus, atteints de cardiopathies, présentant des antécédents de convulsions ou de pharmacodépendances,<br>Réduction de posologie en cas d'insuffisance hépatique ou rénale,<br>Femmes enceintes ou allaitantes : peu de données cliniques, innocuité non établie (évaluation du rapport bénéfice/risque),<br>Arrêt progressif du traitement en diminuant les doses sur 1 à 2 semaines. |

**Tableau V** : Autres antidépresseurs.

| Classe                      | 5. Les autres antidépresseurs   |   |                          |
|-----------------------------|---|---|--------------------------|
| <b>Antidépresseurs</b>      | STABLON®<br>Tianeptine  | ATHYMIL® -<br>Miansérine  | NORSET® -<br>Mirtazapine |
| <b>Précautions d'emploi</b> | - Possibilité de levée d'inhibition chez les patients suicidaires,<br>- ne pas dépasser 25mg/jour chez les insuffisants rénaux ou après 70 ans, | - Surveillance de l'hémogramme pendant les premiers mois du traitement □ <i>arrêt immédiat en cas d'agranulocytose</i> ,<br>- Possibilité de levée d'inhibition chez les patients suicidaires,<br>- épilepsie (augmenter éventuellement les doses d'anticonvulsivants), |                          |

- **Psychothérapies** consiste aux soutiens, aux thérapies cognitivo-comportemental et à la psychanalytique, aux thérapies systémiques.
- **Electrochoc** est indiqué en cas de contre-indication des antidépresseurs ou de résistance aux antidépresseurs.

# METHODOLOGIE

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude**

Ce travail a été conduit à la Maison des Aînés de Bamako. Cette structure accueille les personnes âgées provenant de la ville de Bamako et de l'intérieur du pays.

La Maison des Aînés, aussi dénommée l'Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto- Gériatrie (IERGG) est un établissement public à caractère scientifique et technologique. Elle a été créée par la loi N° 98 du 20 Juillet 1998. Elle est située à l'ACI 2000 Hamdallaye, en commune IV du District de Bamako, sise à l'Avenue Kwamé Krumah. Elle est la propriété de l'Etat malien.

Les locaux de la Maison des Aînés sont bâtis sur une superficie de 1,5 hectare.

L'architecture de l'établissement est constituée d'un bloc administratif, un bloc pour le Département d'Etudes et de Recherche, un bloc pour le siège du Conseil National des Personnes âgées, un guichet comptable, un espace culturel polyvalent dénommé Togouna, une cafétéria et des annexes.

Le Décret N° 98 256/P-RM du 20 Août 1998 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Maison des Aînés.

Les organes de gestion de la Maison des Aînés sont :

Le Conseil d'Administration (CA), composé de onze (11) membres. Le CA est présidé par le ministre de la Solidarité et de l'Action Humanitaire ;

La Direction Générale est dirigée par un Directeur Général qui est nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre chargé des personnes âgées. Le Directeur Général est secondé par un Directeur Général Adjoint. La direction générale représente l'institut dans tous les actes de la vie civile.



Le Comité scientifique et technique. Il est composé comme suit :

- Président : une personnalité scientifique choisie par l'autorité tutelle ;
- Dix membres choisis par l'autorité tutelle parmi des personnalités scientifiques et spécialistes des problèmes socio-sanitaires
  - ✓ Le représentant du ministre chargé des finances
  - ✓ Le représentant du ministre chargé de la promotion des femmes ;
  - ✓ Le représentant du ministre chargé de la culture ;
  - ✓ Le représentant du ministre chargé de la communication ;
  - ✓ Le représentant du ministre chargé de la recherche scientifique et technologique ;
  - ✓ Le directeur national de l'action sociale ;
  - ✓ Le directeur national de la santé publique
  - ✓ Deux représentants du conseil national des personnes âgées ;
  - ✓ Un représentant désigné par les travailleurs de l'institut.

L'institut a pour objectif principal d'effectuer des études et des recherches sur les problèmes, les caractéristiques et les tendances du vieillissement individuel et collectif. Son but est que les personnes âgées soient mieux prises en compte dans les programmes et plans de développement socio- sanitaire du Pays.

Les Départements d'Études et de Recherches que comprend la Maison des Aînés sont :

- Un Département Etudes et Recherches Sociales qui comprend :
  - L'unité sociologie
  - L'unité anthropologie
  - L'unité psychologie
- Un Département de Documentation /planification et statistique qui comprend :
  - L'unité documentation

- L'unité statistique
- Un guichet Comptable
- Des cabinets médicaux qui comprennent sont :
  - Boîte de consultation urologique,
  - Boîte de consultation cardiologique,
  - Boîte de consultation ophtalmologique,
  - Boîte de consultation rhumatologique,
  - Boîte de consultation neurologique,
  - Boîte de rééducation fonctionnelle,
  - Boîte de consultation médecine générale.

## 2. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête transversale descriptive à recrutement prospectif.

## 3. Période d'étude

Cette étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 1<sup>er</sup> Septembre 2019 (soit une période de 8 mois).

## 4. Population d'étude

Notre étude a porté sur les personnes âgées de 60 ans ou plus bénéficiaires de prestations médicales à la Maison des Aînés de Bamako.

## 5. Échantillonnage

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule de Schwartz [33]

$$N = Z^2 pq / i^2 = 143$$

N : taille de l'échantillon ;

I : précision (égale à 5% dans cette étude) ;

Z : 1,96 (écart-type correspondant au risque d'erreur 5%)

p : 10,4% = 0,104 (nous avons défini la prévalence de la dépression selon la fréquence de la dépression dans la littérature à l'échelle mondiale) [34].

Q : 1-p = 1-0,104 = 0,896

$$N = (1,96)^2 * 0,104 * 0,896 / (0,05)^2$$

### **5.1. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus dans cette étude, toutes les personnes âgées de 60 ans ou plus, qui ont eu une consultation médicale dans les boxes de neurologie, de cardiologie, de rhumatologie, d'urologie, d'ophtalmologie et de médecine générale durant le temps du recrutement.

### **5.2. Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus dans cette étude les personnes de moins de 60 ans et celles qui n'avaient pas la capacité cognitive pour répondre aux questionnaires de l'étude.

## **6. Variables Etudiée**

Les variables mesurées étaient des :

- Données sociodémographiques : l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau de scolarisation, la résidence, la profession, et l'ethnie ;
- Données cliniques : le motif de consultation, le diagnostic somatique, les antécédents psychiatriques, les antécédents traumatiques et les antécédents addictifs.
- données relatives aux items de l'échelle de dépistage « *geriatric depression scale* ».

## **7. Déroulement de la collecte des données**

Les données ont été recueillies sur des fiches d'enquêtes préétablies à partir des items l'échelle de dépistage « *geriatric depression scale* » (*GDS*) version à 30 items.

L'évaluation clinique a été faite avec l'appui d'un spécialiste qui outre la clinique s'est référé aux échelles d'évaluation notamment l'Echelle de dépression gériatrique (*Geriatric depression scale*), les échelles de cotation des états psychopathologiques utilisées par le spécialiste dans ce travail. Chaque question est appelée à une réponse par oui ou par non. Lorsque la réponse est en

faveur de l'existence d'une dépression, l'item est coté 1. Les critères d'interprétation de l'échelle d'auto-évaluation de l'humeur sont :

- Un score global de 0 à 9 correspond à l'absence de dépression ;
- Un score global de 10 à 19 correspond à une dépression légère ;
- Un score global 20 à 30 correspond à une dépression sévère.

## **8. Analyse des données**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 21.0.

Nous avons utilisé le Kh2 et le test exact de fichier, correction de Yats et la prévalence

## **9. Considérations éthiques et morales**

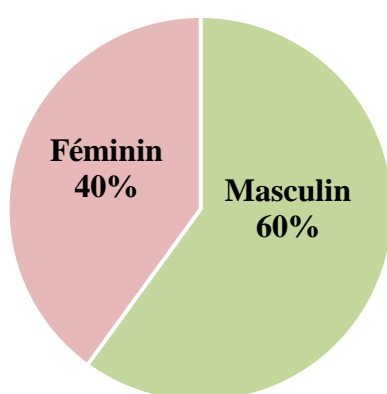
Au cours de notre étude nous avons demandé le consentement éclairé et verbal de chaque malade reçu en consultation ; les informations collectées sont gardées confidentielles. Les fiches de collecte étaient anonymisées et codifiées.

# RESULTATS

## V. RESULTATS

Au cours de notre travail à l'Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto-Gériatrie (IERGGM) nous avons recensé 214 personnes venant pour des soins médicaux durant notre période d'étude dont 70,1% (150/214) ont été inclus dans cette étude. Parmi eux 60,7 % (91/150) ont présenté un trouble dépressif.

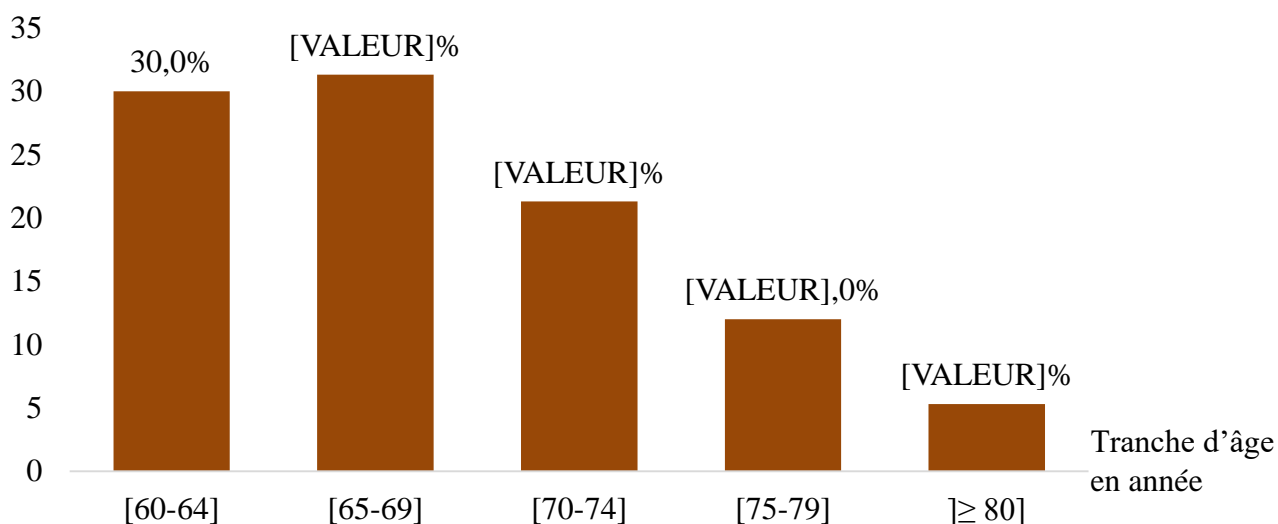
### 1. Caractéristiques sociodémographiques



**Fig. 1** : Répartition des personnes âgées selon le sexe

Sex-ratio (H/F) = 1,5. Le sexe masculin était le plus représenté avec 60,0% des cas

La figure 2, donne la répartition de notre échantillon selon les tranches d'âges.



**Fig. 2 :** Répartition des personnes âgées selon les tranches d'âges

La tranche d'âge [65-69] était prédominante avec 31,3%. L'âge moyen était de  $68,46 \pm 6,4$  ans et des extrêmes de 60 et 89 ans

**Tableau VI :** Répartition des personnes âgées selon le niveau d'étude

| Niveau d'étude   | Effectif   | Pourcentage |
|------------------|------------|-------------|
| Non scolarisé    | 52         | 34,6        |
| <b>Scolarisé</b> | <b>98</b>  | <b>65,4</b> |
| <b>Total</b>     | <b>150</b> | <b>100</b>  |

Les personnes âgées scolarisées ont représentés avec 65,4% des cas.

**Tableau VII :** Répartition des personnes âgées selon le statut matrimonial

| Statut matrimonial | Effectif   | Pourcentage  |
|--------------------|------------|--------------|
| <b>Marié (e)</b>   | <b>93</b>  | <b>62,0</b>  |
| Veuf (ve)          | 49         | 32,6         |
| Célibataire        | 4          | 2,7          |
| Divorcé            | 4          | 2,7          |
| <b>Total</b>       | <b>150</b> | <b>100,0</b> |

Les personnes âgées mariées ont représenté avec 62,0%.

**Tableau VIII** : Répartition des personnes âgées selon la résidence

| <b>Residence</b>         | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Bamako</b>            | <b>114</b>      | <b>76,0</b>        |
| Hors de Bamako (régions) | 36              | 24,0               |
| <b>Total</b>             | <b>150</b>      | <b>100,0</b>       |

Bamako était le lieu de résidence le plus représenté avec 76,0%.

**Tableau IX** : Répartition des personnes âgées selon la profession

| <b>Profession</b>   | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Commerçant</b>   | <b>27</b>       | <b>18,0</b>        |
| Enseignant          | 23              | 15,3               |
| Ménagère            | 23              | 15,3               |
| Agriculteur/éleveur | 13              | 8,6                |
| Ouvrier             | 11              | 7,3                |
| Policier/militaire  | 11              | 7,3                |
| Comptable           | 9               | 6,0                |
| Agent de santé      | 8               | 5,3                |
| Chauffeur           | 6               | 4,0                |
| Ingénieur           | 4               | 2,6                |
| Journaliste         | 4               | 2,6                |
| Autres*             | 11              | 7,3                |
| <b>Total</b>        | <b>150</b>      | <b>100</b>         |

La profession commerçante était la plus représentée avec 18,0%

\* **Autres** : Marabout (2), secrétaire (2), télé communicateur (2), administrateur civil (1), caissier (1), juriste (1), photographe (1), topographe (1).



**Tableau X** : Répartition des personnes âgées selon la situation professionnelle actuelle.

| <b>Situation professionnelle actuelle</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|-----------------|--------------------|
| En activité rémunérée                     | 7               | 4,7                |
| En activité à titre indépendant           | 26              | 17,3               |
| A la Rétraite                             | 67              | 44,7               |
| En situation d'incapacité à travailler    | 50              | 33,3               |
| <b>Total</b>                              | <b>150</b>      | <b>100,0</b>       |

La retraite était la situation professionnelle actuelle pour 44,7% des personnes âgées.

**Tableau XI** : Répartition des personnes âgées selon l'ethnie

| <b>Ethnie</b>  | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|----------------|-----------------|--------------------|
| <b>Bambara</b> | <b>45</b>       | <b>30</b>          |
| Peulh          | 25              | 16,6               |
| Soninké        | 23              | 15,3               |
| Malinké        | 13              | 8,7                |
| Minianka       | 9               | 6                  |
| Dogon          | 7               | 4,7                |
| Sonrhäi        | 7               | 4,7                |
| Senoufo        | 5               | 3,3                |
| Bozo           | 3               | 2                  |
| Bobo           | 3               | 2                  |
| Autres*        | 10              | 6,7                |
| <b>Total</b>   | <b>150</b>      | <b>100</b>         |

\**Autres* : Kassonke (2), doura (2), tamasheq (1), arabe (1), more (1), mossi (1), wolof (1), yoroba (1).

Le bambara a été l'ethnie majoritaire avec 30% des cas suivi du peulh 16,7 % et soninké 15,3%.

## 2. Données cliniques

**Tableau XII** : Répartition des personnes âgées selon le motif de consultation

| Motifs de consultation           | Effectif   | Pourcentage  |
|----------------------------------|------------|--------------|
| <b>Tremblements</b>              | <b>28</b>  | <b>18,7</b>  |
| Lombalgies                       | 19         | 12,7         |
| Insomnies                        | 17         | 11,3         |
| Crampes                          | 18         | 12           |
| Flou visuels                     | 10         | 6,7          |
| Céphalées                        | 8          | 5,3          |
| Courbatures                      | 5          | 3,3          |
| Poly arthralgies                 | 5          | 3,3          |
| Lombosciatiques                  | 4          | 2,7          |
| Echec au traitement traditionnel | 3          | 2,0          |
| Fourmillements                   | 3          | 2,0          |
| Troubles mictionnels             | 6          | 4,0          |
| Dyspnées                         | 3          | 2,0          |
| Autres*                          | 21         | 14,0         |
| <b>Total</b>                     | <b>150</b> | <b>100,0</b> |

Le principal motif de consultation des personnes âgées était les tremblements avec 18,7%

\**Autres* : Isolement (3), conjonctivite/rougeur des yeux (3), fuite de mémoire (3), aphasie (1), bourdonnement d'oreille (1), bradykinésie (1), contrôle des yeux (1), fracture du fémur (1), prurit (1), larmoiement (1), polydipsie (1), refus alimentaire (1), ulcère gastrique (1), vertige (1), tentative de suicide (1).

**Tableau XIII** : Répartition des personnes âgées selon la présence de notion d'antécédents personnels et familiaux de dépression

| <b>Notion d'antécédents</b> |            | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------|------------|-----------------|--------------------|
| Personnels                  | <b>Oui</b> | <b>18</b>       | <b>12,0</b>        |
|                             | Non        | 132             | 88,0               |
| Familiaux                   | <b>Oui</b> | <b>27</b>       | <b>18,0</b>        |
|                             | Non        | 123             | 82,0               |
| <b>TOTAL</b>                |            |                 |                    |

Nous avons noté des antécédents personnels chez 12% de nos patients et des antécédents familiaux chez 18%.

**Tableau XIV** : Répartition des personnes âgées selon la relation d'antécédents familiaux de depression

| <b>Type d'ATCD familiaux</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Descendants                  | 13              | 8,6                |
| Collatéraux                  | 10              | 6,7                |
| Père                         | 3               | 2,0                |
| Mère                         | 1               | 0,7                |
| Aucun                        | 123             | 82                 |
| <b>Total</b>                 | <b>150</b>      | <b>100</b>         |

Les descendants (les enfants) des patients étaient plus représentés avec 8,6 % suivi des collatéraux (frères, sœurs et cousins) 6,7 %.

**Tableau XV** : Répartition des personnes selon la consommation actuelle de substance psychoactive.

| <b>Consommation actuelle de substance psychoactive</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|-----------------|--------------------|
| <b>Thé vert</b>  | <b>50</b>       | <b>33,3</b>        |
| Tabac  | 24              | 16,0               |
| Cola   | 12              | 8,0                |
| Café   | 8               | 5,3                |
| Alcool   | 5               | 3,3                |
| Aucun  | 51              | 34,0               |
| <b>Total</b>   | <b>150</b>      | <b>100,0</b>       |

Le thé vert était la substance la plus consommée par les personnes âgées avec 33,3%.

**Tableau XVI** : Répartition des personnes selon la réponse positive aux items de l'échelle de dépression gériatrique (EDG)

| Item   | Effectif<br>(n=150) | Pourcentage |
|--|---------------------|-------------|
| <b>Item 27</b> : Content(e) de se lever le matin   | 135                 | 90,0        |
| <b>Item 29</b> : Prise de décisions facile   | 121                 | 80,7        |
| <b>Item 9</b> : Etre heureux (se) la plupart du temps                                    | 114                 | 76,0        |
| <b>Item 5</b> : Envisager l'avenir avec optimisme  | 112                 | 74,7        |
| <b>Item 19</b> : Trouver que la vie est passionnante                                     | 108                 | 72,0        |
| <b>Item 7</b> : Etre de bonne humeur la plupart du temps                                 | 106                 | 70,7        |
| <b>Item 1</b> : Satisfait(e) de sa vie   | 103                 | 68,7        |
| <b>Item 2</b> : Renoncé à un grand nombre d'activités                                    | 100                 | 66,7        |
| <b>Item 18</b> : Ressasser beaucoup le passé   | 100                 | 66,7        |
| <b>Item 4</b> : Ennuyer souvent  | 97                  | 64,7        |
| <b>Item 6</b> : Etre préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse              | 91                  | 60,7        |
| <b>Item 13</b> : Inquiet pour l'avenir   | 91                  | 60,7        |
| <b>Item 16</b> : Avoir souvent le cafard   | 90                  | 60,0        |
| <b>Item 11</b> : Se sentir souvent nerveux au point de ne pouvoir tenir en place         | 82                  | 54,7        |
| <b>Item 10</b> : Avoir plus souvent besoin d'aide dans ses activités                     | 76                  | 50,7        |
| <b>Item 20</b> : Avoir des difficultés à entreprendre de nouveaux projets                | 75                  | 50,0        |
| <b>Item 21</b> : Avoir beaucoup d'énergie  | 61                  | 40,7        |
| <b>Item 24</b> : Etre souvent irrité(e) par des détails                                  | 60                  | 40,0        |
| <b>Item 8</b> : Craindre un mauvais présage pour l'avenir                                | 58                  | 38,7        |
| <b>Item 25</b> : Eprouver souvent le besoin de pleurer                                   | 55                  | 36,7        |
| <b>Item 15</b> : Penser qu'il est merveilleux de vivre à notre époque                    | 54                  | 36,0        |
| <b>Item 30</b> : Avoir l'esprit aussi clair qu'autre fois                                | 54                  | 36,0        |
| <b>Item 12</b> : Préférer rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir       | 47                  | 31,3        |
| <b>Item 26</b> : Avoir du mal à se concentrer  | 46                  | 30,7        |
| <b>Item 14</b> : Penser avoir une mémoire plus mauvaise que celle de la plupart des gens | 44                  | 29,3        |
| <b>Item 28</b> : Refuser souvent les activités proposées                                 | 39                  | 26,0        |
| <b>Item 22</b> : Désespérer sa situation présente  | 34                  | 22,7        |
| <b>Item 23</b> Penser que la situation des autres est meilleure que la sienne            | 33                  | 22,0        |
| <b>Item 17</b> : Avoir le sentiment d'être désormais inutile                             | 32                  | 21,3        |
| <b>Item 3</b> : Avoir le sentiment que sa vie est vide                                   | 31                  | 20,7        |

La plupart de nos patients qui ont dit oui à l'item 28(90%) est plus élevé suivi de l'item 29 (80,7%).

**Tableau XVII** : Répartition des personnes âgées selon l'existence de la dépression

| <b>Existence de la dépression</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|-----------------------------------|-----------------|--------------------|
| Dépression (sévère ou légère)     | <b>91</b>       | <b>60,7</b>        |
| <b>Pas de depression</b>          | 59              | 39,3               |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>150</b>      | <b>100</b>         |

Les patients dépressifs ont représenté 60,7% de notre échantillon

**Tableau XVIII** : Répartition des personnes âgées selon le score de l'échelle de dépression gériatrique (EDG)

| <b>Degré de sévérité de la dépression</b> |                          | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|--------------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Score</b>                              | <b>Interprétation</b>    |                 |                    |
| 0 – 9                                     | Pas de depression        | 59              | 39,3               |
| <b>10 – 19</b>                            | <b>Dépression légère</b> | <b>74</b>       | <b>49,4</b>        |
| 20 – 30                                   | Dépression sévère        | 17              | 11,3               |
| <b>Total</b>                              |                          | <b>150</b>      | <b>100</b>         |

La depression légères a représenté 49,4%.

### 3. Itinéraire diagnostique et thérapeutique

**Tableau XIX** : Répartition des personnes âgées selon le choix du premier recours de soins.

| <b>Premier recours de soins</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Médecins</b>                 | <b>121</b>      | <b>80,7</b>        |
| Tradi-thérapeutes               | 29              | 19,3               |
| <b>Total</b>                    | <b>150</b>      | <b>100,0</b>       |

Les médecins étaient le premier recours de soins dans 80,7% des cas.

**Tableau XX** : Répartition des personnes âgées selon le diagnostic somatique retenu

| <b>Diagnostic retenu</b>       | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| <b>Gonarthrose</b>             | <b>25</b>       | <b>16,7</b>        |
| <b>Hypertension artérielle</b> | <b>24</b>       | <b>16,0</b>        |
| Maladie de Parkinson           | 17              | 11,3               |
| Dépression                     | 13              | 8,7                |
| Diabète                        | 11              | 7,3                |
| Hernie discale                 | 13              | 8,66               |
| Ulcère gastroduodéal           | 7               | 4,7                |
| Adénome de la prostate         | 6               | 4,0                |
| Glaucome                       | 6               | 4,0                |
| Cataracte                      | 5               | 3,3                |
| Démence                        | 4               | 2,7                |
| Schizophrénie                  | 3               | 2,0                |
| Cardiopathie                   | 3               | 2,0                |
| Myopie                         | 2               | 1,3                |
| Autres*                        | 11              | 7,3                |
| <b>Total</b>                   | <b>150</b>      | <b>100,0</b>       |

\* : Cancer des seins (1), carie dentaire (1), fracture du fémur (1), hémorroïde (1), hypertrophie ventriculaire gauche (1), mal de pott (1), migraine (1), otite (1), paludisme (1), rétrécissement urétral (1), tuberculose pulmonaire

La gonarthrose était le diagnostic retenu chez 16,7% des personnes âgées.

**Tableau XXI** : Répartition des personnes âgées selon les médicaments reçus.

| <b>Medicaments reçus</b>                  | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|---|-----------------|--------------------|
| <b>Antiinflammatoires non stéroïdiens</b> | <b>31</b>       | <b>20,7</b>        |
| <b>Antihypertenseurs</b>                  | <b>27</b>       | <b>18,0</b>        |
| <b>Corticoïdes</b>                        | <b>17</b>       | <b>11,3</b>        |
| Antiparkinsoniens                         | 15              | 10,0               |
| Antidiabétiques                           | 14              | 9,3                |
| Antidépresseurs                           | 12              | 8,0                |
| Décoction de plantes                      | 9               | 6,0                |
| Anxiolytiques                             | 6               | 4,0                |
| Antibiotiques                             | 4               | 2,7                |
| IPP                                       | 3               | 2,0                |
| Antalgiques                               | 3               | 2,0                |
| Crèmes                                    | 3               | 2,0                |
| Autres*                                   | 6               | 4,0                |
| <b>Total</b>                              | <b>150</b>      | <b>100,0</b>       |

Les médicaments reçus étaient des *Antiinflammatoires non stéroïdiens* dans 20,7% des cas.

\* : Antituberculeux (2), fumigène (2), antipaludique (1), neuroleptique (1), crèmes (beurre de karité).



**Tableau XXII** : Répartition des personnes âgées selon la durée d'évolution de la maladie (en année).

| <b>Durée d'évolution de la maladie</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|--|-----------------|--------------------|
| < 1an                                  | 24              | 16                 |
| 1 à 2 ans                              | 37              | 24,6               |
| 2 à 5 ans                              | 21              | 14                 |
| 5 à 10 ans                             | 25              | 16,7               |
| <b>&gt; 10 ans</b>                     | <b>43</b>       | <b>28,7</b>        |
| <b>Total</b>                           | <b>150</b>      | <b>100</b>         |

La durée d'évolution de la maladie était supérieure à 10 ans chez 28,7% des personnes âgées. La durée moyenne a été de  $3,59 \pm 14,33$  ans avec des extrêmes de 2 mois et 14 ans.

**Tableau XXIII** : Relation entre le degré de sévérité de la dépression et le sexe des patients

| <b>Sexe</b>  | <b>Degré de sévérité de la dépression</b> |                              |                              | <b>Total (%)</b> |
|--------------|---|------------------------------|------------------------------|------------------|
|              | <b>Pas de dépression (%)</b>              | <b>Dépression légère (%)</b> | <b>Dépression sévère (%)</b> |                  |
| Masculin     | 37 (24,6)                                 | 45 (30)                      | 8 (5,33)                     | <b>90 (60)</b>   |
| Féminin      | 22 (14,66)                                | 29 (19,3)                    | 9 (6)                        | <b>60 (40)</b>   |
| <b>Total</b> | <b>59 (39,33)</b>                         | <b>74 (49,33)</b>            | <b>17 (11,33)</b>            | <b>150 (100)</b> |

$\text{Khi}^2 = 1,387$  ; ddl = 2 ;  $p = 0,500$

Il n'y avait pas de relation entre le sexe et les degrés de sévérité de la dépression.

**Tableau XXIV** : relation entre le degré de sévérité de la dépression et les tranches d'âge des personnes âgées

| Tranche d'âge (en année) | Degré de sévérité de la dépression |                       |                       | Total (%)          |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                          | Pas de dépression (%)              | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| 60-64                    | 18 (12)                            | 23 (15,33)            | 4 (2,66)              | <b>45 (30,0)</b>   |
| 65-69                    | 25 (16,66)                         | 17 (11,33)            | 5 (3,33)              | <b>47 (31,33)</b>  |
| 70-74                    | 8 (5,33)                           | 18 (12)               | 6 (4)                 | <b>32 (21,33)</b>  |
| 75-79                    | 6 (4)                              | 12 (8)                | 0 (0)                 | <b>18 (12,0)</b>   |
| ≥ 80                     | 2 (1,33)                           | 4 (2,66)              | 2 (1,33)              | <b>8 (5,33)</b>    |
| <b>Total</b>             | <b>59 (39,33)</b>                  | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 12,622 ; ddl = 8 ; **p = 0,102**

Il n'y a pas de relation entre le degré de sévérité de la dépression et les tranches d'âges des personnes âgées.

**Tableau XXV** : Relation des personnes âgées selon le degré de sévérité de la dépression et niveau d'étude.

| Niveau d'étude | Degré de sévérité de la dépression |                       |                       | Total (%)          |
|----------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                | Pas de dépression (%)              | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| Non scolarisé  | 13 (8,66)                          | 31 (20,66)            | 8 (5,33)              | <b>52 (34,7)</b>   |
| Scolarisé      | 46 (30,66)                         | 43 (28,66)            | 9 (6)                 | <b>98 (65,3)</b>   |
| <b>Total</b>   | <b>59 (39,33)</b>                  | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Khi<sup>2</sup> = 7,015 ; ddl = 2 ; **p = 0,03**

Il y avait une association statistiquement significative entre le niveau d'étude des personnes âgées et le degré de dépression.

**Tableau XXVI** : Relation le statut matrimonial des personnes âgées entre et le degré de sévérité de la dépression

| Statut matrimonial | Degré de sévérité de la dépression |                       |                       | Total (%)          |
|--------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                    | Pas de dépression (%)              | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| Marié(e)           | <b>39 (26)</b>                     | <b>44 (29,33)</b>     | <b>10 (6,66)</b>      | <b>93 (62,0)</b>   |
| Veuf (ve)          | 17 (11,33)                         | 27 (18)               | 5 (3,33)              | <b>49 (32,66)</b>  |
| Célibataire        | 2 (1,33)                           | 1 (0,66)              | 1 (0,66)              | <b>4 (2,67)</b>    |
| Divorcé(e)         | 1 (0,66)                           | 2 (1,33)              | 1 (0,66)              | <b>4 (2,67)</b>    |
| <b>Total</b>       | <b>59 (39,33)</b>                  | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 4,168 ; ddl = 6 ; p = 0,627

Il n'y avait pas de relation entre le statut matrimonial et le degré de sévérité de la dépression.

**Tableau XXVII** : Relation entre la résidence des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression

| Résidence                | Degré de sévérité de la dépression |                       |                       | Total (%)          |
|--------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                          | Pas de dépression (%)              | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| <b>Bamako</b>            | <b>50 (33,33)</b>                  | <b>55 (36,66)</b>     | <b>9 (6)</b>          | <b>114 (76,0)</b>  |
| Hors de Bamako (regions) | 9 (6)                              | 19 (12,66)            | 8 (5,33)              | 36 (24,0)          |
| <b>Total</b>             | <b>59 (39,33)</b>                  | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Correction de Yates = 7,112 ; ddl = 1 ; p = 0,029

Il y avait une association statistique significative entre la résidence des personnes âgées et le degré de dépression.

**Tableau XXVIII** : Relation entre le statut professionnel actuel des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.

| <b>Statut professionnel actuel</b> | <b>Degré de sévérité de la dépression</b> |                       |                       | <b>Total (%)</b>   |
|------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                                    | Pas de dépression (%)                     | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| Retraité                           | 31 (20,66)                                | 27 (18)               | 9 (6)                 | 67 (44,7)          |
| Incapable de travail               | 11 (7,33)                                 | <b>32 (21,33)</b>     | 7 (4,66)              | 50 (33,3)          |
| Auto-emploi                        | 12 (8)                                    | 13 (8,66)             | 1 (0,66)              | 26 (17,3)          |
| Emploi rémunéré                    | 5 (3,33)                                  | 2 (1,33)              | 0 (0)                 | 7 (4,7)            |
| <b>Total</b>                       | <b>59 (39,33)</b>                         | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 12,731 ; ddl = 6 ; p = 0,035

Il y avait un lien statistique significatif entre le statut professionnel actuel et le degré de dépression.

**Tableau XXIX** : Relation entre les antécédents personnels de la dépression chez des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression

| <b>Antécédents personnels de dépression</b> | <b>Degré de sévérité de la dépression</b> |                       |                       | <b>Total (%)</b>   |
|---|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|   | Pas de dépression (%)                     | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| Oui   | <b>7 (4,66)</b>                           | <b>9 (6)</b>          | <b>2 (1,33)</b>       | <b>18 (12,0)</b>   |
| Non   | 52 (34,66)                                | 65 (43,33)            | 15 (10)               | 132 (88,0)         |
| <b>Total</b>                                | <b>59 (39,33)</b>                         | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Correction de Yates = 1,638 ; ddl = 1 ; p = 0,407

Il n'y avait pas de relation entre les antécédents personnels et le degré de sévérité de la dépression.

**Tableau XXX** : Relation entre les antécédents familiaux de dépression chez les personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression

| <b>Antécédents familiaux de dépression</b> | <b>Degré de sévérité de la dépression</b> |                       |                       | <b>Total (%)</b>   |
|--|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|  | Pas de dépression (%)                     | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| <b>Oui</b>                                 | <b>9 (6)</b>                              | <b>13 (8,66)</b>      | <b>5 (3,33)</b>       | <b>27 (18,0)</b>   |
| <b>Non</b>                                 | 50 (33,33)                                | 61 (40,66)            | 12 (8)                | 123 (82,0)         |
| <b>Total</b>                               | <b>59 (39,33)</b>                         | <b>74 (49,33)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Test exact de Fisher = 6,672 ; ddl = 1 ; p = 0,303

Il n'y avait pas de relation entre les antécédents familiaux de dépression chez les personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.

**Tableau XXXI** : Relation entre les habitudes exo-toxiques des personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression

| <b>habitudes exo-toxiques</b> | <b>Degré de sévérité de la dépression</b> |                       |                       | <b>Total (%)</b>   |
|-------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|--------------------|
|                               | Pas de dépression (%)                     | Dépression légère (%) | Dépression sévère (%) |                    |
| <b>Oui</b>                    | <b>34 (22,66)</b>                         | <b>43 (28,66)</b>     | <b>11 (7,33)</b>      | 88 (58,7)          |
| <b>Non</b>                    | 25 (16,66)                                | 31 (20,66)            | 6 (4)                 | 62 (41,3)          |
| <b>Total</b>                  | <b>59 (39,33)</b>                         | <b>74 (49,34)</b>     | <b>17 (11,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Khi<sup>2</sup> = 0,292 ; ddl = 1 ; p = 0,864

Il n'y avait pas de relation significative entre les habitudes exo-toxiques chez les personnes âgées et le degré de sévérité de la dépression.

**Tableau XXXII** : Relation entre l'itinéraire de soins et la dépression

| Dépression   | Itinéraire        |                      | Total (%)          |
|--------------|-------------------|----------------------|--------------------|
|              | Médecin (%)       | Tradi-thérapeute (%) |                    |
| Non          | 49 (32,66)        | 10(6,66)             | 59 (39,33)         |
| <b>Oui</b>   | <b>72(48,00)</b>  | <b>19(12,66)</b>     | <b>91 (60,66)</b>  |
| <b>Total</b> | <b>121(80,66)</b> | <b>29(19,33)</b>     | <b>150 (100,0)</b> |

Khi<sup>2</sup> =0,354

ddl = 1 ;

p = 0,552

Il n'y avait pas de relation entre l'itinéraire de soins chez les personnes âgées et la dépression.

**Tableau XXXIII** : Relation entre l'âge des personnes âgées et de la dépression

| Dépression | Tranches d'âges |           |           |           |          | Total (%) |
|------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|
|            | 60-64           | 65-69     | 70-74     | 75-79     | 80+      |           |
| Non        | 18              | 25        | 8         | 6         | 2        | 59        |
| <b>Oui</b> | <b>27</b>       | <b>22</b> | <b>24</b> | <b>12</b> | <b>6</b> | <b>91</b> |
| Total      | 45              | 47        | 32        | 18        | 8        | 150       |

Khi<sup>2</sup> = 7,506

ddl = 4 ;

p = 0,111

Il n'y avait pas de relation entre l'âge chez les personnes âgées et la dépression.

**Tableau XXXIV** : Relation entre le sexe et la dépression

| Dépression   | Sexe             |                  | Total (%)          |
|--------------|------------------|------------------|--------------------|
|              | Homme (%)        | Féminin (%)      |                    |
| Non          | 37(24,66)        | 22(14,66)        | 59 (39,33)         |
| <b>Oui</b>   | <b>53(35,33)</b> | <b>38(25,33)</b> | 91 (60,66)         |
| <b>Total</b> | <b>90(60,00)</b> | <b>60(40,00)</b> | <b>150 (100,0)</b> |

Khi<sup>2</sup> =0,298

ddl = 1 ;

p = 0,585

Il n'y avait pas de relation entre le sexe et la dépression.

# DISCUSSION

## **VI. DISCUSSION**

Au cours de notre travail à l'Institut d'Etudes et de Recherche en Géro-nto-Gériatrie (IERGGM), nous avons recensé 150 patients, parmi lesquels 91 présentaient des troubles dépressifs, soit 60,7% des cas.

La prévalence trouvée dans notre étude est supérieure à celles retrouvées par Copeland et al..., en 1987 à Londres ; burns et al..., en 1988 à New York, Sapinho D et al en France qui sont respectivement de 13 à 20 % chez les sujets de plus de 65 ans vivant à domicile, de 23% chez les sujets en institution et 5 à 12% chez les sujets vivant à domicile en France [35,36,37,38] .

Cette différence pourrait s'expliquer par un échantillon plus grand des personnes âgées suivies dans notre étude.

### **1. Limites de l'étude**

Le choix de la maison des aînés comme site d'étude et la limitation de l'étude à la ville de Bamako on a des patient qu'était pas de Bamako font que nos données pourront ne pas être généralisables à la population générale.

### **2. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **↳ Âge**

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée a été celle de 65 à 69 ans soit 31,3% des cas (Figure 2).

L'âge moyen de  $68,46 \pm 6,4$  ans, retrouvé dans notre étude est inférieur à celui trouvé par Ouakam OJF qui avait rapporté une moyenne d'âge de  $71,43 \pm 5,97$  ans [39].

Cette différence pourrait s'expliquer par l'espérance de vie au Mali se situant aux environs de 57,96 ans [40].



### ↳ **Sexe**

Dans notre étude, la majorité de nos personnes âgées soit 60,0% était de sexe masculin avec un sex-ratio de 1,5 en faveur des hommes (figure 1).

Nos résultats sont similaires à ceux de Koumaré M, qui avait rapporté une prédominance des hommes avec 67,7% [11].

Aussi Ouakam OJF, avait rapporté un sex-ratio en faveur des hommes [39].

### ↳ **Niveau d'étude**

Nous avons trouvé que plus de la moitié des personnes âgées soit 65,4% était instruite.

Par contre, dans la série d'Ouakam OJF, la majorité des personnes âgées n'avait aucun niveau d'étude [39].

Le degré de dépression était associé de façon significative au niveau d'étude des personnes âgées ( $P=0,03$ ). Plus le niveau d'étude était élevé, moins les personnes âgées étaient déprimées (Tableau XXV). Nos résultats corroborent avec ceux de Josje ten Kate *et al...*, qui ont montré qu'avoir un niveau d'éducation supérieur protège contre l'anxiété et la dépression [41].

Mais également l'étude Bauldry S avait trouvé que l'effet protecteur contre la dépression est plus net pour les sujets qui ont complété une étude diplômante de quatre (4) ans après le collège, comparé à ceux qui n'ont que le diplôme du collège [42].

Des études ont montré que les facteurs sociologiques (le niveau d'instruction, la pauvreté) pouvaient être à la base de survenue de dépression [11].

### ↳ **Catégorie socioprofessionnelle (CSP)**

Les personnes âgées commerçantes (18%), enseignantes (15,3%) et ménagères (15,3%), ont dominé notre étude avec des prévalences respectives plus élevées de

dépression modérée (64%) et sévère (14%) chez les personnes incapables de travailler (Tableau IX).

Sanglier T à Lyon aussi dans son étude a rapporté des résultats similaires, les troubles dépressifs étaient plus fréquents dans les populations de bas niveau professionnel, la prévalence étant plus élevée chez les personnes disposant de faibles revenus et décroît régulièrement lorsque le revenu total du ménage augmente [43].

### **3. Données cliniques**

#### **↳ Motif de consultation**

Dans notre série, les principaux motifs retenus en consultation par nos personnes âgées ont été beaucoup plus les tremblements (18,7%), les lombalgies (12,7%), les insomnies (11,3%) et les crampes (9,3%) (Tableau XII).

L'étude de Kone ANJ, sur la fréquence et management de la maladie de Parkinson au service de neurologie du point G en 2011 qui avait trouvé que le mode de découverte de la maladie a été le tremblement distal du membre supérieur gauche 33,33% de cas [44].

Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que le diagnostic ou l'admission ont été réalisés dans des services spécialisés alors que notre étude a concerné des personnes suivies en ambulatoire pour des pathologies chroniques.

#### **↳ Notion d'antécédents**

Il est ressorti dans notre étude que 12,0 % des patients, présentaient des antécédents personnels de dépression et 18,0% des antécédents familiaux de troubles psychiatriques (Tableau XIII). Ces antécédents familiaux étaient pour la plupart de descendance (8,7%) et de collatéraux (6,7%) (Tableau XIV). Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Frances Rice et al... , qui ont trouvé un risque familial de survenue des troubles dépressifs majeurs de 6,35% [45].

#### **4. Diagnostic somatique retenu et degré de sévérité de la dépression**

Le score aux items nous ont permis de déceler l'existence de dépression chez nos patients et d'en caractériser le degré. C'est ainsi que la dépression s'est révélée avérée chez 60,7% de nos patients avec 11,3% de dépression sévère (Tableau XVIII).

Le diagnostic le plus retrouvé chez nos patients a été la Gonarthrose avec 25 cas sur 150 soient 16,7%, suivi de l'hypertension artérielle et de la maladie de Parkinson avec respectivement 16,0% et 11,3% (Tableau XX).

Les pathologies médicales dans ce sens représentaient 79,3% et chirurgicales 20,7%.

Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Trognon P dans son étude sur l'admission des personnes âgées aux urgences en 2018 où les pathologies médicales avaient concerné 62% des patients, les pathologies chirurgicales 36,5% et un motif clairement social a été retrouvé dans 13% des cas [46].

#### **5. Traitement**

Il est important de guérir la dépression. Aujourd'hui, une prise en charge adaptée, une psychothérapie ciblée et des antidépresseurs permettent de briser le cycle infernal pour retrouver la joie de vivre, à condition d'être bien entouré et surtout de bien suivre son traitement.

Les principaux médicaments prescrits aux personnes âgées pour les pathologies chroniques qu'ils ont développées ont été les AINS, les antihypertenseurs et les corticoïdes dans des proportions respectives de 20,7%, 18% et 11,3%.

Au cours de notre étude seulement 8,0 % des patients dépressifs ont été mis sous traitement antidépresseur avec des indications souvent mal posées.

Ceci pourrait s'expliquer par l'absence de psychiatre dans l'équipe.

## **6. Evolution**

Une évolution de plus de 10 ans de la maladie était notée chez 28,7% des personnes âgées, la durée moyenne était de  $3,59 \pm 14,33$  ans avec des extrêmes de 2 mois et 14 ans (Tableau XXII). Cette forte représentativité des plus de 10 ans pourrait s'expliquer par l'itinéraire thérapeutique de nos patients qui ont très souvent pour la plupart trainés d'hôpital en hôpital après-être passé chez les guérisseurs.

Dans notre étude, la majorité de nos patients (80,7%) avaient consultés un médecin en première intention, par contre 19,3 % de nos patients avaient consultés un tradi-thérapeute en premier lieu. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la maladie mentale de façon générale est considérée dans notre culture comme ayant des causes surnaturelles donc relevant beaucoup plus de la médecine traditionnelle, la médecine conventionnelle ne permettant que de calmer les troubles.

## **7. Facteurs liés à la dépression**

Durant notre étude, le degré de dépression s'est révélé en relation significative avec :

La Résidence ( $P = 0,029$ ) avec un taux de dépression légère de 36,66,% et sévère de 6,0% à Bamako contre 12,66% et 5,33% dans les autres régions (Tableau XXVII). Ce résultat est contraire à celui de Irene H et al, qui ont trouvé que dans les zones urbaines et périurbaines, vivre dans les quartiers pauvres est un facteur de risque de la dépression chez les sujets âgés [47], de même que Janice C et al qui ont trouvé également que la prévalence de la dépression est plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines [48].

La différence avec ces deux auteurs pourrait s'expliquer par le fait que l'essentiel de nos patients provienne de Bamako, et qu'en plus les personnes âgées dans les zones rurales ont un accès limité aux structures de prise en charge.

Cependant une étude faite au Ghana et en Afrique du Sud n'a pas observé de différence de la prévalence de la dépression entre les milieux rural et urbain [49].

Selon l'occupation socio-professionnelle, les personnes dans l'incapacité de travailler étaient les plus exposées à la dépression ( $P = 0,035$ ) (Tableau XXVIII). Nos résultats sont similaires à ceux trouvés par Pfeil S et al... ; leur étude a montré qu'une personne âgée sur cinq sans emploi pendant une longue période développe une dépression majeure [50]. Il en est de même pour Kang MY et al... à travers leur étude prospective de 6 ans en Corée du Sud qui a montré que le risque de dépression augmentait significativement avec la durée de chômage chez les personnes âgées [51]. Schinkel-Ivy et al... , aussi en Irlande ont montré que la dépression était plus prévalue chez les sujets de plus de 50 ans sans emploi en cas de retraite mal ou non préparée [52].

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **Conclusion**

La fréquence des personnes âgées déprimées était très élevée dans notre étude (**60,7%**). Le sexe masculin était majoritaire. L'ethnie bambara représentait 30% des patients de l'étude. Le premier recours de nos patients a été les médecins (**80,7%**), néanmoins les personnes âgées restaient longtemps avec des pathologies chroniques sans être diagnostiquées pour des troubles dépressifs. Le recours aux spécialistes de la prise en charge des troubles mentaux de façon générale et de la dépression en particulier était tardif. La dépression était liée dans la plupart des cas aux niveaux : d'instruction et socio-économique.

## **Recommandations**

### **➔ Aux ministères de la santé et de l'enseignement supérieur**

- Recruter un personnel compétent en nombre suffisant
- Plaidoyer pour la formation des spécialistes en Géro-psycho-geriatrie

### **➔ Aux personnels socio-sanitaires**

- Mettre en place un box de consultation psychiatrique à l'institut d'étude et de recherche en Geranto-gériatrie à Bamako
- Utiliser les outils de dépistage chez les personnes âgées ;
- Améliorer la qualité de l'accueil et de la prise en charge globale des personnes âgées.
- Donner le traitement adapté aux personnes déprimées

### **➔ Aux familles**

- Considérer les personnes âgées tout en préservant leur rôle dans la société ;
- Améliorer la relation intergénérationnelle.



# REFERENCES

## REFERENCES

1. Sanglier T. Comparaison de la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé et l'adulte non âgé par l'utilisation de systèmes administratifs automatisés. [Thèse de Médecine] Université Claude Bernard, Lyon 1 2011. p219.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS 2006; 3:e442 Med.
3. Thomas P, Thomas CH. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontologie et Société.2008 ;31(126):141-55.
4. O.M.S, Santé Mentale (Renforcement de la Promotion de la Santé Mentalé ), OMS juillet 2010
5. Association canadienne pour la santé mentale. <https://www.aladom.fr/actualites/secteur-service/7142/la-bonne-sante-mentale-point-essentiel-du-bien-veillir/>. Vu le 22.01.2020 à 18h00.
6. Aissa Ould B. La dépression du sujets âges sa prise en charge globale, ses diagnostic et thérapeutique. [Thèse de Médecine de Créteil] Université Paris valde marne 2004. p81
7. Agence nationale d'accréditation et évaluation en santé. Prise en charge d'un épisode dépressif isole de l'adulte en ambulatoire. Service des recommandations et référence professionnelle ANAES. Mai 2002.194
8. Grignon M. Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de la sante. CREDES. MARS 2003 ;66
9. D.Nanéma , P.Goumbri, K.Karfo , J.G.Ouango, A.Ouédraogo. Dépression du sujet âgé en milieu socioculturel africain à Ouagadougou, Burkina Faso Depression in the elderly subject in African sociocultural environment in Ouagadougou, Burkina Faso. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie [Volume 16, Issue 93](#), June 2016, Pages 130-132
10. Direction Nationale Du Développement Social, Plan d'action national pour la promotion des personnes âgées (DRFT) juin 2005,p :45-9
11. Koumaré M. Approche épidemio-clinique de la demande de soins en santé mentale chez les personnes âgées à la « maison des aînés » du district de Bamako [thèse de médecine] Mali 2010, p97
12. Halini S, Darlel F psychiatrie édition Vemazobres-Grego( ISBN 2-84136-589-1) p-103
13. Scordia L. « Il n'est pas sire de son pays qui de ses hommes est haï. Un proverbe sur l'amour et la haine du prince à la fin du Moyen Âge », *Memini* [En ligne], 19-20 | 2016, mis en ligne le 19 décembre 2016, consulté le 12 décembre 2019. URL :<http://journals.openedition.org/memini/823> ; DOI : 10.4000/memini.823

14. Pellion, F. Le problème de la mélancolie anxieuse. *Cliniques méditerranéennes*.2007 ; 76(2) :287-296.
15. Jacques G. Petit. Folie, langage et pouvoirs en Maine-et-Loire (1800-1841). *Revue d'Histoire Moderne & Contemporaine*.1980 ;27(4) :529-564.
16. Haustgen T, Sinzelle J. Emil Kraepelin (1856–1926) – III. Les grandes entités cliniques. *Ann Med Psychol*.2010 ;168(10) :792-795.
17. Coquery-Vidrovitch C. De la périodisation en histoire africaine. Peut-on l'envisager ? À quoi sert-elle ? *Afrique & histoire*.2004 ;2(1):31-65.
18. Coquery-Vidrovitch C. De la périodisation en histoire africaine. Peut-on l'envisager ? À quoi sert-elle ? *Afrique & histoire* 2004, 2(1):31-65. Disponible au <https://www.cairn.info/revue-afrique-et-histoire-2004-1-page-31.htm>.
19. Arwata Ben B. Contribution à l'étude des états dépressifs au Mali [thèse de médecine] Mali 1984. P133
20. Kristina B, Tafforeau J. La dépression : état des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. IPH/EPI Reports Nr.2002 – 011. Disponible au [https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/depression\\_fr.pdf](https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/crospfr/depression_fr.pdf)
21. [Bjelland I](#), [Krokstad S](#), [Mykletun A](#), [Dahl AA](#), [Tell GS](#), [Tambs K](#). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008 Mar;66(6):1334-45.
22. Mekongno MB. Morbidité anxio-dépressive chez les patients hémodialysés dans le service de néphrologie et d'hémodialyse [thèse de médecine] p76
23. [Bjelland I](#), [Krokstad S](#), [Mykletun A](#), [Dahl AA](#), [Tell GS](#), [Tambs K](#). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008 Mar;66(6):1334-45.
24. Thomas CH, Thomas P. Démotivation et troubles conatifs chez le sujet âgé dépendant. *Psychologie & Neuropsychiatrie du vieillissement*. 2004;2(2):93-105.
25. Henry JM, Védie C, Witjas T, Azulay JP, Poinso F. Sémiologie des troubles psychomoteurs. EMC.2006 ;37-117-A-10:1-9.
26. DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. American Psychiatric 2015. p1174.
27. Pellerin J, Boiffin A. Dépression du sujet âgé. *La Revue de gériatrie*. 1924(5) :375-382.

28. Lyness JM, Kim J, Tang W, Conwell Y, King DA, Caine ED. The clinical significance of subsyndromal depression in older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007 ;15(3): 214-23.
29. Meyers BS, Kalayam B, Mei-Tal V. Late-onset delusional depression: a distinct clinical entity? *J Clin Psychiatry*.1984 Aug; 45(8): 347-9.
30. [Bjelland I](#), [Krokstad S](#), [Mykletun A](#), [Dahl AA](#), [Tell GS](#), [Tambs K](#). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Soc Sci Med*. 2008 Mar;66(6):1334-45.
31. Cole MG, Bellavance F. The prognosis of depression in elderly community and primary care population: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1999; 156(8):1182-9.
32. Cyrielle SK. La dépression : physiopathologie et prise en charge, rôle du pharmacien d'affine dans le suivi du patient dépressif [Thèse de pharmacie] Université de Lorraine 2012. p126.
33. Schwartz. Méthodes statistiques à l'usage des médecins et biologistes édition Flammarion Médecins Sciences ,1969
34. Csillik A, Aguerre C, Bay M. Psychothérapie positive de la de pression: spécificités et apports cliniques. *Ann Med Psychol*.2012 ;170 (8):541–546.
35. Copeland JRM, Gurland BJ, Dewey ME, Kelleher J, Smith AMR Davidson IA. The distribution of dementia, depression and neurosis in elderly men and women in a urban community assessed using the GSM-AGECAT pactage. *Intern. J. Geriatric Psychiatry*. 1987 ;2(3) :177-184.
36. Burns B.J.,Larson Db.,Goldsman I.D,Johson W .E,Taube C.A, Miller .N.E,Mathis R.S. Mental disorder among nursing home patients :preliminary findings from the national nursing home survey pretest. *Intern. J. Geriatric Psychiatry*. 1988 ;3(1) :27-35.
37. Sapinho D, Chan Chee C, Beck F. « Prévalence de l'épisode dépressif majeur et comorbidités », in *La dépression en France (2009)*. : enquête Anadep 2005 (dir. Chan Chee, Beck, Sapinho, Guilbert), Ed. Inpes, pp. 35-57.
38. Waintraub. Echelle de dépression gériatrique. Auto-évaluation. Echelle diagnostic (dépistage). Éditions médicales Pierre Fabre 1996, 2(1):433-8.
39. Ouakam Ouakam JF. Autonomie, dépendance et sante des personnes âgées cas du district de Bamako (Mali). [Thèse Med] FMPOS 2005. P101, N°05M91.
40. Santé magazine. La dépression des personnes âgées, une maladie insidieuse. [Site Int] <https://www.santemagazine.fr/sante/maladies/maladies-mentales/depression/la->

[depression-des-personnes-agees-une-maladie-insidieuse-177992](#). Vu le 1.11.2019 à 00h00.

41. [Ten Kate J](#), [De Koster W](#) and [Van Der Waal J](#). Why are Depressive Symptoms More Prevalent among the Less Educated? The Relevance of Low Cultural Capital and Cultural Entitlement. [Sociological Spectrum](#). Mid-South Sociological Association 2017. 37(2):63-76.
42. Bauldry S. Variation in the Protective Effect of Higher Education against Depression. *Soc Ment Health*.2015 Jul;5(2):145-161. doi: 10.1177/2156869314564399.
43. Tshilombo. Les facteurs étiologiques de la dépression à Lubumbashi. Cas de l'hôpital Sendwe et du centre neuropsychiatrique Joseph- Guislain de 2009 à 2012 *par Elie Tshilombantalaja* Université de Lubumbashi - Docteur en médecine 2013. <https://www.memoireonline.com/10/13/7473/Les-facteurs-etnologiques-de-la-depression--Lubumbashi-Cas-de-lhpital-Sendwe-et-du-centre.html>. Vu le 1.11. 2019 à 00h30
44. Koné ANJ. La fréquence et management de la maladie de parkinson. [Thèse Med] Université de Bamako FMPOS 2011. P64
45. Frances Rice, Ruth Sellers, Gemma Hammerton et al. Antecedents of New-Onset Major Depressive Disorder in Children and Adolescents at High Familial Risk.
46. Trognon P. L'admission des personnes âgées aux urgences : l'expérience d'un centre hospitalier général. HAL Id: hal-01732118 <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732118>. Submitted on 14 Mar 2018.
47. Irene HY and Kaplan GA. Poverty area residence and changes in depression and perceived health status: evidence from the alameda county study International Journal of Epidemiology. Feb 1999 ;28(1) : 90–94. <https://doi.org/10.1093/ije/28.1.90>.
48. Janice C, Probst SB, Laditka CGM, Nusrat H, Powell MP, Elizabeth GB. Rural-Urban Differences in Depression Prevalence: Implications for Family Medicine. *Fam Med* 2006;38(9):653-60.
49. Adjaye-Gbewonyo D, Rebok G, Gallo JJ, Gross A, Ahmed SC. Underwood, Urbanicity of residence and depression among older adults in Ghana and South Africa, *Innovation in Aging* 2017, 1(1):33-34, <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.132>
50. Pfeil, S, Holtz, K, Kopf KA, Hegerl U et Rummel-Kluge C. Minor depression in older, long-term unemployed people seeking vocational support. *BMC psychiatry* (2017), 17(1):243. doi:10.1186/s12888-017-1404-1
51. Kang MY, Kang YJ, Lee W, Yoon JH. (2016). Does long-term experience of nonstandard employment increase the incidence of depression in the elderly? *Journal of occupational health*, 58(3):247–254. doi:10.1539/joh.15-0169-OA.

- 52.** Schinkel-Ivy A, Mosca I, Mansfield A. Factors Contributing to Unexpected Retirement and Unemployment in Adults Over 50 Years Old in Ireland. *Gerontology and Geriatric Medicine* (2017). <https://doi.org/10.1177/2333721417722709>.

# ANNEXES

## **ANNEXES**

### **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM :** ABOUBACAR

**Prénom :** Alhousseini

**Nationalité :** Malienne

**Titre :** Dépistage des troubles dépressifs chez le sujet âgé à l'institut d'étude et de recherche en géronto- gériatrie à Bamako, Mali

**Année académique :** 2019-2020

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie et la Faculté de Pharmacie.

**Secteur d'intérêt :** Psychiatrie, Gériatrie, Santé Publique

#### **Résumé :**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé en 2020, la dépression sera, après les maladies cardiovasculaires, l'affection qui entraînera le plus gros coût de santé en termes de mortalité, de morbidité, d'incapacité au travail. Ce travail avait pour objectif de dépister les troubles dépressifs chez les personnes Agées. Il s'agissait d'une étude transversale descriptive à recrutement prospectif portant sur un échantillon de 150 patients à l'Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto-Gériatrie de Bamako. La fréquence de la depression était de 60,7%. La tranche d'âge 65-69 ans était la plus représentée avec 31,3 %. Le sexe masculin était représenté avec 60%. L'ethnie bambara a représenté 30,0% de l'échantillon. Les personnes âgées étaient non scolarisés ont représenté 34,6%. Les commerçants étaient les plus représentés avec 18,0% suivis des enseignants avec 15,3%. Les mariés étaient les plus représenté avec 62,0 %. Le diagnostic somatique le plus retrouve était la gonarthrose avec 16,7% suivi de l'hypertension artérielle avec 16,0%. Le recours aux soins conventionnels en premier lieu a représenté 80,7%. Un lien statistique significatif a été trouvé entre le degré de sévérité de la depression et la variable telle que la résidence, le niveau d'étude et le statut professionnel actuel ( $p < 0,05$ ). Nos résultats montrent que la depression est fréquente chez les personnes âgées qui consultent à l'Institut d'Etudes et de Recherche en Géronto-Gériatrie de Bamako.

**Mots clés :** Sujets âgées, Dépression, Bamako.



## INSTRUCTIONS

**NAME:** ABOUBACAR

**First name:** Alhousseini

**Nationality:** Malian

**Title:** Screening for depressive disorders in the elderly at the Institute of Study and Research in Gerontology and Geriatrics in Bamako, Mali

**Academic year:** 2019-2020

**City of defense:** Bamako

**Country of origin:** Mali

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology and the Faculty of Pharmacy.

**Sectors of interest:** Psychiatry, Geriatrics, Public Health

### **Summary:**

According to the World Health Organization by 2020, depression will be, after cardiovascular disease, the disease that will lead to the highest health cost in terms of mortality, morbidity, and inability to work. This work aimed to describe the socio-demographic and clinical characteristics of elderly patients with depression. This was a descriptive cross-sectional study in 150 elderly patients at the Institute of Studies and Research in Geriatrics and Geriatrics in Bamako. The frequency of depression was 60.7% (91/150). The age group of 65-69 years old was the most represented with 31.3%. The male sex was represented with 60%. The Bambara ethnic group represented 30.0% of the sample. The elderly were unschooled in 34.6% and married in 62%. By profession, traders were the most represented with 18.0% followed by teachers with 15.3%. The most common somatic diagnosis was knee osteoarthritis with 16.7% followed by arterial hypertension with 16.0%. The use of conventional care in the first place represented 80.7%. A statistically significant association was found between the degree of severity of the depression and the variable such as residence, educational level and current professional status ( $p < 0.05$ ). Our results show that depression is frequent in the elderly who consulted at the Institute of Studies and Research in Geronto-Geriatrics in Bamako during our study period.

**Keywords:** Elderly subjects, Depression, Bamako.

## FICHE D'ENQUETE

### Echelle d'auto-évaluation de l'humeur

#### I. Caractéristiques sociodémographiques

Date :...../...../.....

1. **Nom** :.....

**Prénom** :.....

2. **Sexe** : /\_ /

1=Masculin /\_ / ; 2=féminin /\_ /

3. **Age** : / ..... /

4. **Niveau d'étude** : /\_ /

1=Non scolarisé/\_ / ; 2=.Primaire/\_ / ; 3=fondamentale/\_ / ; 4= secondaire ; 5= supérieur /\_ /

5. **Statut matrimoniale** : /\_ /

1=Célibataire/\_ / ; 2=marie /\_ / ; 3=veuf (Ve) /\_ / ; 4= divorce /\_ /

6. **Résidence** /\_ /

1=Rural /\_ / ; 2=urbaine /\_ /

7. **Profession** /\_ /

1=Enseignant /\_ / ; 2=militaire/\_ / ; 3=agro pastoral /\_ / ; 4= commerçant /\_ / ; 5=ouvrier/\_ / ;

6=agent de sante/\_ / ; 7=éleveur/\_ / ; 8= agriculteur/\_ /

9=Autre :.....

#### II. Catégorie socioprofessionnelle (CSP) :

1. Emploi rémunéré Oui : /\_ / Non:/\_ /

2. Emploi à titre indépendant : Oui : /\_ / Non:/\_ /

3. Retraité? Oui : /\_ / Non:/\_ /

4. Chômeur : Oui : /\_ / Non:/\_ /

#### III. Données cliniques :

1- **Motif de consultation** : /\_ /

1=Isolement /\_ / ; 2= insomnie/\_ / ; 3= refus alimentaire /\_ / ; 4= tentative de suicide /\_ /

5=délire/\_ / ; 6=agitation/\_ / ; 7= échec au traitement traditionnel /\_ / ; 8= retrait social /\_ /

9=Autre.....

2- **Antécédents personnels de dépression** :

Oui : /\_ / Non : /\_ /

3- **Antécédent familiaux de dépression** : Oui : /\_ / Non : /\_ /

si oui préciser 1=Père:/\_ / ; 2=Mère : /\_ / ; 3=collatéraux:/\_ / ; 4= descendants:/\_ /

4- **Habitude exo toxique du malade** :

Oui : /\_ / Non: /\_ /

5- **Type de toxique** : /\_ /

1=tabac/\_ / ; 2= alcool /\_ / ; 3= chanvre indien /\_ / ; 4= cocaïne/\_ / ; 4=autres /\_ /

#### IV. Humeur dépressive

1. Etes-vous satisfaite (e) de votre vie ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

4. Vous ennuyez-vous souvent ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

9. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

10. Avez-vous le plus souvent besoin d'aide dans vos activités ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

11. Vous sentez souvent nerveux (se) au point de ne pouvoir tenir en place ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

13. L'avenir vous inquiète-t-il ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?  
Oui : /\_ / Non:/\_ /
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
16. Avez-vous souvent le cafard ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
18. Ressassez-vous beaucoup le passé ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
21. Avez-vous beaucoup d'énergie ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
22. Désespérez-vous de votre situation présente ?
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre que les autres ont plus de chance que vous ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
24. Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
25. Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
27. Êtes-vous content (e) de vous lever le matin ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
28. Refusez-vous souvent les activités proposées ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ? Oui : /\_ / Non:/\_ /
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ? Oui : /\_ / Non:/\_ /

Total ..... + .....SCORE :

#### V. Itinéraire diagnostique et thérapeutique

1. **QUI avez-vous consulté en premier?** /\_ /  
1=Médecin:/\_ / 2=Tradi-thérapeute:/\_ /, 3=Marabout: /\_ /; 4=Autre:/\_ /
2. **quel est le diagnostic qui a été retenu par le thérapeute :** /\_ /  
1=DBA/\_ / ; 2=schizophrénie/\_ / 3= dépression /\_ / ; 4= toxicomanie/\_ /; 5= paranoïa /\_ /  
6=épilepsie /\_ / ; 7=démence /\_ /; 8=autre.....
3. **Quel traitement avait vous reçu:**  
1=Antidépresseur/\_ / ; 2= anxiolytique/\_ / ; 3= corticoïde/\_ / ; 4= autre/\_ /
4. **Dure d'évolution de la maladie avant début de la prise en charge :** /\_ / .....  
1= < à année/\_ / 2=1ans à 2ans/\_ / 3= 2 ans à 5 ans/\_ / 4= 5 ans à 10 ans /\_ / 5= ≥a 10 /\_ /

## SERMENT D'HYPOCRATE

*En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

*Je le jure !*