

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche Scientifique

\*\*\*\*\*



REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**FMOS**

Année universitaire 2022- 2023

N° :..... /

**THEME**

**Etude des facteurs associés à la dépression chez les personnes  
âgées à la maison des aînés et l'Hôpital du district de la  
commune IV de Bamako**

MEMOIRE

Présentée et Soutenue publiquement le 29/ 03 /2024 devant le jury de la Faculté de  
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Pour obtenir le grade de Spécialiste en Psychiatrie (D.E.S)

**M. ISSIAKA TRAORE**

**JURY**

Président : **M. Arouna TOGORA, Professeur Émérite**  
Membre : **M. Zoua KAMATE**  
Co-Directeur : **M. Joseph TRAORE, Chargé de recherche**  
Directeur : **M. Souleymane dit Papa COULIBALY, Maître de  
Conférences**

## **DEDICACE**

Je dédie ce travail à ma famille à qui, je dois tout.

## **Remerciements**

A Dieu

Je remercie DIEU LE CRÉATEUR SUPRÊME, LE CLÉMENT LE TRÈS MISÉRICORDIEUX de m'avoir donné la vie et d'y veiller, la santé et le courage nécessaires pour la réalisation de ce travail.

### **A mes parents,**

Depuis l'enfance, vous avez guidé mes pas dans ce monde, me donnant le meilleur de vous et vos conseils multiples pour surmonter les épreuves de la vie. Alors chers parents merci pour l'éducation que j'ai reçu de vous, car c'est le socle de ce que je suis, merci pour vos soutiens qui ne m'ont pas fait défaut pour la réalisation de ce travail qui est le vôtre.

A mes frères et soeurs, Dramane, Kadidiatou, Moussa, Issiaka, Boubacar, Fatoumata, Drissa, Oumar, Mamadou, Aly Badara, Nouhoum...

Merci d'être toujours à mes côtés, merci pour vos prières.

A mes Oncles et Tantes Merci d'être toujours présent depuis le début de ce travail jusqu'à la fin, merci pour vos soutiens.

La Faculté de Médecine d'Odontostomatologie de Bamako et les Enseignants de la Faculté de Médecine

Merci, Professeurs, d'avoir toujours cru en nous. Merci aussi d'avoir fait de nous ce que nous sommes aujourd'hui

A mes chers Maîtres et tout le personnel de la psychiatrie

Ce travail est aussi le vôtre.

A tout le personnel de la psychiatrie

Aux amis

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Degrés de sévérité et comparatif CIM-10/DSM-V [37].....	15
Tableau II : Répartition des personnes âgées selon le statut matrimonial. ....	27
Tableau III : Répartition des personnes âgées selon la profession. ....	28
Tableau IV : Répartition des personnes âgées selon la taille de la famille.....	29
Tableau V : Répartition des personnes âgées selon revenu mensuel.....	29
Tableau VI : Répartition des personnes âgées selon les antécédents.....	30
Tableau VII : Répartition des personnes âgées selon leur bonne relation avec les voisins.....	31
Tableau VIII : Répartition des personnes âgées selon la consommation l'alcool et du tabac.....	32
Tableau IX : Répartition des personnes âgées selon les variables de soutien social familial.....	33
Tableau X : Répartition des personnes âgées selon l'échelle de dépression gériatrique (Forme courte).....	34
Tableau XI : Régression univarié entre les variables indépendantes et la dépression.....	36
Tableau XII : Régression multivarié entre les variables indépendantes et la dépression.....	38

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon la tranche d'âge. ....	26
Figure 2 : Répartition des personnes âgées selon le sexe .....	27
Figure 3 : Répartition des personnes âgées selon le niveau d'instruction .....	28
Figure 4 : Répartition des personnes âgées selon la présence d'un handicap physique.....	30
Figure 5 : Répartition des personnes âgées selon le sentiment de solitude .....	31
Figure 6 : Répartition des personnes âgées selon le soutien social perçu.....	32
Figure 7 : Répartition des personnes âgées selon le sentiment de solitude .....	35

## **LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS**

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**YLD**: Years Lost due to Disability

**GBD**: Global Burden of Disease Study 2017

**DSM-IV** : diagnostique et statistique des troubles mentaux IV

**EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**CIM-10** : Classification internationale des maladies

**DSM-V** : diagnostique et statistique des troubles mentaux

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**ISRS** : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

**ISRSNA** : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la Noradrénaline.

**IMAO** : inhibiteurs de la mono amine oxydase

**CHU** : Centre Hospitalier universitaire

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

**HTA** : Hypertension artérielle

**IERGG** : l'Institut d'Étude et de Recherche sur la Géro-geriatrie

**PAPADEM** : Programme d'Appui aux Personnes Âgées Démunies.

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**CS Réf** : Centre de Santé de référence

**GDS** : Échelle de Dépression Gériatrique

## Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. GENERALITE .....	5
1.1. Définition.....	5
1.2. Epidémiologie.....	5
1.3. Physiopathologie .....	6
1.4. Les symptômes psychologiques et physiques de la dépression .....	7
1.5. Diagnostic.....	9
1.6. Facteurs de risque de la dépression chez sujet âgé.....	13
1.7. Sévérité de la dépression .....	13
1.8. Diagnostic différentiel .....	15
1.9. Particularités de la dépression chez le sujet âgé.....	16
1.10. Pronostic.....	16
1.11. Traitement [41].....	17
II. METHODOLOGIE.....	20
2.1. Cadre d'étude.....	20
2.2. Type d'étude .....	22
Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à recrutement prospectif.....	22
2.3. Période d'étude .....	22
2.4. Population d'étude.....	22
2.5.3. Variables étudiées .....	23
2.8. Considération éthique .....	25
III. RESULTATS .....	26

3.1. Données sociodémographiques .....	26
3.2. Données cliniques.....	30
3.3. Échelle de dépression gériatrique (Forme courte).....	34
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....	40
4.1. Caractéristiques sociodémographiques .....	40
4.2. Prévalence de la dépression.....	41
4.3. Facteurs associés à la dépression.....	42
CONCLUSION .....	45
RECOMMANDATIONS .....	46
REFERENCES .....	47
ANNEXES .....	53

## INTRODUCTION

La dépression est un trouble mental caractérisé par des sentiments d'humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités et une perte d'énergie d'au moins deux semaines [1,2]. C'est un important problème de santé publique en raison de ses conséquences dévastatrices à tout moment dans une communauté [3,4].

Selon l'OMS, la dépression était la deuxième charge de morbidité mondiale en 2010 et elle devrait être la première cause d'années vécues avec incapacité (YLD) en 2020 [3,5]. En 2023, l'OMS estime que 3,8 % de la population mondiale souffre de dépression soit environ 280 millions, dont 5 % des adultes et 5,7 % des personnes de plus de 60 ans [2].

La dépression gériatrique est un problème de santé publique important qui altère la qualité de vie et impose des coûts financiers à la famille et à la société [6,7]. La dépression amplifie les handicaps fonctionnels, interfère avec le traitement et la réadaptation et contribue en outre à un déclin du fonctionnement physique et cognitif d'une personne [8,9]. La dépression est l'un des problèmes de santé mentale chez les personnes âgées et elle entraîne un risque accru de suicide [4]. On estime que 800 000 personnes meurent chaque année par suicide, ce qui est la pire complication de la dépression [10]. Il a également un impact économique sur les personnes âgées en raison de sa contribution significative à l'augmentation du coût annuel direct des moyens de subsistance [11].

Parmi les personnes âgées de plus de 60 ans, la dépression est à la fois sous-diagnostiquée et sous-traitée dans les établissements de soins primaires. Les symptômes sont souvent négligés et non traités, car ils coexistent généralement avec d'autres problèmes rencontrés par les personnes âgées [12].



L'étude Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) a classé la dépression au troisième rang des principales causes d'années de vie perdues pour cause d'invalidité (YLD) [13]. Des études internationales sur les maladies et affections mentales ont révélé que 10 à 15 % des personnes âgées en Angleterre étaient déprimées, 12,6 % aux États-Unis et 19,47 % dans les autres pays occidentaux [14,15]. En Thaïlande, la prévalence de la dépression chez les personnes âgées variait de 17,5 % à 82,3 % dans toutes les communautés [16].

Le fardeau de la dépression au Nigeria et en Égypte était de 44,7 à 44,4 % [17,18] et à Ambo et à Harar en Éthiopie, il était de 41,8 et 28,5 % [3,19] respectivement.

Plusieurs études ont pu mettre en exergues plusieurs facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées dont le sexe (femme), l'état civil (divorcée, veuf(e)), le Revenu mensuel bas, statut d'emploi (chômage) [20–22].

Au Mali, le fardeau de la dépression chez les personnes âgées n'est pas bien traité encore moins les facteurs qui y sont associés Cet écart peut contribuer à des soins de santé non adaptés chez les personnes âgées.

Par conséquent, le but de cette étude était d'étudier la prévalence de la dépression et les facteurs associés chez les personnes âgées de la maison des aînés et à l'hôpital de District de la commune IV de Bamako.

### **Question de recherche :**

Notre question de recherche était : **quels sont les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées ?**

### **Hypothèses de recherche**

Il existe plusieurs facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées de la maison des aînés l'hôpital de District de la commune IV de Bamako en 2023.

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Étudier les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées à la maison des aînés et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako.

### **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la prévalence de la dépression chez les personnes âgées de la maison des aînés et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako en 2023.
- Décrire les aspects cliniques de la dépression chez les personnes âgées de la maison des aînés et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako en 2023.
- Identifier les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées de la maison des aînés et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako en 2023.

## **I. GENERALITE**

### **1.1. Définition**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la dépression se définit comme « un trouble mental courant, caractérisé par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. Elle peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner au travail ou à l'école ou à faire face à sa vie quotidienne » [23].

La dépression est un état morbide, plus au moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, et découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté [24].

### **1.2. Epidémiologie**

Une enquête épidémiologique menée aux États-Unis a révélé que 1 à 4% de la population âgée en général souffre de dépression majeure [25]. Plus précisément, l'analyse des résultats selon le sexe dans cette étude a montré qu'elle survient deux fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes. La prévalence de la dépression mineure était de 4 à 13 % [25].

Le trouble dysthymique, caractérisé par des symptômes plus légers qui durent plus de 2 ans, survient chez environ 2 % des personnes âgées. Une personne âgée a un risque presque égal ou légèrement inférieur à celui des personnes âgées. Une personne d'âge moyen présente des symptômes cliniquement significatifs de dépréciation [25].

La prévalence de la dépression gériatrique est plus élevée en milieu médical que dans la communauté en général. 10 à 12 % des patients hospitalisés et 12 à 14 % des personnes vivant dans des maisons de retraite souffrent de dépression

majeure. Pris ensemble, ces résultats indiquent que l'épidémiologie de la dépression varie selon les régions et les pays et qu'elle est plus répandue chez les personnes âgées souffrant de maladies physiques ou vivant dans des maisons de retraite [25].

### **1.3. Physiopathologie**

Des facteurs héréditaires pourraient prédisposer aux syndromes dépressifs en fin de vie. Chez les jumeaux âgés résidant dans la communauté, l'hérédité était responsable de 18 % de la variation des symptômes dépressifs [26].

Les marqueurs génétiques de la dépression tardive n'ont pas été identifiés. Cependant, les résultats d'une étude d'association sur un échantillon de jumeaux suédois suggèrent qu'il existe une association entre la variante du gène 5-HTR2A et l'humeur dépressive chez les hommes âgés [27].

La perturbation de la régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, du cycle du sommeil et d'autres rythmes circadiens est plus susceptible d'être présente chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes [28].

Ces problèmes ont également été associés à la dépression majeure. Les patients âgés déprimés présentaient une latence P300 plus longue que les sujets âgés normaux [29].

Patients âgés déprimés (plus de 60 ans) ont montré des réductions significatives du nombre de sites de liaison à l'imipramine tritiés par les plaquettes [30].

Ces dernières années, une attention considérable a été accordée à l'association entre la dépression et les lésions des structures sous-corticales et leurs projections frontales dans le cerveau [31].

Un dysfonctionnement frontostriatal pourrait prédisposer à la dépression en fin de vie. Le dysfonctionnement exécutif, expression clinique des anomalies

frontostriatales, est fréquent dans la dépression de fin de vie et persiste après l'amélioration des symptômes liés à l'humeur [32].

De faibles volumes de structures frontostriatales ont été documentés dans la dépression de fin de vie [33].

## **1.4. Les symptômes psychologiques et physiques de la dépression**

### **1.4.1. Les symptômes psychologiques**

#### **1.4.1.1. Les troubles psychologiques**

##### **a. L'humeur dépressive**

Il existe trouble de l'humeur unipolaire qui est la récurrence d'épisodes dépressifs majeurs et troubles de l'humeur bipolaire qui est des oscillations épisodique de l'humeur par l'état thymique de base [24].

Il n'y a pas une simple tristesse, mais est un pessimisme, une douleur morale, parfois suffisamment intense de soi avec des sentiments de dévalorisation et d'autodépréciation et sur le plan comportemental au niveau de la mimique, le faciès est triste, figé. (Guy(B) [24].

Un vécu pessimiste accompagné de sentiment d'insatisfaction, sentiment d'ennui, incapacité de trouver du plaisir, vision négative du futur [24].

On trouve aussi les pleurs le repli sur soi ou sautoir de ses proches, des idées de suicidaire, un sentiment de culpabilité, et une diminution de l'aptitude à penser à se concentrer [24].

##### **b. L'anxiété**

L'anxiété est une inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement. En psychiatrie, c'est un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagnée de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance. Son intensité est importante pour apprécier le risque suicidaire avec lesquels elle est corrélées [24].

#### **1.4.1.2. Les troubles cognitifs**

L'état dépressifs accompagne toujours de troubles cognitifs ils sont fonctionnels et réversibles (c'est-à-dire qu'ils disparaissent lorsque l'état dépressif disparaît) ils se manifestent sous forme : de difficultés à se concentrer ou de fatigabilité gênante par exemple la lecture. Le jugement et le raisonnement sont imprégnés par la tristesse, l'anxiété et le pissement [24].

#### **1.4.2. Les symptômes comportementaux**

Ces symptômes on peut les observer de l'extérieure

##### **1.4.2.1. Le ralentissement et l'inhibition**

L'affaiblissement, la diminution de la vitesse du comportement, de la pensée ou de la communication .et se ralentissement s'accompagne d'une asthénie importante. Il existe des nombre de maladies organiques [24].

##### **1.4.2.2. L'agitation**

Certains sujet semblent en proie à une agitation fébrile, sans but, avec une apparence d'instabilité psychomotrice accompagnée de colères [24].

#### **1.4.3. La symptomatologie dépressive chez l'agé**

##### **1.4.3.1. La tristesse pathologique**

Qui se distingue de la tristesse réactionnelle ceci que l'intéressé ne peut pas s'en défaire ne serait-ce que momentanément pour vivre un état désagréable est un trouble de l'humeur ancré dans le fonctionnement une douleur moral faite de pessimisme et d'auto dévalorisation le sujet se sent incapable, inutile et vide [24].

##### **1.4.3.2. Le vide interne et corporel**

Dépendamment de toute interprétation psychologique, le sentiment de vide intérieur et corporel est souligné par tous les auteurs, d'aucun parle d'anesthésie affective, d'effondrement intérieur, de recrutement associatif. Quoi qu'il en soit,

le système mental ne rend plus cette absence de rendement est en soi source de souffrance, l'anxiété qui s'y déploie est donc pauvre en représentation [24].

#### **1.4.3.3. Le ralentissement psychomoteur**

Se traduit par la perte de l'élan vital, de l'intérêt pour soi et pour les autres. Il est à la fois intellectuel et affectif, mais il est généralement difficile à apprécier chez le sujet âgé dont le corps a déjà perdu sa souplesse et son agilité, la marche soudée, les bras le long du corps, la lenteur du débit verbal, la tête et le regard penché vers le sol [24].

#### **1.4.3.4. Les troubles somatiques**

Qu'il s'agisse d'une hypochondrie mise en avant pour masquer une angoisse de l'approche de la mort, d'une insomnie, si fréquente après 60 ans, d'une constipation si banale, d'une fatigue même accentuée, rien ne pourra être évalué correctement dans l'absolu [24].

### **1.5. Diagnostic**

Etat pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à la réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt intellectuel. Le risque principal à rechercher systématiquement est le passage à l'acte (suicide).

#### **1.5.1. Les critères diagnostiques des Troubles dépressifs selon DSM-IV [34]**

- 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.
- 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



- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquées toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. 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.
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 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).
- 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).
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

**C.** Les symptômes 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 (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

**E.** Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. 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.

Les critères du DSM-IV sont indépendants de l'âge en ce qui concerne la dépression caractérisée, ainsi que la dysthymie [35].

### **1.5.2. Quelques repères sont à poser d'emblée [36]**

- La dépression du sujet âgé répond inconstamment aux antidépresseurs utilisés seuls. La place des traitements non médicamenteux est essentielle.
- L'anxiété des personnes âgées sert souvent à contenir une angoisse plus profonde :
  - Sur le sens de la vie et ce qui subsistera de sa propre existence,
  - Une souffrance psychique « normale » indissociable du « travail de deuil » qui semble inévitable à cet âge de la vie
- De nouveaux rapports de force s'instaurent avec les proches et nécessitent des aménagements psychiques.

### **1.5.3. Eléments sémiologiques caractéristiques d'une dépression du sujet âgé [35]**

- Fréquence de la comorbidité somatique, des douleurs physiques et de la perte d'autonomie.
- Fréquence d'une poly-médication préalable, notamment par anxiolytiques.
- Moindre expression des émotions, parfois déni des signes dépressifs.
- Sentiment de désespoir prégnant et résistant plutôt que culpabilité.
- Repli sur soi, perte des contacts sociaux pouvant aller jusqu'à un isolement extrême (moins de cinq contacts par jour)

- Présentations particulières : hostile ; avec syndrome dysexécutif (atteinte des fonctions exécutives qui sont les capacités cognitives d'un individu lui permettant de développer et de planifier un comportement dirigé vers un but.) ; avec troubles persécutifs.
- Risque de suicide abouti important, majoré en cas d'intoxication alcoolique.

Trop souvent le ralentissement, le repli, l'apragmatisme, signes importants de dépression, sont mis à tort sur le compte du grand âge. Le sujet âgé à plus de difficulté qu'un jeune à exprimer spontanément sa douleur morale, mais si les questions sont posées de façon précise et minutieuse, avec empathie, le patient répond le plus souvent sans réticence.

#### **1.5.4. Particularités cliniques [35]**

- Dépression hostile « Tatie Danielle » ;
- Dépression mélancolique qui peut prendre la forme d'un syndrome de glissement ;
- Dépression à masque somatique qui peut aller jusqu'à l'hypochondrie ;
- Dépression délirante ;
- Dépression à masque anxieux : accès d'angoisse répétés inexplicables, risque de prescriptions chroniques d'anxiolytiques ;
- Dépression conative « des maisons de retraite » : désengagement relationnel et affectif, avec négligence de soi et d'autrui, apathie, perte de l'initiative, docilité, passivité ;
- Pseudo-démence dépressive : angoisse intense, plaintes somatiques, régression majeure (incontinence mixte), réponses stéréotypées. Risque d'évoluer vers une démence ;
- Dépression bipolaire, davantage de comorbidités anxieuses et addictologiques, fréquente évolution vers la dysthymie ;

- Dépression de la fin de vie (16) d'autant plus fréquente que de plus en plus de personnes âgées arrivent en EHPAD pour des soins palliatifs.

Tous ces symptômes physiques et psychiques surtout s'ils sont brutalement installés ou persistants doivent systématiquement faire évoquer une dépression et en rechercher les causes.

## **1.6. Facteurs de risque de la dépression chez sujet âgé**

### **1.6.1. Facteurs environnementaux**

- Isolement social, conflit interpersonnel
- Retraite
- Deuil
- Problèmes économiques
- Changement de domicile, institutionnalisation

### **1.6.2. Facteurs organo-biologiques**

- Accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, démence,
- Insuffisance cardiaque, dysthyroïdie, douleurs chroniques, cancer, déficits sensoriels
- Diminution des neurotransmetteurs au niveau cérébral (sérotonine, noradrénaline et dopamine)
- Iatrogénie

### **1.6.3. Facteurs individuels**

- Vulnérabilité dépressive, antécédents thymiques
- Comorbidité psychiatrique : anxiété, consommation de toxiques.
- Sexe féminin (chez les moins de 85 ans)

## **1.7. Sévérité de la dépression**

L'intensité de l'épisode dépressif caractérisé est définie par le CIM-10 comme par le DSM-V en trois degrés, en fonction du nombre, de l'intensité et du retentissement des symptômes dépressifs [37].

**Tableau I : Degrés de sévérité et comparatif CIM-10/DSM-V [37]**

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
<b>Léger</b>	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes)  Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
<b>Modéré</b>	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
<b>Sévère</b>	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

### 1.8. Diagnostic différentiel

La difficulté pour le clinicien est qu'il n'existe donc pas un mais une multitude de tableaux cliniques correspondant à une dépression, qui sera propre à la personnalité et à l'histoire de chacun. Les diagnostics différentiels d'un épisode dépressif caractérisé s'intègrent dans cette démarche diagnostique. On peut ainsi citer, parmi ceux référencés par l'HAS : [37]

- D'autres troubles psychiatriques (trouble bipolaire, trouble dépressif persistant ou récurrent, trouble dépressif non spécifié, troubles de l'adaptation, troubles anxieux, troubles, schizophréniques, troubles délirants, troubles somatoformes, troubles de conduite alimentaire, troubles de la personnalité, burn out).
- L'usage, l'abus, la dépendance, le sevrage de certains médicaments, ainsi que la polymédication (notamment chez le sujet âgé).

- L’usage, l’abus, la dépendance, le sevrage de substances psychoactives (incluant le sevrage du tabac).
- D’autres maladies somatiques, notamment : hypothyroïdie, maladies neurodégénératives.

Les abus et la dépendance aux substances psychoactives peuvent être également une comorbidité [37].

### **1.9. Particularités de la dépression chez le sujet âgé**

La dépression du sujet âgé est une pathologie très fréquente, voire même la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé [38].

Elle retentit de manière importante sur la qualité de vie des patients et représente une cause importante de recours aux soins, de dépendance et d’institutionnalisation. Elle est associée à une morbidité importante, au risque suicidaire et à la chronicité. Sa présentation clinique est souvent atypique, ce qui rend le diagnostic difficile. Le risque est d’associer ces symptômes au vieillissement normal. Elle est de ce fait sous diagnostiquée et insuffisamment traitée [39].

### **1.10. Pronostic**

La dépression du sujet âgé est d’évolution lente. Elle retentit de manière importante sur la qualité de vie, en confinant le patient dans une souffrance parfois intense. Elle augmente le recours aux soins, la dépendance et l’institutionnalisation. Le pronostic de la dépression du sujet âgé est mauvais lorsqu’elle n’est pas traitée. Le risque évolutif majeur est le passage à l’acte suicidaire [38].

Les taux de suicides (notamment chez les hommes) et le ratio suicide abouti/tentative de suicide augmentent fortement avec l’âge. La dépression en est la principale cause. Il est important de la dépister, sachant que les consultations

médicales sont fréquentes avant le geste (75% des suicidés de 65 ans et plus consultent dans le mois précédent le passage à l'acte). Ce risque augmente en institution et est favorisé par l'isolement, notamment chez les hommes. Les risques sont également l'augmentation de la morbidité physique et l'augmentation de la chronicité et des rechutes [40].

## **1.11. Traitement [41]**

### **1.11.1. Traitement en ambulatoire**

Les différentes démarches sont : [41]

- « Affirmer le diagnostic de dépression selon les critères établis et apprécier le danger immédiat par rapport au risque suicidaire, réévaluation régulière de l'état clinique. »
- « Informer le patient et définir avec lui un projet thérapeutique »
- « Obtenir et maintenir une 'alliance thérapeutique' ».
- « Renforcer l'adhésion au traitement, surtout pendant la phase de consolidation » « Informer le patient et son entourage des signes précoces de rechute. »

### **1.11.2. Traitement médicamenteux**

#### **1.11.2.1. Les antidépresseurs commercialisés en France**

Les différentes classes sont : [41]

- Les imipraminiques

Ce sont des antidépresseurs qui ont montré leur efficacité mais ils sont cause de nombreux effets secondaires et en particulier provoquent des effets anticholinergiques. Ils ne sont plus utilisés en premier recours dans les traitements de la dépression, mais gardent leur indication dans le traitement de certains symptômes douloureux d'origines neurologiques.

- Les ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine).



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

### **1.11.2.2. Interactions et effets indésirables**

#### **❖ ISRS**

Ils ne sont pas dépourvus d'effets secondaires ni d'interactions médicamenteuses surtout chez les personnes âgées polymédiquées. Il convient d'éviter ou de surveiller leur association avec les antivitamines K, les anti arythmiques, la carbamazépine. Il faut préconiser le ISRS à demi vie courte et l'absence de métabolites actifs, surveiller la natrémie car il existe des hyponatrémies imputables à la prise d'ISRS. A noter également, selon les mêmes auteurs le risque de syndrome sérotoninergique -pathologie iatrogénique\_ survenant lors de l'association de médicaments sérotoninergiques comme les IMAO, ISRS, Sels de lithium ... (voir en annexe, le tableau récapitulatif proposé par l'équipe de médecine B du CHU Nancy Brabois selon la source du Vidal) [41].

Selon, le rapport de l'ANAES, « la toxicité des différents antidépresseurs doit être considérée, les ISRS sont les moins dangereux (qualité de preuve de niveau 3) » [41].

#### **❖ ISRSNA**

Les précautions d'emploi sont nombreuses et parfois même associées chez la personne âgée: insuffisance rénale, HTA, cardiopathie, glaucome... . Les effets secondaires sont également nombreux et variés, les plus fréquemment retrouvés sont vertiges, nausées, vomissements... . La différence avec les ISRS réside dans la demi-vie qui paraît plus courte pour les ISRSNA. Ceci peut être un plus en ce qui concerne la personne âgée avec diminution des risques d'accumulation de métabolites [41].

### ❖ IMAO sélectifs.

La tolérance est bonne si l'on respecte les précautions d'emploi (psychoses, HTA, phéochromocytome et surveillance hépatique). Ils semblent mieux tolérés que les IMAO de la première génération sachant qu'il existe peu d'études sur leur indication en gériatrie [41].

#### 1.11.3. Les traitements non médicamenteux

Le traitement médicamenteux seul mène rarement à une rémission complète des troubles existant au départ. Les bénéfices attendus du traitement médicamenteux ne sont qu'un des aspects de la prise en charge. D'autres bénéfices peuvent encore provenir de la bonne qualité de la relation avec le patient et de l'occasion qui pourrait lui être enfin donnée d'exprimer certaines de ses difficultés. On peut aussi souligner l'intérêt des prises en charge complémentaires visant à soutenir le sujet et son entourage comme les centres de jour ou les hôpitaux de jour: dans ce type de structures, il est en effet proposé des accompagnements et des activités qui favorisent la restauration de l'image sociale et l'élaboration de certaines difficultés profondément ancrées dans le vécu du sujet [41].

## **II. METHODOLOGIE**

### **2.1. Cadre d'étude**

Nous avons mené s cette étude à l'Institut d'Etude et de Recherche sur la Géronto-gériatrie (IERGG) « Maison des Aînés » et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako.

#### **✓ Présentation de la Maison des Aînés**

Communément appelé la Maison des Aînés, l'Institut d'Étude et de Recherche sur la Géronto-gériatrie (IERGG) a été créé par la loi n°98 – 038 du 20 juillet 1998. Il a comme mission principale de mener la recherche sur les personnes âgées pour l'épanouissement de ces derniers.

Situe en commune IV (Hamdallaye) du district de Bamako, elle est composée de trois organes administratifs et autant de départements, l'IERGG est chargé de contribuer à une meilleure connaissance des problèmes de la vieillesse au Mali. Les organes administratifs sont constitués d'un Conseil d'administration dirigé par le ministère de tutelle, d'un Comité scientifique et technique et d'une Direction générale. Quant aux départements, il s'agit : du département d'Étude et Recherche sociale ; du département d'Étude et de Recherche médicale, du département de la Documentation et vulgarisation.

La Maison des Aînés a plusieurs missions. Quelques-unes d'entre-elles consistent à : contribuer à la définition et à la mise en œuvre des objectifs de pleine participation ; sensibiliser les pouvoirs publics, la communauté sur les problèmes du vieillissement ; élaborer et mettre en œuvre un programme de recherche sur le vieillissement. Toutes ces missions visent l'amélioration de la vie de personnes âgées. L'une des actions phares de l'IERGG a été l'exécution du Programme d'Appui aux Personnes Agées Démunies (PAPADEM).

### ✓ **Présentation de l'hôpital de District de la commune IV :**

L'hôpital de District de la commune IV est situé en plein cœur de la commune IV, à Lafiabougou. Il a d'abord été la Protection Maternelle et Infantile (PMI) à sa création en 1981 puis érigé en CS Réf CIV en juin 2002 pour répondre aux besoins des populations de la commune en matière de santé.

#### **a) Infrastructures :**

L'hôpital de District de la commune IV de Bamako comporte :

- Un bureau des entrées ;
- Une unité de développement social ;
- Une unité de Gynécologie-Obstétrique ;
- Une unité de Chirurgie Générale ;
- Une unité de Médecine Générale ;
- Une unité d'Ophtalmologie ;
- Une unité d'ORL ;
- Une unité de Pédiatrie ;
- Une unité de soins d'animation et de conseils (USAC) ;
- Une unité d'Anesthésie ;
- Une salle d'accouchement ;
- Un bloc opératoire ;
- Une unité d'hospitalisation comportant douze salles dont six salles pour la Gynécologie-Obstétrique avec 24 lits, deux salles pour la Chirurgie générale avec six lits, deux salles pour la Médecine générale et deux pour la Pédiatrie ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité PEV ;
- Un cabinet dentaire ;
- Un laboratoire ;

## **2.2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à recrutement prospectif.

## **2.3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur une période d'enquête de 3 mois du 1<sup>er</sup> juillet au 30 septembre 2023.

## **2.4. Population d'étude**

L'étude a concerné l'ensemble des personnes âgées fréquentant l'Institut d'Etude et de Recherche sur la Géronto-gériatrie (IERGG) « Maison des aînés » et l'hôpital du district de Bamako.

### **➤ Critères d'inclusion :**

Ont été inclus dans l'étude toute personne âgée de 60 ans et plus :

Présente à la maison des aînés de Bamako ou à l'hôpital de District de la commune IV au moment de notre période d'étude et,

- Capable de répondre au questionnaire de l'étude et
- ayant donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

### **➤ Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus dans l'étude :

Toute personne âgée de 60 ans et plus :

- Présente à la maison des aînés de Bamako ou à l'hôpital de District de la commune IV au moment de notre période d'étude et
- non capable de répondre au questionnaire et/ou
- n'ayant pas donné son consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

## 2.5. Échantillonnage

### 2.5.1. Technique d'échantillonnage

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif en recrutant toutes les personnes âgées selon les critères d'inclusion ci-dessous.

### 2.5.2. Taille de l'échantillon

La taille minimale de notre étude a été calculée à l'aide de la formule de Daniel Schwartz qui suit :

$$n = (Z\alpha)^2 \frac{p \cdot q}{I^2}$$

- n : taille minimum de l'échantillon
- $Z\alpha$  : écart-type (1,96) correspondant au risque d'erreur 5% ;
- p : la prévalence de la dépression chez les personnes âgées. Selon l'étude de Mirkena Y et al [3], la prévalence de la dépression chez les personnes âgées était de 41,8 % [IC à 95 % (38,5, 45,5)] en 2018 en Éthiopie.
- q : est la probabilité complémentaire de p et est égale à  $1 - 0,418 = 0,582$ .
- i : représente la précision que nous avons prise à 10%.

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,418 * (1 - 0,418)}{(0,05)^2} = 373,8276 \approx 374 \text{ personnes âgées}$$

La taille minimale d'échantillon trouvé d'après les calculs était égale à 374 personnes âgées.

### 2.5.3. Variables étudiées

Les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut matrimonial, niveau d'instruction, état civil, statut professionnel, taille de la famille), la consommation de substances, les caractéristiques cliniques (Handicap physique, antécédents d'HTA, diabète, cardiopathie, broncho-pneumopathie, asthme...) et psychosociales (Une bonne relation avec les voisins, Maladie mentale,

antécédents familiaux de maladies mentales). La consommation de substances a été évaluée si le participant avait consommé des substances telles que l'alcool, le tabac au cours des 3 derniers mois précédents.

## **2.6. Collecte des données**

### **2.6.1. Technique de collecte**

Les données ont été recueillies auprès des participants à l'étude par des entretiens en face à face à la maison des aînés de Bamako et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako.

### **2.6.2. Outils de collecte**

Nous avons utilisé la forme courte de 15 questions de l'Échelle de dépression gériatrique pour évaluer la présence de dépression chez les personnes âgées. L'échelle 15 du GDS a été largement testée et validée dans des pays asiatiques à revenu faible ou intermédiaire [42,43]. Les données ont été collectées à l'aide de l'outil de collecte électronique Kobocollect.

## **2.7. Traitement des données**

### **2.7.1. Analyse des données**

Les données ont été collectées à l'aide de l'outil de collecte électronique Kobocollect. Après avoir exporté les données sur Excel, celles-ci ont ensuite été exportées vers SPSS 25 pour des analyses approfondies.

### **2.7.2. Significativité Statistique**

Des statistiques descriptives et sommaires ont été utilisées pour expliquer la population par rapport aux variables pertinentes. Une régression logistique bivariée et multivariée ont été réalisées pour identifier les facteurs associés à la dépression. Les variables avec une valeur de  $p$  inférieure à 0,3 dans l'analyse bivariée ont été ajustées à la régression logistique multivariée. Les rapports de cotes avec un IC à 95 % ont été calculés et la signification statistique a été considérée à des valeurs de  $P < 0,05$  dans la régression logistique multivariée.

## **2.8. Considération éthique**

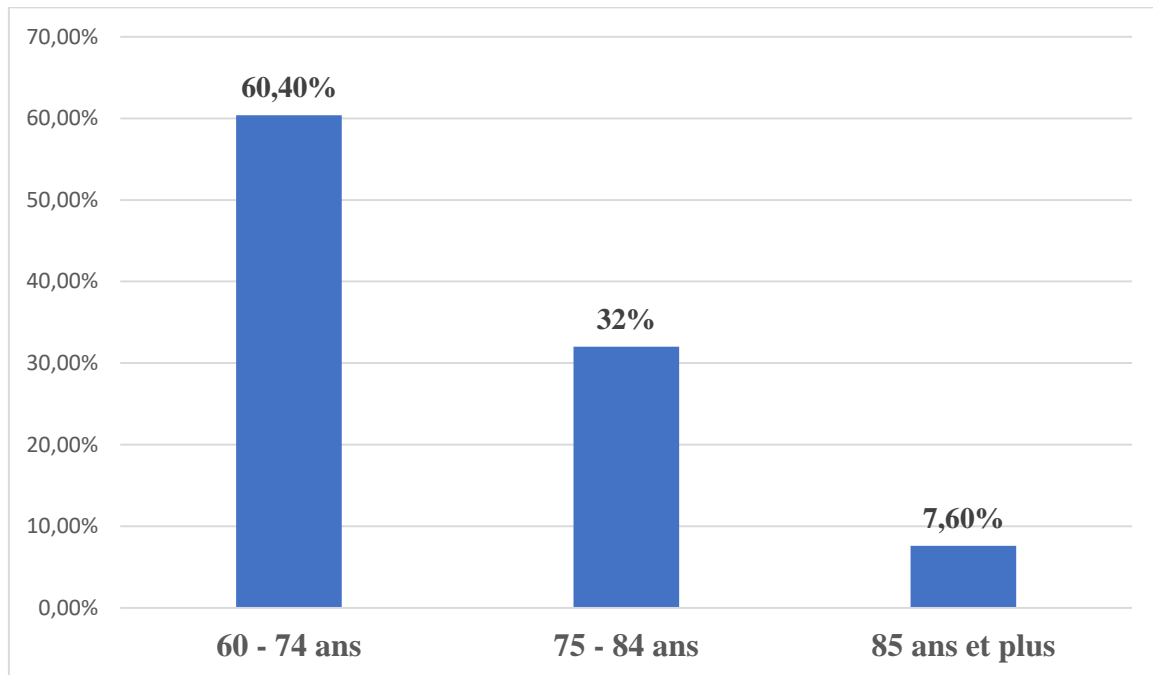
Les principes d'éthique ont été respectés dans l'étude. Le consentement libre et éclairé des participants a été demandé et obtenu avant leur inclusion. Aucune information permettant d'identifier les personnes de l'étude n'a pas été collectée. Un numéro anonyme a été attribué à chaque participant. Les données ont été stockées dans un endroit isolé et la base de données a été protégée par un mot de passe. Les résultats de l'étude sont utilisés uniquement pour des fins scientifiques.



### III. RESULTATS

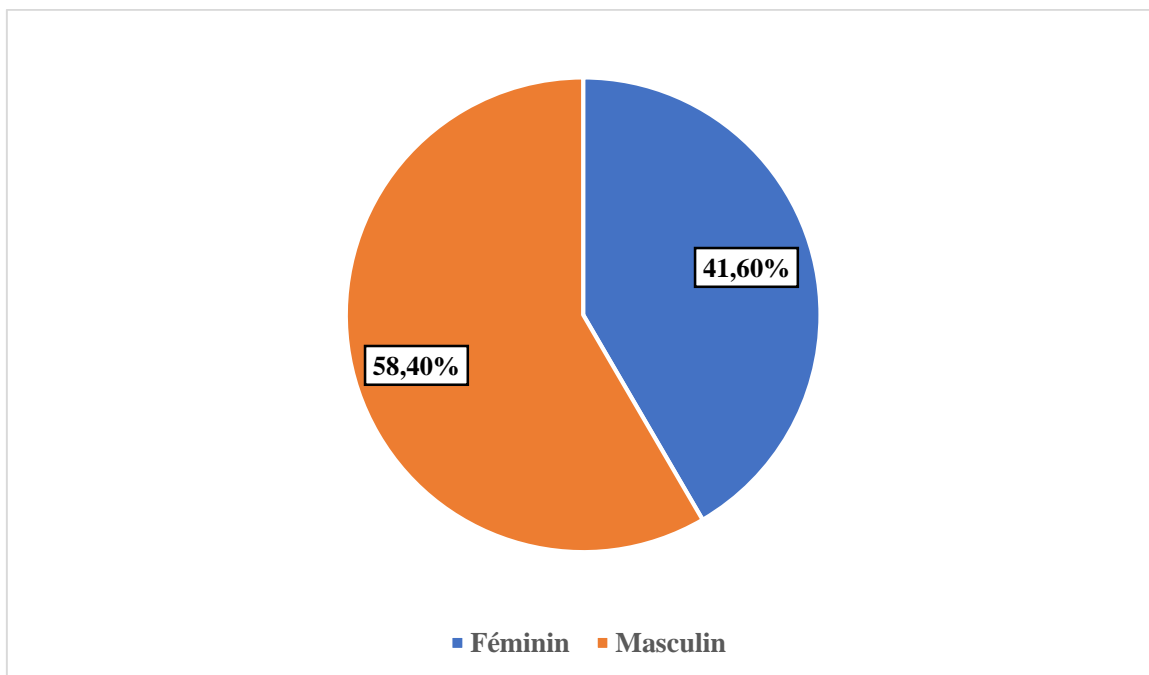
Au cours de notre étude, nous avons administré le questionnaire à 374 personnes âgées parmi lesquels 353 ont accepté de participer à l'étude soit un taux d'acceptation de 94,4% contre 21 refus soit 5,6%.

#### 3.1. Données sociodémographiques



**Figure 1 : Répartition des personnes âgées selon la tranche d'âge.**

L'âge moyen des participants était de  $68,75 \pm 7,099$  ans avec des extrêmes de 60 ans et 92 ans. L'âge médian était de 67 ans.



**Figure 2 : Répartition des personnes âgées selon le sexe**

Le sexe masculin représentait 58,4% des participants avec une sex-ratio de 1,3.

**Tableau II : Répartition des personnes âgées selon le statut matrimonial.**

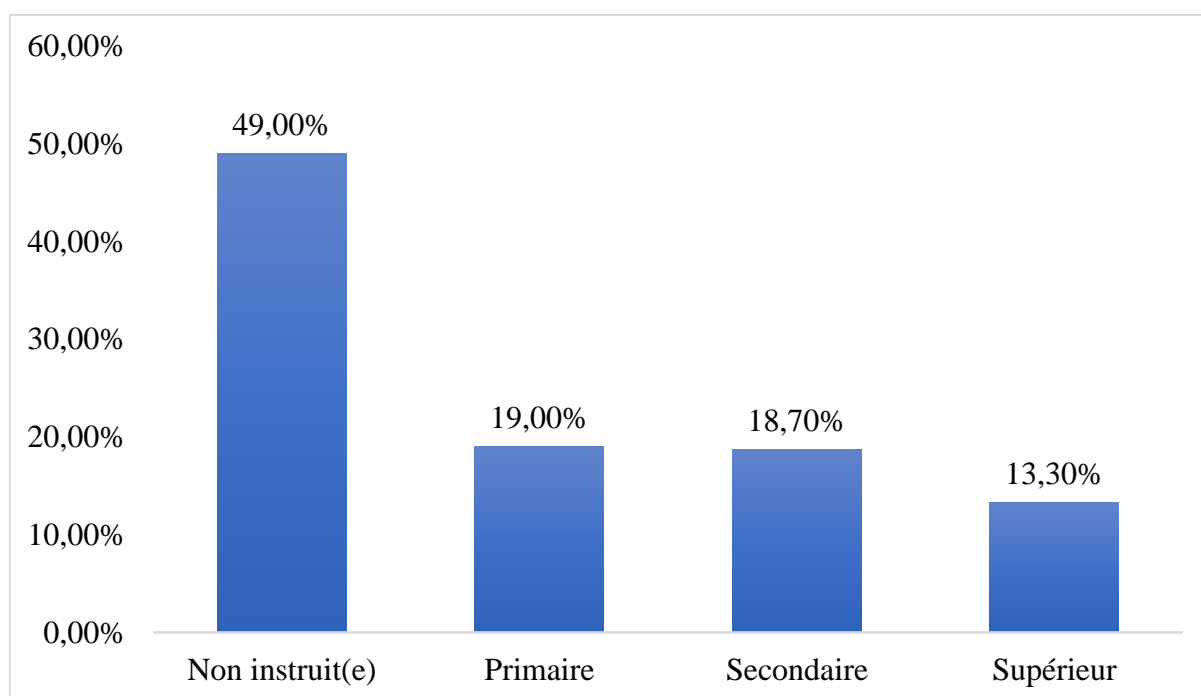
Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Célibataire	2	0,6
Divorcé(e)	8	2,3
Marié(e)	229	64,9
Veuf(ve)	114	32,3
Total	353	100,0

Les participants mariés représentaient 64,9% de l'échantillon.

**Tableau III : Répartition des personnes âgées selon la profession.**

Statut professionnel	Effectif	Pourcentage (%)
Femme au foyer	134	38,0
Retraité(e)	106	30,0
commerçant + Journalier	86	24,4
Salarié(e)	27	7,6
Total	353	100,0

Les femmes aux foyers représentaient 38% des participants.



**Figure 3 : Répartition des personnes âgées selon le niveau d'instruction**

Les personnes âgées non scolarisées représentaient 49% de l'échantillon.

**Tableau IV : Répartition des personnes âgées selon la taille de la famille.**

Taille de la famille	Effectif	Pourcentage (%)
≤ 10 personnes	245	69,4
11-20 personnes	65	18,4
21-30 personnes	31	8,8
3-40 personnes	10	2,8
≥ 41 personnes	2	0,6
Total	353	100,0

La taille de la famille inférieure ou égale à 10 personnes était la plus représentée soit 68,4%.

**Tableau V : Répartition des personnes âgées selon revenu mensuel.**

Revenu mensuel (Francs CFA)	Effectif	Pourcentage (%)
10000-50000	30	8,5
51000-100000	18	5,1
101000-150000	12	3,4
151000-200000	21	5,9
201000-250000	5	1,4
251000-300000	20	5,7
> 300000	30	8,5
Non préciser	215	60,9
Total	351	99,4

Le revenu mensuel était compris entre 10 000 et 50 000 FCFA et plus de 300000 FCFA dans 8,5% chacun.

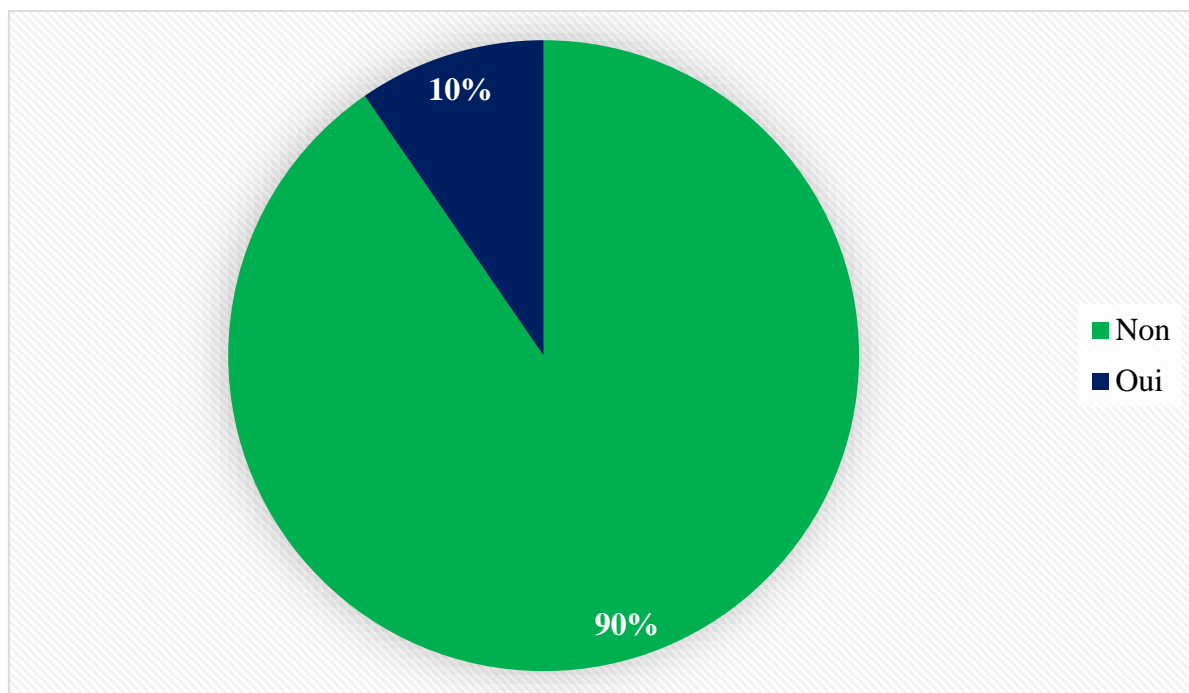
Le revenu moyen était de 83084,16 ± 167932,693 FCF.

### 3.2. Données cliniques

**Tableau VI : Répartition des personnes âgées selon les antécédents.**

Antécédents	Oui		Non	
	n	(%)	n	(%)
Antécédents maladie somatique	249	70,6	125	29,4
Antécédents familiaux de maladie mentale	93	26,3	281	73,7
Antécédents personnels de maladie mentale	32	9,1	342	90,9

Les antécédents de pathologie somatique ont été retrouvés chez 70,3% des patients, 26,3% de participants avaient un antécédent familial de maladie mentale et 9,1% avaient un antécédent personnel de maladie mentale.



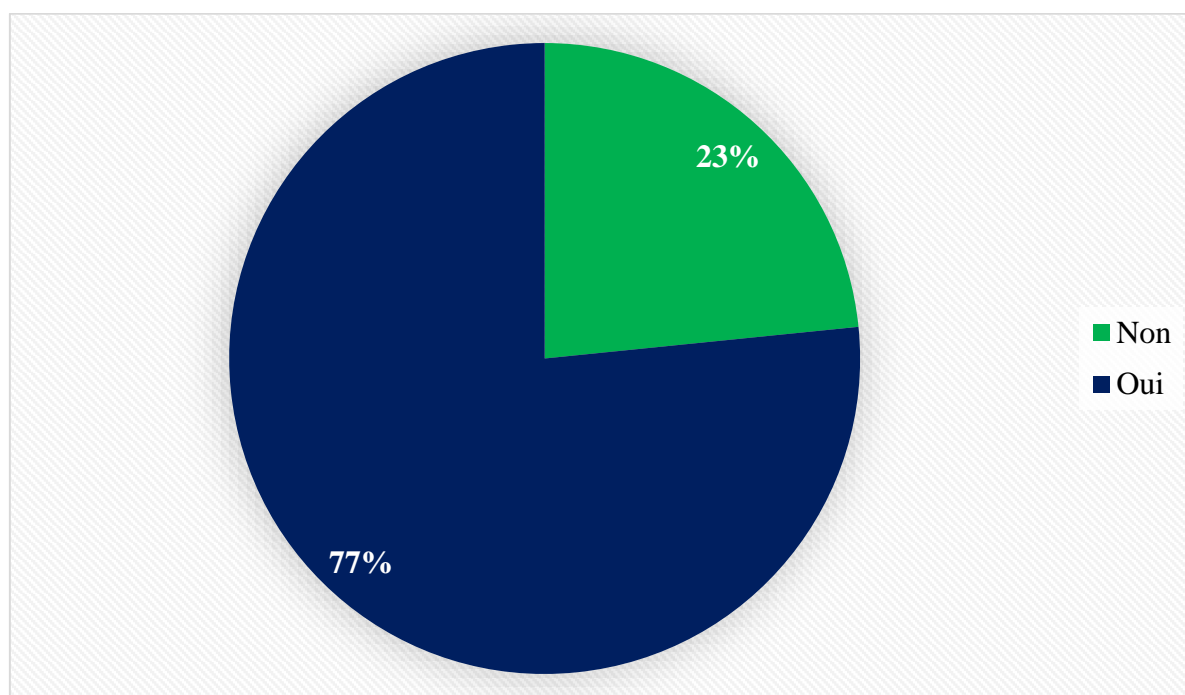
**Figure 4 : Répartition des personnes âgées selon la présence d'un handicap physique**

Les 9,6% des participants avaient un handicap physique.

**Tableau VII : Répartition des personnes âgées selon leur bonne relation avec les voisins**

Bonne relation avec les voisins	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	45	12,7
Oui	308	87,3
Total	353	100,0

Les personnes âgées enquêtées avaient des bonnes relations avec les voisins dans 87,3% des cas.



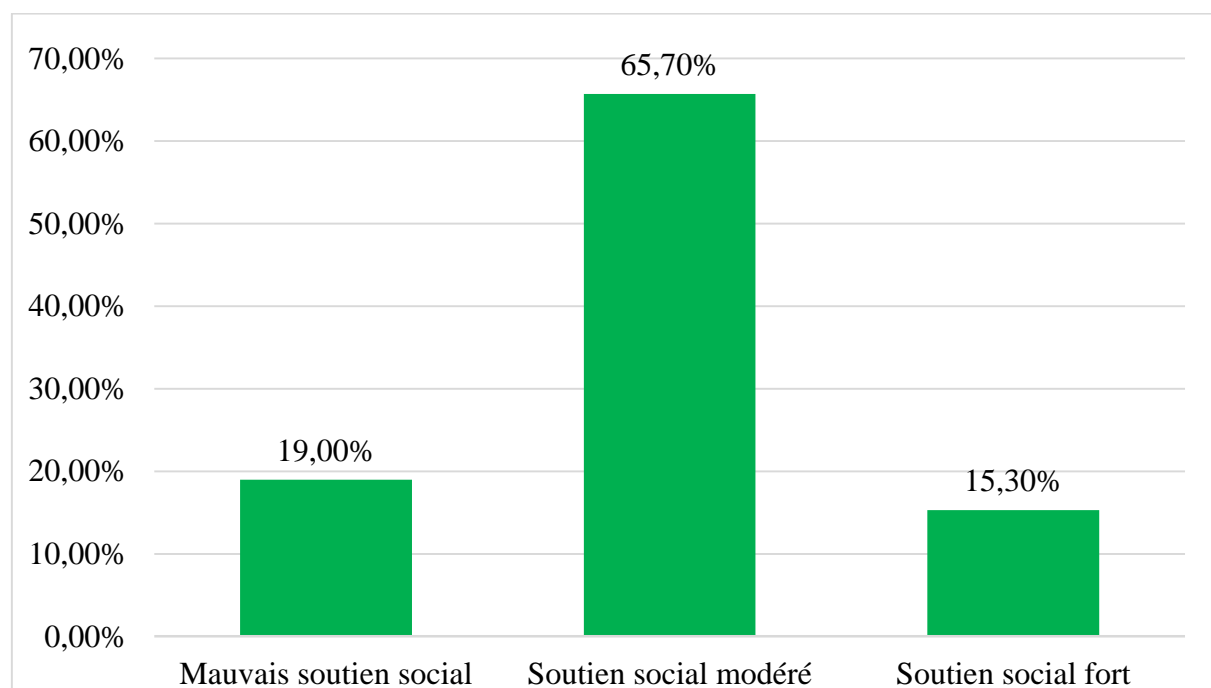
**Figure 5 : Répartition des personnes âgées selon le sentiment de solitude**

Le sentiment de solitude a été retrouvé chez 77% des participants.

**Tableau VIII : Répartition des personnes âgées selon la consommation l'alcool et du tabac**

Consommation d'alcool et du tabac	Oui		Non	
	n	(%)	n	(%)
<b>Tabac</b>	17	4,8	357	95,2
<b>Alcool</b>	3	0,8	371	99,2

Les participants consommaient du tabac dans 4,8% et l'alcool dans 0,8% des cas.



**Figure 6 : Répartition des personnes âgées selon le soutien social perçu**

Le soutien social perçu était mauvais pour 19% des participants.

**Tableau IX : Répartition des personnes âgées selon le soutien social familial.**

<b>Variables de soutien familial</b>	<b>Oui</b>		<b>Non</b>	
	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Mobilité (possibilité de sortir de chez soi)</b>	341	96,6	33	3,4
<b>Respect perçu de la famille</b>	319	90,4	55	9,6
<b>Temps donné par la famille</b>	291	82,4	83	17,6
<b>Problèmes de santé physique chroniques</b>	232	65,7	142	34,3
<b>Aide financière</b>	159	45,0	215	55,0
<b>Violence verbale et/ou physique par la famille</b>	77	21,8	297	78,2

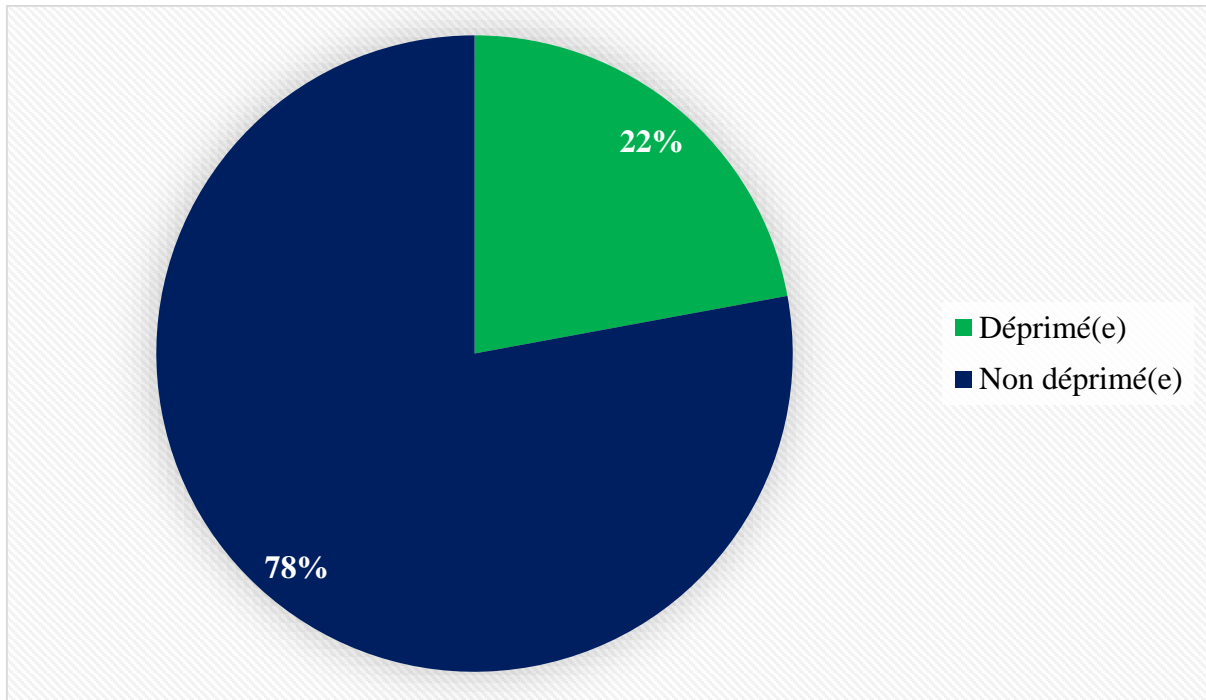
Concernant le soutien familial, 96,6% avaient la possibilité de sortir de chez eux, 90,4% avaient le respect de la famille. 21,8% étaient victime de violence verbale et/ou physique de la famille.



### 3.3. Échelle de dépression gériatrique (Forme courte)

**Tableau X : Répartition des personnes âgées selon l'échelle de dépression gériatrique (Forme courte).**

Échelle de dépression gériatrique	Oui		Non	
	n	(%)	n	(%)
Être globalement satisfait de sa vie	162	45,9	212	54,1
Renoncé à un grand nombre d'activités et centres d'intérêt	314	89,0	60	11,0
Avoir le sentiment que sa vie est vide	249	70,5	125	29,5
S'ennuyer souvent	310	87,8	64	12,2
Être généralement de bonne humeur	110	31,2	264	68,8
Crainte qu'un malheur soit sur le point de lui arriver	306	86,7	68	13,3
Se sentir heureux la plupart du temps	95	26,9	279	73,1
Avoir souvent l'impression d'être impuissant, désemparé	314	89,0	60	11,0
Préférer rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles	127	36,0	247	64,0
Avoir l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des sujets	250	70,8	124	29,2
Penser qu'il est merveilleux de vivre à notre époque	104	29,5	270	70,5
La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	97	27,5	277	72,5
Se sentir plein d'énergie	60	17,0	314	83,0
Penser que sa situation est sans espoir	111	31,4	263	68,6
Penser que la plupart des sujets sont mieux lotis que lui	242	68,6	132	31,4



**Figure 7 : Répartition des personnes âgées selon la présence de la dépression à l'échelle de dépression gériatrique**

La prévalence de la déprimé était de 22% chez les personnes âgées de l'étude.

**Tableau XI : Régression univarié entre les variables indépendantes et la dépression**

	Dépression		OR [IC à 95%]	P
	Non	Oui		
<b>Sexe</b>				
Féminin	80	67	1,82 [0,94 ; 3,52]	0,075
Masculin	168	38	Réf.	1
<b>Statut matrimonial</b>				
Non marié	87	37	1,95 [1,17 ; 3,25]	0,011*
Marié	188	41	Réf.	1
<b>Scolarisation</b>				
Non scolarisé	129	44	1,46 [0,88 ; 2,40]	0,140
Scolarisé	146	34	Réf.	1
<b>Antécédents de Maladie mentale</b>				
Oui	26	6	0,798 [0,31 ; 2,14]	0,633
Non	249	72	Réf.	1
<b>Antécédents familiaux de maladie mentale</b>				
Oui	64	29	1,95 [1,14 ; 3,34]	0,015*
Non	211	49	Réf.	1
<b>Antécédents de maladie somatique</b>				
Oui	181	67	3,16 [1,60 ; 6,27]	0,001*
Non	94	11	Réf.	1
<b>Handicap physique</b>				
Oui	18	16	3,68 [1,78 ; 7,63]	0,0001*
Non	257	62	Réf.	1
<b>Bonne relation avec les voisins</b>				
Non	38	7	0,62 [0,26 ; 1,44]	0,261

Oui	237	71	Réf.	1
<b>Sentiment de solitude</b>				
Oui	209	65	1,58 [0,82 ; 3,05]	0,173
Non	66	13	Réf.	1
<b>Soutien social perçu</b>				
Mauvais soutien social	48	19	1,25 [0,55 ; 2,83]	0,596
Soutien social modéré	186	46	0,78 [0,38 ; 1,57]	0,488
Soutien social fort	41	13	Réf.	1
<b>Temps accordé par la famille</b>				
Non	44	18	1,58 [0,85 ; 2,92]	0,149
Oui	231	60	Réf.	1
<b>Aide financière par la famille</b>				
Non	165	29	2,53 [1,51 ; 4,26]	0,0001*
Oui	110	49	Réf.	1
<b>Respecter par la famille</b>				
Non	31	3	0,31 [0,09 ; 1,06]	0,062
Oui	244	75	Réf.	1
<b>Violence verbale/physique par la famille</b>				
Oui	59	18	1,1 [0,60 ; 2,00]	0,759
Non	216	60	Réf.	1
<b>Mobilité (possibilité de sortir de chez soi)</b>				
Non	3	9	11,83 [3,12 ; 44,85]	0,0001*
Oui	272	69	Réf.	1

\* *Facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées.*

A la régression logistique univarié, le statut non-marié(e) ( $p=0,011$ ), les antécédents familiaux de maladie mentale ( $0,015$ ) ; les antécédents de pathologies médicale ( $p=0,001$ ), le handicaps physique ( $p=0,0001$ ) l'absence d'aide financière par la famille ( $p=0,0001$ ) et l'incapacité de sortir de chez soi

( $p=0,0001$ ) étaient les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées dans notre étude.

**Tableau XII : Régression multivarié entre les variables indépendantes et la dépression**

	Dépression		OR [IC à 95%]	P
	Non	Oui		
<b>Sexe</b>				
Féminin	72	25	1,82 [0,94 ; 3,52]	0,075
Masculin	105	20	Réf.	1
<b>Statut matrimonial</b>				
Non marié	87	37	1,44 [0,79 ; 2,59]	0,230
Marié	188	41	Réf.	1
<b>Scolarisation</b>				
Non scolarisé	129	44	1,44 [0,79 ; 2,59]	0,230
Scolarisé	146	34	Réf.	1
<b>Antécédents familiaux de maladie mentale</b>				
Oui	64	29	1,69 [0,92 ; 3,10]	0,092
Non	211	49	Réf.	1
<b>Antécédents de maladie médicale</b>				
Oui	181	67	2,39 [1,15; 4,95]	0,019*
Non	94	11	Réf.	1
<b>Handicap physique</b>				
Oui	18	16	2,59 [1,10 ; 6,11]	0,029*
Non	257	62	Réf.	1
<b>Bonne relation avec les voisins</b>				
Non	38	7	2,16 [0,85 ; 5,66]	0,118
Oui	237	71	Réf.	1
<b>Sentiment de solitude</b>				

Oui	209	65	1,26 [0,60 ; 2,64]	0,548
Non	66	13	Réf.	1
<b>Temps accordé par la famille</b>				
Non	44	18	1,74 [0,85 ; 3,58]	0,130
Oui	231	60	Réf.	1
<b>Aide financière par la famille</b>				
Non	165	29	2,43 [1,34 ; 4,38]	0,003*
Oui	110	49	Réf.	1
<b>Respecter par la famille</b>				
Non	31	3	0,26 [0,63 ; 1,08]	0,063
Oui	244	75	Réf.	1
<b>Mobilité (possibilité de sortir de chez soi)</b>				
Non	3	9	7,70 [1,65 ; 35,97]	0,009*
Oui	272	69	Réf.	1

\* *Facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées.*

A l'analyse multivariée, les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées étaient l'antécédents de maladie médicale ( $p=0,019$ ), le handicap physique ( $p=0,029$ ), le manque d'aide financière par la famille ( $p=0,003$ ), et la non-mobilité ( $p=0,009$ ).

## IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nous avons mené une étude analytique transversale qui nous a permis de faire l'état des lieux de la dépression chez les sujets âgés à la maison des aînés et à l'hôpital du district de Bamako. Au cours de notre étude, nous avons adressé le questionnaire à 374 personnes âgées parmi lesquels 353 ont accepté de participer à l'étude soit un taux d'acceptation de 94,4% contre 21 refus soit 5,6%. Un taux de réponses similaires a été retrouvé dans l'étude de Mirkena et al [3] dans laquelle 800 participants ont été impliqués avec un taux de réponse de 94,8%. Mulat et al [44] ont rapporté dans leur étude, 941 participants impliqués avec un taux de réponse de 98,1%.

Ces taux de réponses élevés pourraient s'expliquer par l'accessibilité des personnes âgées qui sont en générale dans la maison des aînés, la majorité étant à la retraite ils ont beaucoup plus de temps mais aussi leur sentiment de plaisir d'être utile aux proches notamment les enquêteurs.

### 4.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des participants était de  $68,75 \pm 7,099$  ans avec des extrêmes de 60 ans et 92 ans. L'âge médian était de 67 ans. Ces résultats sont comparables à ceux rapporté par Mulat et al [44] qui ont trouvé un âge moyen de 66,69 (ET  $\pm 6,18$ ) ans. Manandhar et al [45] au Népal a trouvé âge moyen était de 70,9 ( $\pm 8,6$ ) ans en 2019. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les participants étaient constitués des personnes âgées.

Le sexe masculin représentait 58,4% des participants avec une sex-ratio de 1,3. Notre résultat est comparable à celui de Bhamani et al [46] qui avaient trouvé le sexe masculin dans 53% des cas. Dans l'étude de Mirkena et al [3] plus de la moitié (55%) étaient des hommes. Par contre en Chine, Liu et al [47] avaient trouvé une prédominance du sexe féminin avec un taux de 58,1% des cas. Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'en Afrique les hommes âgés sont

plus mobiles que les femmes à cela s'ajoutent la liberté de sortir sans la permission de quelqu'un, l'autonomie financière.

Les participants mariés représentaient 64,9% de l'échantillon et les femmes au foyer représentaient 38%. Dans notre étude, la majorité des participants soit 49% n'avaient aucun niveau d'instruction. Notre résultats est comparable à celui de Mulat et al [44], qui ont rapporté que 55,3% vivaient avec leur conjoint et 91,4% des participants n'avaient aucune éducation formelle. Dans l'étude de Manandhar K et al [45] une grande majorité (86,1%) était analphabète et environ les trois cinquièmes (60,1%) étaient mariés et vivaient avec leur conjoint. Par contre à celui rapporté par de Mirkena et al [3] qui ont trouvé qu'un tiers des répondants étaient des journaliers et plus de la moitié soit 54,6% des participants ayant un niveau d'études secondaire ou supérieur. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que le taux d'alphabétisation de notre population a commencé à évoluer ces dernières décénies, les personnes âgées actuelles ont étudié au moment où le taux d'alphabétisation était beaucoup moins élevé. Concernant la prédominance des patients mariés, cela pourrait s'expliquer par le fait que dans notre société la majorité des personnes âgées sont déjà mariés.

#### **4.2. Prévalence de la dépression**

La prévalence de la dépression était de 22% chez les personnes âgées de notre étude. Ce résultat était plus élevé que celui d'une revue systématique dans une population caucasienne, où 1 à 16% des personnes âgées souffraient de dépression selon une étude communautaire et institutionnelle en Thaïlande [48]. À l'inverse, nos résultats sont conformes aux résultats d'une revue systématique réalisée sur une population caucasienne hospitalisée à Khartoum qu'au Soudan, où 14 à 42% souffraient de dépression [49].

Notre prévalence est supérieure à celle de Bhamani et al [46] au Pakistan où une prévalence de la dépression était de 40% de la population âgée vivant à Karachi.



De même Mulat et al [44] en Ethiopie, avaient rapporté que la prévalence de la dépression chez les personnes âgées était de 41,8%. Dans les études transversales communautaires réalisée au Soudan la prévalence de la dépression chez les personnes âgées était de 41,1% [50] et en Inde de 42,7% [51]. Par contre elle est inférieure à celle rapporté par Liu et al [47] qui ont trouvé une prévalence de la dépression de 14% chez les personnes âgées de la communauté de Wuhan. Cette variation peut être due à la différence dans les zones d'étude et le statut socio-économique des participants.

À notre avis, les comparaisons entre pays doivent être interprétées avec une certaine prudence en raison des différences méthodologiques [45,48], des différences dans les instruments et des différences dans les seuils. Il existe également des différences dans les tranches d'âge et les contextes socioculturels dans lesquels les études ont été menées.

### **4.3. Facteurs associés à la dépression**

A la régression logistique univarié, les non-mariés(es) étaient 1,95 fois plus susceptibles de développer une dépression que les marié(e)s (OR=1,95 [1,17 ; 3,25] ; p=0,011). Dans l'étude de Mirkena et al [3] en Éthiopie les célibataires étaient 4,78 fois plus susceptibles de développer la dépression, l'état matrimonial des personnes âgées était un prédicteur statistiquement significatif de la dépression. Les personnes âgées divorcées et veuves étaient plus sujettes à la dépression que les personnes mariées. Cette découverte a été étayée par des études au Sri Lanka et en Afrique du Sud [52,53]. Ce phénomène pourrait être attribué à la sensation de solitude perçue et à la perte de soutien social [52]. La raison probable de ce constat est que les conjoints incitent leurs partenaires à mieux prendre soin d'eux-mêmes [54]. De plus, les conjoints font en sorte que les personnes âgées se sentent responsables de prendre soin des autres et contribuent à développer leur estime de soi.

Les antécédents de pathologie médicale ont été retrouvés chez 67,1% des patients, 11,3% de participants avaient un antécédent de maladie mentale. L'antécédent familial de maladie mentale a été retrouvé chez 22,1% des participants. Dans l'étude de Mulat et al [44] 21,6% avaient des antécédents de maladie chronique connue, dont 57,6% étaient des cas d'hypertension et 3,3% des répondants avaient des antécédents familiaux de maladie mentale. Mirkena et al [3] dans leur étude, 56,1% avaient des antécédents d'autres maladies médicales, dont 38% étaient diabétiques.

Dans notre étude les personnes ayant des antécédents de maladie mentale étaient 1,95 fois plus susceptibles d'être déprimés que ceux qui n'avaient pas d'antécédents (ORa=1,95 [1,14 ; 3,34], p=0,015). Celles avec un antécédent de maladie médicale étaient de 2,39 fois susceptibles de faire la dépression (ORa=2,39 [1,15 ; 4,95] ; p=0,019). Selon Rajkumar AP et ses collaborateurs les comorbidités telles que l'hypertension et l'arthrite chronique présentent un risque quatre fois plus élevé de développer une dépression parmi les participants à l'étude [55].

Dans notre étude les personnes âgées ayant un handicap physique avaient 3,68 fois plus de susceptibilité de développer une dépression (ORa=3,68 [1,78 ; 7,63] ; p=0,0001). Dans l'étude de Peltzer et al [53] les personnes âgées ayant un handicap fonctionnel étaient 7,23 fois plus susceptibles de faire la dépression (p=0,0001).

Les maladies physiques étaient significativement corrélées à la dépression gériatrique [55]. Kumar et al [56] ont rapporté une association significative entre l'hypertension et l'arthrite avec la dépression parmi les participants. Dans des études antérieures, les antécédents personnels et familiaux de maladie mentale étaient significativement associés à la dépression chez les personnes âgées [57,58].

Dans notre étude nous avons trouvé que les personnes âgées qui ne bénéficiaient pas du temps venant de leur famille étaient susceptibles 3,2 fois de plus de faire la dépression (OR= 3,18 [1,21; 8,38] ;  $p=0,010$ ). Le manque d'aide financière par la famille ( $p=0,003$ ), et la non-mobilité ( $p=0,004$ ) chez les personnes âgées étaient associés à la dépression. Dans l'étude de Mulat et al [44] un faible soutien social [ORa=3,32, IC à 95% (1,77-6,23)] et la présence d'une maladie chronique connue [ORa=1,91, IC à 95% (1,30-2,81)] étaient significativement facteurs associés à la dépression.

Selon l'OMS, la présence d'une maladie chronique est l'un des facteurs de risque de développer une dépression [53]. Cela pourrait être attribué au fait que la maladie physique pourrait augmenter le développement de problèmes émotionnels ou de dépression. Cependant, une des explications possibles est que les personnes âgées ayant des comorbidités se considèrent comme un fardeau financier pour sa famille. L'anxiété de l'avenir, la négligence financière et sociale pour la santé de base favorise la dépression chez les personnes âgées [59]. Ceci est corroboré par une autre étude menée en Inde [60] montrant que les sentiments de dépendance peuvent conduire à la dépression du développement.

## **CONCLUSION**

Dans cette étude, la prévalence de la dépression chez les personnes âgées était élevée. Les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées étaient l'antécédents de maladie mentale, l'antécédents de maladie médicale, le handicap physique, l'absence de temps accordé par la famille, le manque d'aide financière par la famille, et la non-mobilité.

En plus d'assurer un soutien social adéquat, la création d'un centre de soins gériatriques pourrait jouer un rôle crucial pour atténuer les souffrances des personnes âgées dues à la perte conjugale et au manque de soutien social qui a provoqué la solitude et la dépression.

## **RECOMMANDATIONS**

### **Aux autorités politiques et administratives**

- Mettre en place des mesures d'éducation sur l'importance des facteurs de risque, de conseils et un soutien aux personnes âgées.
- Valoriser la formation des personnels à de nouvelles compétences de prise en charge des personnes âgées.
- Mettre en place de mécanisme d'amélioration des soutiens sociaux pour faciliter l'adaptation à la perte de fonction des personnes âgées

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

- Prendre en compte les particularités de personnes âgées dans l'offre des soins de santé.

## REFERENCES

1. Mulat N, Gutema H, Wassie GT. Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 8 mars 2021;21(1):136.
2. WHO. World Health Organization. Principaux repères sur la dépression [Internet]. 2023 [cité 20 juill 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Mirkena Y, Reta MM, Haile K, Nassir Z, Sisay MM. Prevalence of depression and associated factors among older adults at ambo town, Oromia region, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 18 oct 2018;18(1):338.
4. Chauhan P, Kokiwar PR, Shridevi K, Katkuri S. A study on prevalence and correlates of depression among elderly population of rural South India. *Int J Community Med Public Health*. 2016;3(1):236-9.
5. Raviola G, Eustache E, Oswald C, Belkin GS. Mental Health Response in Haiti in the Aftermath of the 2010 Earthquake: A Case Study for Building Long-Term Solutions. *Harv Rev Psychiatry*. 8 févr 2012;20(1):68.
6. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Lond Engl*. 22 août 2015;386(9995):743-800.
7. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. oct 2011;21(10):718-79.
8. Nicholson IR. New technology, old issues: Demonstrating the relevance of the Canadian Code of Ethics for Psychologists to the ever-sharper cutting edge of technology. *Can Psychol Can*. 2011;52(3):215.
9. Mogga S, Prince M, Alem A, Kebede D, Stewart R, Glozier N, et al. Outcome of major depression in Ethiopia: Population-based study. *Br J Psychiatry*. sept 2006;189(3):241-6.
10. Dasgupta A, Ray D, Roy S, Sarkar T, Ghosal A, Das A, et al. Depression among the Geriatric Population is a Matter of Concern: A Community Based Study in a Rural Area of West Bengal. *Nepal J Epidemiol*. 31 déc 2013;3(4):282-7.

11. Luppá M, Heinrich S, Matschinger H, Sandholzer H, Angermeyer MC, König HH, et al. Direct costs associated with depression in old age in Germany. *J Affect Disord.* 1 janv 2008;105(1):195-204.
12. World Health Organization. *Mental health of older adults.* 2017. 2019.
13. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Lond Engl.* 10 nov 2018;392(10159):1789-858.
14. Volkert J, Schulz H, Härter M, Włodarczyk O, Andreas S. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. *Ageing Res Rev.* janv 2013;12(1):339-53.
15. Barua A. Trend of the prevalence of geriatric depression: A modern silent epidemic. *Int J Collab Res Intern Med Public Health.* 2013;5(1):37.
16. Naviganuntana Y, Kerdcharoen N, Rawdaree P. Factors Associated with Depressive Symptoms in Elderly Individuals Living in Urban Communities. *Psychol Res Behav Manag.* 8 avr 2022;15:855-64.
17. Awunor NS, Ntaji MI, Edafiadhe EW, Erhabor PO, Eferakorho AO, Ijirigho B, et al. Prevalence and predictors of depression among the elderly in selected rural communities in Delta State, Nigeria. *J Community Med Prim Health Care.* 2018;30(1):122-30.
18. Mohamed E, Abd-Elhamed M. Depression among elderly attending geriatric clubs in Assiut City, Egypt. *J Am Sci.* 2011;7:386-91.
19. Girma M, Hailu M, Wakwoya A, Yohannis Z, Ebrahim J. Geriatric depression in Ethiopia: prevalence and associated factors. *J Psychiatry.* 2016;20(400):2.
20. Çakıcı M, Gökçe Ö, Babayiğit A, Çakıcı E, Eş A. Depression: point-prevalence and risk factors in a North Cyprus household adult cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 4 déc 2017;17:387.
21. Yan XY, Huang SM, Huang CQ, Wu WH, Qin Y. Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *J Int Med Res.* 2011;39(4):1142-54.

22. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. juin 2003;160(6):1147-56.
23. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>
24. CHelouah S et CHelouah N. La dépression chez les personnes âgées placées dans un foyer d'accueil (Etude clinique de six (06) cas dans un Foyer pour des personnes âgées et/ Ou handicapées De Bejaia) [Mémoire]. Bejaia : Université « Abderrahmane Mira » Bejaia ; 2014. 94p.
25. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. mars 2003;58(3):249-65.
26. Gatz M, Pedersen N, Plomin R, Nesselrade J, McClearn G. Importance des gènes partagés et des environnements partagés pour les symptômes de dépression chez les personnes âgées. *J Abnorm Psychol* 1992;101:701-708.
27. Jansson M, Gatz M, Berg S, Johansson B, Malmberg B, McClearn GE, et al. Association between depressed mood in the elderly and a 5-HTR2A gene variant. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet*. 1 juill 2003;120B(1):79-84.
28. BlakeLM. Vieillesse, stress et troubles affectifs. *Semin Clin Neuropsychiatrie* 2001;6:27-31.
29. Kalayam B, Alexopoulos GS, Kindermann S, Kakuma T, Brown GG, Young RC. P300 latency in geriatric depression. *Am J Psychiatry*. mars 1998;155(3):425-7.
30. Nemeroff CB, Knight DL, Krishnan RR, Slotkin TA, Bissette G, Melville ML et al. Réduction marquée du nombre de sites de liaison de l'imipramine tritiés aux plaquettes dans la dépression gériatrique. *Arch Gen Psychiatrie* 1988 ; 45 : 919-923.
31. Krishnan KR. Neuroanatomic substrates of depression in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1993;6(1):39-58.
32. Nebes RD, Pollock BG, Houck PR, Butters MA, Mulsant BH, Zmuda MD et al. Persistance des troubles cognitifs chez les patients gériatriques après un traitement antidépresseur : un essai clinique randomisé en double aveugle avec la nortriptyline et la paroxétine. *J Psychiatre Res* 2003 ; 37:99-108.



33. Ballmaier M, Toga AW, Blanton RE, Sowell ER, Lavretsky H, Peterson J et al. Anomalies cingulaires antérieures, gyrus rectus et orbitofrontales chez les patients âgés déprimés : une parcellisation du cortex préfrontal basée sur l'IRM. *Am J Psychiatrie* 2004 ; 161 : 99-108.
34. Preto I. Comment améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes âgées institutionnalisées démentes ? [Thèse]. Paris : Université Paris 7-Denis Diderot ; 2009. 137p.
35. Lehobey S et al. Prévalence de la dépression à l'entrée en EHPAD [Mémoire]. Paris : Université Paris Descartes ; 2017. 46p.
36. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie Société*. 2008;31 / 126(3):141-55.
37. Héluin C. État des lieux du diagnostic de syndrome dépressif caractérisé chez l'adulte en médecine générale dans la Basse-Normandie [Thèse]. Caen : Université de Caen - Normandie ; 2022. 85p.
38. Frémont P. [Clinical aspects of the depression in the elderly]. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. sept 2004;2 Suppl 1:S19-27.
39. Parroco L. Facteurs associés au risque de dépression chez les personnes âgées de 65 ans et plus à La Réunion en 2017 [Thèse]. Marseille : Université de la Réunion ; 2018. 124p.
40. Vandel P. Risque suicidaire chez le sujet âgé et modalités de prise en charge. *Eur Psychiatry*. 2013 Nov;28(8):44-5.
41. Michaut L. Difficultés du diagnostic d'état dépressif chez les patients âgés polypathologiques: à propos de cinq veuves âgées de plus de 75 ans vivant seules à leur domicile Géraldine [Thèse]. Nancy : Université Henri Poincaré, Nancy 1 ; 2003. 122p.
42. Sarkar S, Kattimani S, Roy G, Premarajan KC, Sarkar S. Validation of the Tamil version of short form Geriatric Depression Scale-15. *J Neurosci Rural Pract*. mars 2015;6(03):442-1446.
43. Nyunt MSZ, Fones C, Niti M, Ng TP. Criterion-based validity and reliability of the Geriatric Depression Screening Scale (GDS-15) in a large validation sample of community-living Asian older adults. *Aging Ment Health*. 1 mai 2009;13(3):376-82.

44. Mulat N, Gutema H, Wassie GT. Prevalence of depression and associated factors among elderly people in Womberma District, north-west, Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 8 mars 2021;21(1):136.
45. Manandhar K, Risal A, Shrestha O, Manandhar N, Kunwar D, Koju R, et al. Prevalence of geriatric depression in the Kavre district, Nepal: Findings from a cross sectional community survey. *BMC Psychiatry*. 3 sept 2019;19(1):271.
46. Bhamani MA, Karim MS, Khan MM. Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: a cross sectional study. *BMC Psychiatry*. 3 juill 2013;13:181.
47. Liu A, Peng Y, Zhu W, Zhang Y, Ge S, Zhou Y, et al. Analysis of Factors Associated With Depression in Community-Dwelling Older Adults in Wuhan, China. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2021 [cité 20 juill 2023];13. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2021.743193>
48. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372-87.
49. Haseen F, Prasartkul P. Predictors of depression among older people living in rural areas of Thailand. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 2011;37(2):51-6.
50. Assil SM, Zeidan ZA. Prevalence of depression and associated factors among elderly Sudanese: a household survey in Khartoum State. *East Mediterr Health J*. 1 mai 2013;19(5):435-40.
51. Sinha SP, Shrivastava SR, Ramasamy J. Depression in an older adult rural population in India. *MEDICC Rev*. oct 2013;15(4):41-4.
52. Rajapakshe OBW, Sivayogan S, Kulatunga PM. Prevalence and correlates of depression among older urban community-dwelling adults in Sri Lanka. *Psychogeriatrics*. 2019;19(3):202-11.
53. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Depression and associated factors in older adults in South Africa. *Glob Health Action*. 1 déc 2013;6(1):18871.
54. Hanucharurnkul S. Social support, self-care, and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand. Wayne State University; 1988.
55. Rajkumar AP, Thangadurai P, Senthilkumar P, Gayathri K, Prince M, Jacob KS. Nature, prevalence and factors associated with depression among the elderly in a rural south Indian community. *Int Psychogeriatr* Ipa. avr 2009;21(2):372.

56. Kumar BM, Raja TK, Liaquathali F, Maruthupandian J, Raja PV. A Study on Prevalence and Factors Associated with Depression among Elderly Residing in Tenements Under Resettlement Scheme, Kancheepuram District, Tamil Nadu. *J -Life Health*. 2021;12(2):137-43.
57. Chui P, Chan M. Prevalence of depressive symptoms and associated factors in patients attending a geriatric day hospital. *Asian J Gerontol Geriatr*. 2006;1(2):73-7.
58. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*. 4 juin 2005;365(9475):1961-70.
59. Buvneshkumar M, John KR, Logaraj M. A study on prevalence of depression and associated risk factors among elderly in a rural block of Tamil Nadu. *Indian J Public Health*. 2018;62(2):89-94.
60. Nikhade N. Prevalence of depression in older adults living in old age home. 1 janv 2015 [cité 26 déc 2023]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/63659144/Prevalence\\_of\\_depression\\_in\\_older\\_adults\\_living\\_in\\_old\\_age\\_home](https://www.academia.edu/63659144/Prevalence_of_depression_in_older_adults_living_in_old_age_home)

## ANNEXES

### Fiche d'enquête

#### I. Données sociodémographiques

1. Age (en année) /\_\_\_\_\_/
2. Sexe : /\_\_\_\_\_/ 1. Masculin 2. Féminin
3. Statut matrimonial /\_\_\_/ 1. Marié(e) 2. Divorcé(e) 3. Veuf(ve) 4. Célibataire
4. Niveau d'instruction /\_\_\_/ 1. Non instruit(e) 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur
5. Statut professionnel : /\_\_\_/
  - a. Employé (gouvernement et organisations privées),
  - b. À la retraite, commerçant (indépendant),
  - c. Femme au foyer,
  - d. Chômeur et journalier
6. Taille de la famille (nombre de personne)
7. Revenu mensuel

#### II. Données cliniques

8. Antécédents de Maladie mentale /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
9. Antécédents familiaux de maladie mentale /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
10. Antécédents de maladie médicale /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
11. Antécédents de VIH /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
12. Consommation d'alcool, /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
13. Consommation de tabac /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
14. Handicap physique /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
15. Une bonne relation avec les voisins /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
16. Sentiment de solitude /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
17. Soutien social perçu : /\_\_\_/
  - a. Mauvais soutien social
  - b. Soutien social modéré
  - c. Un soutien social fort

#### III. Variables de soutien familial

18. Temps donné par la famille /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
19. Aide financière /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non
20. Respect perçu de la famille /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

21. Violence verbale et/ou physique par la famille /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

22. Problèmes de santé physique chroniques /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

23. Mobilité (possibilité de sortir de chez soi) /\_\_\_/ 1. Oui 2. Non

#### IV. Échelle de dépression gériatrique (Forme courte)

1. Êtes-vous globalement satisfait de votre vie ?	Oui	Non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités et centres d'intérêt ?	Oui	Non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	Oui	Non
5. Êtes-vous en général de bonne humeur ?	Oui	Non
6. Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	Oui	Non
7. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	Oui	Non
8. Avez-vous souvent l'impression d'être impuissant, désemparé ?	Oui	Non
9. Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	Oui	Non
10. Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des sujets ?	Oui	Non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	Oui	Non
12. La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	Oui	Non
13. Vous sentez-vous plein d'énergie ?	Oui	Non
14. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	Oui	Non
15. Pensez-vous que la plupart des sujets sont mieux lotis que vous ?	Oui	Non

## **FICHE DE SIGNALETIQUE**

**Nom :** TRAORE

**Prénom :** Issiaka

**E-mail :** tissiaka28@yahoo.fr

**Titre de la Mémoire :** Étude des facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées à la maison des aînés et l'Hôpital du district de la commune IV de Bamako.

**Année Académique :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Secteur d'intérêt :** Santé publique, psychiatrie, gérontologie

### **Résumé**

La dépression est un trouble mental caractérisé par des sentiments d'humeur dépressive, une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités et une perte d'énergie d'au moins deux semaines. La dépression gériatrique est un problème de santé publique important qui altère la qualité de vie et impose des coûts financiers à la famille et à la société.

Étudier les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées à la maison des aînés et l'hôpital de District de la commune IV de Bamako ?

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique à recrutement prospectif. L'étude s'est déroulée sur une période de 3 mois du 1er juillet au 30 septembre 2023.

L'étude a concerné l'ensemble des personnes âgées fréquentant l'Institut d'Etude et de Recherche sur la Géronto-gériatrie (IERGG) « Maison des aînés » et l'hôpital du district de Bamako

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif en recrutant toutes les personnes âgées selon les critères d'inclusion

La taille minimale d'échantillon trouvé d'après les calculs était égale à 374 personnes âgées.

Au cours de notre étude, nous avons administré le questionnaire à 374 personnes âgées parmi lesquels 353 ont accepté de participer à l'étude soit un taux d'acceptation de 94,4% contre 21 refus soit 5,6%. L'âge moyen des participants était de  $68,75 \pm 7,099$  ans avec des extrêmes de 60 ans et 92 ans. L'âge médian était de 67 ans. Le sexe masculin représentait 58,4% des participants avec une sex-ratio de 1,3. Les participants mariés représentaient 64,9% de l'échantillon. Les personnes âgées non scolarisées représentaient 49% de l'échantillon. Les antécédents de pathologie somatique ont été retrouvés chez 70,3% des patients, 26,3% de participants avaient un antécédent familial de maladie mentale et 9,1% avaient un antécédent personnel de maladie mentale. Les 9,6% des participants avaient un handicap physique. Le sentiment de solitude a été retrouvé chez 77% des participants. Le soutien social perçu était mauvais pour 19% des participants.

La prévalence de la dépression était de 22% chez les personnes âgées de l'étude. A la régression logistique univariée, le statut non-marié(e) ( $p=0,011$ ), les antécédents familiaux de maladie mentale ( $0,015$ ) ; les antécédents de pathologies médicales ( $p=0,001$ ), le handicap physique ( $p=0,0001$ ) l'absence d'aide financière par la famille ( $p=0,0001$ ) et l'incapacité de sortir de chez soi ( $p=0,0001$ ) étaient les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées dans notre étude.

A l'analyse multivariée, les facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées étaient l'antécédent de maladie médicale ( $p=0,019$ ), le handicap physique ( $p=0,029$ ), le manque d'aide financière par la famille ( $p=0,003$ ), et la non-mobilité ( $p=0,009$ ).

**Mots clés :** Personne Âgée, dépression, Bamako, Mali.