

Dépression et Maladie de Parkinson

**Par le Docteur L. AUTRET, Psychiatre,
Pour l'Association des Parkinsoniens du Finistère.**

Samedi 23 septembre 2006,

Châteaulin, salle du Juvenat.

Table des matières

Introduction.....	3
1 La dépression.....	3
1.1 Chiffres.....	3
1.2 Définition.....	4
1.3 Symptômes.....	5
1.3.1 Signes psychiques : la pensée, les émotions, les sentiments.....	6
1.3.2 Signes physiques : le corps aussi.....	6
1.3.3 Le comportement : ce qui est le plus visible.....	6
2 Bref rappel concernant la Maladie de Parkinson.....	7
3 Comment la dépression vient-elle s'ajouter à la Maladie de Parkinson ?.....	8
3.1 Hypothèse biologique : la dérégulation dopaminergique.....	8
3.2 Hypothèse iatrogénique : l'effet des médicaments sur le cerveau.....	9
3.3 Hypothèse du vieillissement : lorsque la maladie apparaît chez un sujet d'un certain âge.....	9
3.4 Hypothèse du vécu de la maladie et du handicap.....	9
4 La difficulté de diagnostic de la dépression chez le malade parkinsonien....	10
5 La dépression est fréquente chez les malades parkinsoniens.....	11
6 Quelles sont les influences d'une maladie sur l'autre ?.....	12
6.1 La dépression aggrave-t-elle la Maladie de Parkinson ?.....	12
6.2 L'évolution de la Maladie de Parkinson aggrave-t-elle la dépression ?..	12
6.3 Certains aspects de la Maladie de Parkinson augmentent-ils le risque de développer une dépression ?.....	12
7 Le traitement de la dépression chez le malade parkinsonien.....	13
7.1 Les médicaments antidépresseurs.....	13
7.2 Les traitements antiparkinsoniens.....	15
7.3 Le soutien psychologique.....	16
8 Comment aider le malade dépressif ?.....	16
8.1 L'entourage en difficulté.....	16
8.2 D'abord « repérer » la dépression.....	17
8.3 Ensuite aborder le sujet avec le malade.....	17
8.4 Au quotidien, comment l'aider ?.....	18
Conclusion.....	19

Introduction

C'est avec plaisir que je vous présente aujourd'hui le thème « Dépression et Maladie de Parkinson ». Mon objectif est avant tout de faire comprendre ce qu'est la dépression, car il y a à son sujet beaucoup d'idées reçues qui font qu'elle est mal perçue et pas assez prise en considération. Vous constaterez au cours de cette conférence que la dépression nous concerne tous, et pas seulement le malade atteint de Maladie de Parkinson. Néanmoins, lorsque la dépression se rajoute à la maladie, la situation devient plus compliquée. Je souhaite qu'à l'issue de cet exposé, vous sachiez repérer certains signes d'alerte, et comment y faire face.

1 La dépression

1.1 Chiffres¹

NB : difficile de donner des chiffres fiables, car tout dépend des critères retenus et de la population étudiée.

- 20 à 30% de la population est touchée au cours de sa vie sous différentes formes de dépression ;
- sur une année, 6% environ de la population est touchée ;
- 70% des déprimés ont moins de 45 ans, mais plus on vieillit, plus le nombre de dépressifs augmente : 12% des personnes de plus de 65 ans ont des symptômes dépressifs ;
- 2/3 des déprimés ne sont pas correctement soignés (non accès au soins, difficultés diagnostiques de certaines formes).

Tout le monde ne connaît pas la dépression dans son tableau complet. Certaines personnes ont plus de risques que d'autres : facteur génétiques, antécédents familiaux, avoir déjà eu un épisode dépressif, mode de vie, maladies associées mentales ou physiques, événements douloureux, entourage absent...

La dépression peut survenir au cours d'une **maladie** autre que mentale dans 1/3 des cas; parfois, elle est le premier signe, avant-coureur, d'une décompensation physique². C'est le cas dans la Maladie de Parkinson.

1 Olié JP, Poirier MF, Léo H, les maladies dépressives, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 2003 (principale source)

2 Par exemple : hypo/hyperthyroïdie, insuffisance hypophysaire, maladie d'Addison ou de Cushing, diabète, hypercalcémie, hypokaliémie, troubles nutritionnels, addictions, hépatite, cirrhose, SIDA, tuberculose, diverses maladies infectieuses, cardiopathies, AVC, trauma crânien, SEP, maladie de Wilson, démences, cancers, maladie auto-immune...

1.2 Définition

La dépression est définie en psychiatrie comme un trouble de l'humeur.

L'**humeur** est « une disposition affective de base » (Delay), qui nous fait « osciller de la joie la plus extrême à la tristesse la plus douloureuse ».

C'est en fait un état d'esprit, qui va influencer sur la manière dont nous allons percevoir et interpréter les événements. Les expressions populaires comme « être de bonne humeur » ou de « mauvaise humeur » traduisent bien cette idée : selon que l'on est d'une humeur, ou d'une autre, on va « prendre les choses » différemment, soit de façon légère et confiante, soit de façon grave et irritante. On compare souvent l'humeur à une échelle de couleurs qui figure une palette d'émotions de base, sur laquelle on pourrait représenter un curseur indiquant l'état dans lequel notre esprit est disposé. On compare aussi l'humeur à un prisme à travers lequel notre esprit perçoit le monde : on voit « la vie en rose » ou bien « on broie du noir ».

La « **dépression** », un peu comme au sens météorologique, est un « creux » de l'humeur, qui va mettre du « gris » dans notre vie. L'humeur dépressive fait que notre esprit va sélectionner dans le monde tout ce qui va dans le sens d'une interprétation triste et vaine de la vie, obsédée par le néant.

Il nous arrive tous d'avoir des **pensées négatives**, et c'est utile, car la réalité nous l'impose. 1/3 de nos pensées seraient négatives. Mais la plupart de nos pensées se focalisent sur ce qui va bien et si l'on bute sur un problème, on passe à autre chose en se disant qu'on finira bien par trouver une solution ou par s'en accommoder.

Avoir des **idées noires** est normal, surtout à des moments cruciaux de la vie :

- Ceux qui nous font approcher la **finitude**, c'est-à-dire tout ce qui se termine trop tôt, tout ce qui impose un arrêt à notre élan : la disparition d'une personne qui accompagnait notre vie, la maladie ou l'accident qui vient mettre un terme à un projet, l'échec à un examen décisif pour notre carrière, un licenciement...
- Ceux qui nous font sentir notre impuissance, la vanité (le **vide**) de nos désirs : se démener pour une cause et s'apercevoir que cela n'a servi à rien, être débordé de responsabilités et sentir qu'on ne va pas y arriver correctement...

« **A quoi bon ?** » est peut-être l'interrogation fondamentale dans la dépression, selon moi.

Dans ce « à quoi bon ? », il y a deux questions :

- La notion **du bon et du mauvais**, du bien et du mal.
- Une interrogation sur le **sens de la vie**, l'utilité de nos êtres, de nos désirs, de nos actes.

« A quoi ça sert de vivre si c'est pour souffrir comme ça, pour être abandonné, et finalement mourir? »

La confrontation à la mort est le thème central de la dépression. Ce qui n'est

plus, ce qui ne sera plus jamais nous donne le vertige du néant, et nous oblige à regarder ce qui fût, ce qui a été et à s'apercevoir d'une forme d'illusion. **La question de la mort pose la question de la vie** : nous allons mourir, quelque chose meurt déjà en nous, mais avons-nous su vivre ?

La dépression pose finalement des questions existentielles fondamentales qui sont abordées dans les mythes, les religions et les philosophies.

S'interroger sur le sens de la vie, sur nos croyances concernant la mort, sur l'amour que nous donnons et recevons, est une activité normale et nécessaire de notre pensée. Cette confrontation est parfois douloureuse. Mais ce n'est pas de la dépression.

Il y a une humeur dépressive lorsqu'à toutes ses questions, notre esprit trouve des réponses, qui sont toujours les mêmes, qui vont **toutes dans le sens du mal**, de l'inutile, du désespoir.

Lorsqu'il y a vraiment une **dépression**, ce que le psychiatre appelle un « syndrome dépressif », ce phénomène :

- dure dans le temps, ne se limite pas à une réaction à une situation douloureuse ;
- ne concerne pas que nos pensées et nos réflexions, il imprègne tout notre être, notre discours, nos attitudes ;
- se détache de notre esprit critique, de notre volonté, de notre capacité à raisonner ou à trouver des idées alternatives : le mode de pensée est toujours le même, sans nuance.

Après ces explications, j'espère que vous comprenez bien que la dépression, ce n'est pas la même chose que :

- un coup de blues,
- une fatigue générale,
- un découragement passager,
- une baisse de régime,
- une simple réaction à une situation difficile,
- un chagrin.

1.3 Symptômes

C'est **toute** la personne qui est atteinte, son mode de penser le monde, son corps, son attitude.

Des symptômes dépressifs peuvent exister chez chacun d'entre nous. Ce qui fait que l'on va parler de « syndrome dépressif », c'est :

- parce qu'il en a un certain nombre simultanément ;
- parce qu'ils durent depuis plusieurs semaines ;
- parce qu'ils ont une intensité particulière.

1.3.1 Signes psychiques : la pensée, les émotions, les sentiments

- La **souffrance morale** est une expérience nouvelle, sans commune mesure pour le patient. Le prisme émotionnel qui fait voir les événements est noir. Tout est perçu sous l'aspect de l'échec, de l'impuissance, du désespoir, du médiocre. Son installation est souvent insidieuse : une morosité s'installe sans que l'on en ait encore conscience.
- Il y a un risque d' « **idées noires** », fatalistes et pessimistes, et d'idées suicidaires.
- Une **hypersensibilité** émotionnelle apparaît. Le contact avec le monde est douloureux, tout fait mal, tout est pénible. La personne en ressent de la **culpabilité**, voire de la honte, finit par se sentir un fardeau inutile ou même nuisible.
- Le plaisir disparaît : la personne ressent « une fatigue de vivre », une **perte d' « élan vital »**.
- Les soucis deviennent prédominants, sans capacité à **hiérarchiser** les degrés de gravité des contrariétés vécues, la personne a l'impression « de ne plus y arriver ».
- La personne perd confiance en elle, elle estime qu' « elle fait tout de travers, et que les autres ne lui facilitent pas la tâche ». C'est ce que l'on appelle la **dévalorisation**, la personne se sent « bonne à rien ».
- L'**angoisse** est cette tension permanente, un sentiment de ne pas pouvoir gérer.
- La pensée ne fonctionne plus de la même façon : la personne a beaucoup de difficultés pour **se concentrer**

1.3.2 Signes physiques : le corps aussi

- **Ralentissement** psychomoteur : raréfaction des mouvements, visage figé, fatigabilité ;
- **Perte de poids** avec difficultés pour manger (pas faim, pas de goût, fatigue, boule dans la gorge) ;
- **Sommeil** perturbé : difficile de s'endormir, cauchemars, réveils dans la nuit, même si la personne a tendance à rester au lit, le repos n'est pas réparateur ;
- Perte du désir **sexuel** ;
- **Douleurs** ou gênes physiques : tout le corps peut se manifester (problèmes urinaires, digestifs, gynécologiques, cardio-vasculaires, musculaires...).

1.3.3 Le comportement : ce qui est le plus visible

- La personne a des **réactions émotionnelles disproportionnées**, par ex. : elle ne supporte plus les images du journal télévisé, la vision de toute forme de souffrance, elle pleure sans raison.
- La personne **n'a « plus de goût »** à faire les choses qu'elle faisait avant spontanément, habituellement, sans effort ou avec satisfaction : elle « **laisse tout tomber** ».

- La personne rumine à propos de tout, sans prise sur ce qui lui arrive, **tout devient compliqué**, aucune décision ne lui est possible, elle hésite, se renferme, change d'avis, refuse de participer aux grands événements familiaux comme à toute activité supposée simple et agréable (ne veut pas aller au mariage de son fils, ne veut pas aller se promener par ex.).
- Elle **s'irrite** contre elle-même et contre les autres, ne supporte plus le bruit, trouve les bavardages futiles.
- Elle est incapable de se relaxer, de **se reposer**.
- On dirait qu'elle a la « tête ailleurs », ne fait pas attention à ce qu'on lui dit, n'arrive pas à suivre une histoire.
- Dans tout ce qui se passe, elle ne perçoit que du **négatif**, ce qui évoque l'abandon, le préjudice, la culpabilité ; même dans les « bonnes » nouvelles comme une naissance par ex.
- Elle n'a plus d'initiative, peut même avoir des difficultés à sortir du lit ou de chez elle, à faire ses activités, même **le « minimum »** (se laver, s'habiller, faire un repas...).
- La personne parle moins, trouve moins facilement ses mots, ne sait pas quoi dire.
- Le **comportement** peut changer de façon importante et grave : alcoolisations, violence, tendance à se faire du mal par tout moyen (ruptures avec des proches, prises de risques, gestes suicidaires).

2 Bref rappel concernant la Maladie de Parkinson

La Maladie de Parkinson est une maladie du cerveau qui évolue dans le temps. Elle touche près de 6,3 millions de personnes dans le monde. En France, près de 130 000 personnes sont atteintes. Chaque année, 10 000 nouveaux diagnostics ont lieu. La maladie toucherait plus d'hommes que de femmes (3 pour 2). L'âge moyen du diagnostic est de 55 ans. Plus de 70 % des malades ont entre 60 et 80 ans.

La cause de la Maladie de Parkinson demeure inconnue dans la plupart des cas. Elle se manifeste par la disparition prématurée, lente et progressive, d'un petit nombre de cellules nerveuses qui sécrètent la dopamine. Cette dopamine est un neurotransmetteur très répandu dans le cerveau et impliqué dans la survie de ses cellules.

Les cellules qui disparaissent dans la Maladie de Parkinson sont localisées dans une région du cerveau appelée « substance noire ». Leur disparition réduit au fur et à mesure la sécrétion de dopamine, déséquilibrant ainsi de nombreux circuits neuronaux qui en dépendent, dans différentes activités cérébrales, comme l'initiative des actes, le contrôle des gestes, l'analyse des informations reçues, la régulation du système neurovégétatif, etc.

3 Comment la dépression vient-elle s'ajouter à la Maladie de Parkinson ?

Plusieurs raisons sont possibles et interagissent chez un même patient. Les troubles psychiques sont la résultante d'une combinaison complexe entre les caractéristiques génétiques d'une personne, influencées dans leur expression par des facteurs environnementaux, et une succession de lésions cérébrales.

3.1 Hypothèse biologique : la dérégulation dopaminergique

La neurobiologie de la dépression a été découverte dans les années 50. Plusieurs molécules sont en cause, comme la sérotonine et la noradrénaline (lorsque leur transmission baisse, le moral baisse et inversement), mais aussi dopamine, acétylcholine, GABA (en excès), hormones hypothalamo-hypophysaires, molécules du système immunitaire...

Les mécanismes sont complexes et se résument en la notion de désorganisation des rapports réciproques entre les différents systèmes du cerveau, avec un **phénomène d'embrasement** (kindling) : chaque désorganisation rend plus vulnérable, et des facteurs de variation de plus en plus minimes suffisent pour décompenser l'ensemble.

Dans la dépression, les trois systèmes sérotonine-noradrénaline-dopamine évoluent ensemble. La plupart des molécules antidépressives utilisées de nos jours agissent sur la neurotransmission de l'une ou plusieurs de ces substances.

Concernant la dopamine, les résultats sont controversés et dépendent non seulement de la neurotransmission dopaminergique, mais aussi du circuit neuronal touché par la dérégulation.

Globalement et très schématiquement, une **hypo-activité dopaminergique** existe dans la dépression. Comme dans la Maladie de Parkinson, elle affecte les noyaux de la base et le cortex frontal.³

De plus, dans la dépression, certaines **structures cérébrales** grossissent, d'autres régressent, comme l'hippocampe, le cortex frontal et les structures de la base qui sont moins irrigués, ce qui nous rapproche encore des problèmes observés dans la Maladie de Parkinson...

Ce sont ces similitudes dans les circuits neurologiques touchés qui expliquent que les signes dépressifs puissent accompagner, **voire précéder** les signes parkinsoniens dans la maladie.

Entendons-nous bien : ce seraient les changements anatomiques et biologiques propres à la Maladie de Parkinson qui provoquent un certain nombre de signes cliniques, dont les premiers visibles sont parfois ceux d'une

³ Combating Depression in Parkinson's Disease ; Matthew Menza, M.D. Robert Wood Johnson Medical School, New Brunswick, New Jersey

dépression. On ne peut pas dire qu'une dépression amène une Maladie de Parkinson dans son sillage, mais bien l'inverse : la Maladie de Parkinson en développement, peut s'annoncer par une première dysrégulation neurologique qui va s'exprimer comme une dépression.

Certaines études ont retrouvé dans les facteurs de risque de développer la Maladie de Parkinson (à long terme) le fait d'avoir des antécédents de dépression.⁴

La dépression peut aussi survenir plus tard dans la Maladie de Parkinson, en raison des causes suivantes.

3.2 Hypothèse iatrogénique : l'effet des médicaments sur le cerveau

Certains médicaments comme la L-Dopa et d'autres médicaments prescrits pour d'autres maladies associées ont un effet dépressogène⁵.

3.3 Hypothèse du vieillissement : lorsque la maladie apparaît chez un sujet d'un certain âge

L'évolution de la vie fait que des événements difficiles à surmonter vont toucher le malade parkinsonien, comme les autres. Ces événements s'accumulent au fil de l'âge : confrontation au vieillissement, à l'isolement, au veuvage, aux maladies, qui, bien que « prévisibles », n'en sont pas plus tolérables pour autant.

3.4 Hypothèse du vécu de la maladie et du handicap

La Maladie de Parkinson est handicapante et évolutive. Plusieurs événements sont comme des « crans d'arrêt » qui bouleversent le projet de vie et marquent la fin d'une époque :

- Le sentiment de perte de capacité (tremblement, ralentissement),
- l'incertitude sur l'évolution de la maladie,
- les fluctuations pénibles des symptômes parkinsoniens (un jour ça va, le lendemain pas),
- le sentiment de ne pas contrôler,
- les symptômes pouvant constituer une gêne sociale (dyskinésies, incontinence par ex),
- la perte d'autonomie,
- la modification du rôle familial et social.

4 Le traitement de la dépression dans la maladie de Parkinson. Mallet L., Allart E., Pharmactuel 2004 ; 37 : 2 ; 83-89

5 Analgésiques : indométacine, morphine, codéine, mépéridine, pentazocine, propoxyphène ; Antihypertenseurs : Bêtabloquants, clonidine, alphasétyldopa, réserpine, guanéthidine ; Antiparkinsoniens : L-dopa ; Neuroleptiques: Butyrophénones, phénothiazines ; Anticancéreux : Tamoxifène, vincristine, vinblastine ; Œstrogènes ; Antituberculeux : Cimétidine ; Agents hypoglycémiant ; Stéroïdes (corticoïdes)

Le handicap perçu de l'extérieur n'est cependant pas comparable au handicap ressenti par la personne.

Certaines phases sont plus difficiles : l'annonce du diagnostic, les phases d'aggravation, l'adaptation du traitement, la survenue de conséquences visibles sur la capacité à travailler ou à assurer son rôle dans la famille.

4 La difficulté de diagnostic de la dépression chez le malade parkinsonien

Certains symptômes sont présents en **commun** dans la dépression comme dans la Maladie de Parkinson : (sont notés entre parenthèse le pourcentage de patients parkinsoniens atteints)

- ralentissement et raréfaction des idées, des gestes, des paroles (60%)
- visage figé
- fatigabilité (56%)
- émotivité modifiée (56%)
- anxiété (66%)
- difficultés de concentration, troubles de la mémoire, moindre performance de la pensée pour la construction dans l'espace
- troubles du sommeil (25%)
- perte d'appétit, perte de poids
- idées délirantes de persécution, hallucinations (50%)
- bouffées vasomotrices (50%)
- diarrhées/constipation (40%)
- pollakiurie (besoin d'uriner fréquent)
- problèmes de salivation
- nausées, vomissements, douleurs d'estomac
- difficultés à respirer, à avaler
- troubles du désir sexuel
- cœur ralenti
- crampes, douleurs musculaires, vertiges

De ce fait, les symptômes parkinsoniens peuvent masquer une dépression qui passe plus ou moins inaperçue parce que l'on va attribuer ces signes à la Maladie de Parkinson. Des études ont essayé de trouver les signes les plus « parlants » (pathognomoniques) pour établir le diagnostic de dépression en cas de Maladie de Parkinson :

C'est bien l'humeur dépressive qui sera le critère le plus pertinent pour **diagnostiquer** la dépression. Les **signes physiques** sont en général dus à la Maladie de Parkinson plutôt qu'à la dépression.

Le **tableau** est le plus souvent (80%) incomplet, avec prédominance de certains signes comme l'inhibition, les modifications du caractère (entêtement, anesthésie affective), l'anxiété, l'ennui, les idées de suicide fréquentes. Le ralentissement et l'apathie (mélange d'indifférence et d'inertie) sont prédominants dans certaines formes, et tradiraient une atteinte frontale,

sensible aux traitements antiparkinsoniens⁶.

Pour prendre en compte la **sévérité** d'un épisode dépressif, il vaut mieux répertorier tous les signes, sans préjuger qu'ils sont attribuables à l'un ou à l'autre des syndromes.⁷ Les échelles MADRS et de Beck ont été validées dans le cas de la Maladie de Parkinson pour évaluer la dépression.⁸

5 La dépression est fréquente chez les malades parkinsoniens

Toutes les personnes atteintes de la Maladie de Parkinson ne seront pas systématiquement dépressives.

Les personnes atteintes de la Maladie de Parkinson sont cependant plus sujettes à vivre des périodes de dépression que l'ensemble de la population.

En moyenne,

- 40% des Malades de Parkinson sont dépressifs, de 8% à 70% (diagnostic en service de neurologie) selon les études (prévalence)
- 50 à 70% des malades parkinsoniens développeront une dépression (Baronti) (incidence).⁹

Dans certains cas, la dépression précède les premiers signes neurologiques,¹⁰ dans 5 à 10% des cas ou même 30% des cas selon les auteurs.¹¹

25% des malades parkinsoniens recevraient un traitement antidépresseur.

6 Troubles psychiques dans la Maladie de Parkinson, Pollak P., Rev Neurol (Paris) 2002 ; 158 : 5, 7S125-7S131

7 d'après les conclusions du congrès de 2003 de National Institute of Neurological Diseases and Stroke (NINDS) avec la participation du National Institute of Mental Health (NIMH)

8 Conférence de Consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé 2000

9 Le traitement de la dépression dans la maladie de Parkinson. Mallet L., Allart E., Pharmactuel 2004 ; 37 : 2 ; 83-89

10 Parkinson : une maladie neuropsychiatrique ? Houeto JL., Durif F. Neurologies 2003 : 6

11 Dépression et Maladie de Parkinson : étude d'une série de 135 parkinsoniens. A. Anguenot, P.Y. Loll, J.P. Neau, P. Ingrand, R. Gil Can. J. Neurol. Sci. 2002 ; 29 : 139-146

6 Quelles sont les influences d'une maladie sur l'autre ?

6.1 La dépression aggrave-t-elle la Maladie de Parkinson ?

La présence d'une dépression n'influence pas l'intensité des signes physiques de la Maladie de Parkinson.

Dépression et troubles intellectuels de la MP s'aggravent mutuellement.

6.2 L'évolution de la Maladie de Parkinson aggrave-t-elle la dépression ?

Les phases on-off de la MP ont une influence : en période **-off**, l'humeur est plus dépressive et il peut y avoir des crises d'angoisse ; en phase -on, on peut observer un « virage » de l'humeur vers une certaine euphorie.

L'intensité de la dépression ne semble pas liée à l'intensité du handicap observable.

L'amélioration par le traitement médical ou chirurgical des symptômes parkinsoniens n'améliorent pas l'humeur dépressive en général.

6.3 Certains aspects de la Maladie de Parkinson augmentent-ils le risque de développer une dépression ?

Nous avons vu plus haut que le fait d'être atteint de Parkinson est un facteur de risque supplémentaire de faire une dépression par rapport au risque en population générale et pour le même âge. Le fait que les dysfonctionnements cérébraux des deux maladies présentent des similitudes offre des pistes de recherches pour savoir comment les phénomènes interagissent. Malheureusement, le fonctionnement du cerveau est si complexe que les résultats ne sont pas encore satisfaisants.

Certaines particularités de la Maladie de Parkinson seraient associées à un risque plus élevé de dépression, mais les résultats des études sont controversés :

- début précoce
- antécédents familiaux de MP
- formes sévères
- périodes -off fréquentes
- prédominance des signes à droite (peut être rôle dans la régulation de l'humeur du noyau subthalamique gauche)
- formes akinétiques

Certains facteurs de risques sont propres à la personne : sexe féminin, non-acceptation de la maladie ou méconnaissance.

En revanche, aucun lien direct n'a été établi entre le stade de la Maladie de Parkinson, sa durée et l'apparition de la dépression.

7 Le traitement de la dépression chez le malade parkinsonien

Un épisode dépressif ne se soigne pas par la seule bonne volonté : quand il y a dépression, d'authentiques modifications de l'état cérébral se produisent, à l'instar d'une maladie neurologique. Outre les facteurs psychologiques, qui sont très importants, il est nécessaire d'aider le cerveau à rétablir un fonctionnement neurobiologique normal, d'où l'intérêt des médicaments.

Les symptômes neuropsychiatriques sont des déterminants importants de la qualité de vie des patients, de la progression des maladies en général, et du stress des aidants. Leur traitement est aussi important dans la Maladie de Parkinson que celui des troubles moteurs.¹²

7.1 Les médicaments antidépresseurs

Il n'y a **pas d'antidépresseur spécifique** dans la Maladie de Parkinson. Bien qu'un grand nombre de Parkinsoniens souffrent de dépression, les études sur l'usage des antidépresseurs sont rares et peu concluantes, pour savoir si certains seraient plus adaptés que d'autres. Le choix de la molécule se fera donc en fonction des maladies associées, contre-indications et interactions possibles avec les autres médicaments.

Notons que globalement, la Maladie de Parkinson ne contre-indique pas l'usage des médicaments psychotropes. Seules les molécules pouvant bloquer le système dopaminergique sont à éviter, ou à utiliser avec précaution lorsqu'elles s'avèrent indispensables (cas des neuroleptiques et certains autres antipsychotiques).

En ce qui concerne les antidépresseurs, tous sont en théorie utilisables chez le malade parkinsonien, mais on dispose de très peu d'études permettant de définir la meilleure prescription en pratique, ou pour connaître leur efficacité, ou encore la façon dont ils sont supportés.

Tous sont envisageables, mais pour un patient en particulier, tous ne seront pas **possibles** :

- soit parce que le patient présente des maladies associées ou des

¹²Troubles psychiques dans la Maladie de Parkinson, Pollak P., Rev Neurol (Paris) 2002 ; 158 : 5, 7S125-7S131

- traitements autres, qui contre-indiquent leur usage.
- soit parce que ces médicaments ont des effets anticholinergiques¹³ qui vont majorer les effets secondaires que les médicaments antiparkinsoniens procurent.
- soit parce que l'utilisation de certaines molécules doit être prudente chez les sujets âgés (dérèglements métaboliques, risque de chutes).

Il existe plusieurs **familles** d'antidépresseurs :

- Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine :
 - Ce sont de nos jours les antidépresseurs les plus utilisés, y compris chez les Parkinsoniens.
 - Ils pourraient avoir un effet stimulant chez le Parkinsonien¹⁴ mais on trouve des études contradictoires sur leur efficacité, dues à des différences de méthodologies, à des posologies peut-être insuffisantes, et sans doute aussi à la complexité des interactions chez un patient donné entre les voies sérotoninergiques et dopaminergiques.
 - Une exacerbation des symptômes parkinsoniens à l'introduction de ces molécules a pu être observée, mais les données sont là encore contradictoires.
 - Il peut aussi apparaître chez le malade parkinsonien une majoration des troubles du sommeil tels que cauchemars, avec agitation motrice.
 - A noter, parmi les effets secondaires possibles de cette famille de médicaments chez un sujet indemne de Maladie de Parkinson : des tremblements, une rigidité, une asthénie, une transpiration excessive, des nausées, des troubles moteurs ou une akathisie, autant de signes dont souffre déjà le Parkinsonien et dont on peut comprendre que leur présence sur la notice du médicament fasse hésiter à le prendre...
 - Ils sont à éviter en cas de traitement concomitant avec un IMAO en raison d'un risque d'interaction médicamenteuse exceptionnel mais grave (syndrome sérotoninergique).
- Les tricycliques :
 - Ils agissent en bloquant la recapture présynaptique de sérotonine et de noradrénaline.
 - Cependant ils sont peu ciblés et bloquent aussi d'autres récepteurs, responsables d'effets secondaires, notamment anticholinergiques et cardio-vasculaires.
 - Ils peuvent ainsi accentuer les effets indésirables des médicaments antiparkinsoniens. Ce sont néanmoins des médicaments efficaces et qui

¹³ Certaines molécules dites anticholinergiques, le plus souvent atropiniques, muscariniques, inhibent les effets de l'acétylcholine dans le système neuronal parasympathique et provoquent : sécheresse des muqueuses, troubles de la vue (accommodation), dilatation des pupilles (mydriase), constipation, rétention urinaire, augmentation de la fréquence cardiaque, peau rouge et chaude, hyperthermie, élévation de la pression intraoculaire (glaucome aigu par fermeture de l'angle), agitation, confusion, délire, hallucinations.

¹⁴ Le traitement de la dépression dans la maladie de Parkinson. Mallet L., Allart E., Pharmactuel 2004 ; 37 : 2 ; 83-89

trouvent leur indication chez un sujet jeune en début de maladie par exemple. Les effets anticholinergiques peuvent même être recherchés dans certains cas pour lutter contre l'hypersialorrhée (trop de salive), l'impériosité mictionnelle (besoin fréquent et pressant d'uriner), améliorer le sommeil.

- Parmi eux, les molécules réputées bloquer les récepteurs de la dopamine ne doivent pas être utilisées (par ex amoxapine – DEFANIL).
- D'autres familles d'antidépresseurs existent, mais elles n'ont pas été étudiées. Elles semblent néanmoins intéressantes à utiliser (tianeptine, miansérine, IRSNA)

Tous les antidépresseurs ont un **délai d'action** de plusieurs semaines et pour être efficaces sur la dépression et le risque de récurrence, ils doivent être pris pendant **plusieurs mois**, voire des années. Ce n'est pas parce que ça va mieux que l'on est guéri : il y a une convalescence nécessaire. Après une dépression, on ne refait pas « tout comme avant » tout de suite.

Chaque personne a une **sensibilité individuelle** aux médicaments, il arrive qu'il faille essayer plusieurs antidépresseurs avant de trouver celui qui sera le plus efficace et le mieux toléré.

Dans certains cas particuliers, on n'utilisera pas les médicaments mais l'Electro-Convulsivo-Thérapie (sismothérapie ou « électrochocs »), permettant à la fois l'amélioration des signes dépressifs et des signes parkinsoniens. Son usage reste limité car difficile (anesthésie générale), pouvant provoquer des états confusionnels. De plus, l'effet ne dure que quelques semaines.

D'autres médicaments, comme les anxiolytiques, peuvent être utiles contre les troubles du sommeil et les troubles anxieux. Cependant le malade parkinsonien est très sensible aux effets secondaires de ces médicaments : effets sur l'équilibre, sédation, majoration des phénomènes hallucinatoires et des cauchemars. Lorsqu'ils sont nécessaires, les molécules à durée de vie longue offriront une meilleure tolérance, et doivent être utilisées à petites doses.

7.2 Les traitements antiparkinsoniens

Les médicaments de la Maladie de Parkinson ont pu montrer un effet sur les symptômes dépressifs : L-Dopa (action dépressogène par un effet de compétition sur les récepteurs ou à l'inverse antidépressive, contre l'anesthésie affective et le retrait), IMAO-B, associations IMAO-ICOMT, pramipexole (SIFROL), en particulier à un stade précoce de la maladie.

Bien qu'il n'y ait pas de preuve qu'une amélioration des conditions de vie ait une influence sur la dépression, équilibrer le traitement antiparkinsonien et soulager les symptômes physiques sources d'inconfort ne peut être que bénéfique globalement.¹⁵

¹⁵ Depression in Parkinson's disease. Pharmacological characteristics and treatment by Tom T., Cummings JL, Department of Neurology, UCLA School of Medicine, USA. Drugs Aging, 1998 Jan, 12:1, 55-74

7.3 Le soutien psychologique

La psychothérapie est un traitement basé sur l'écoute et le dialogue, destiné à aider la personne à vivre en cohérence avec elle-même, à retrouver une unité qui a été rompue par différents déséquilibres ou traumatismes.

Un soutien psychiatrique est particulièrement utile à l'annonce du diagnostic, ou lorsque la maladie entre dans une phase handicapante.

8 Comment aider le malade dépressif ?

Le rôle de l'entourage est encore une fois primordial.

8.1 L'entourage en difficulté

Mais je veux faire une **parenthèse** sur le fait que la dépression peut aussi toucher l'entourage du malade parkinsonien, et pas seulement le malade...

Toute la population, de façon générale, peut connaître un épisode dépressif. De plus, les proches du malade sont aussi confrontés à la maladie, et peuvent en souffrir : difficulté à reconnaître ce proche qui change, refus du handicap, difficulté à devenir « l'aidant »... Ce sujet pourrait occuper à lui seul une conférence et je resterai brève.

L'aidant dit « naturel » est un proche du malade, le plus souvent le conjoint ou un enfant, qui va — en plus de gérer sa vie quotidienne, familiale et professionnelle — accompagner, soigner, veiller au quotidien de la personne déficiente, le tout gracieusement... Il est facile de comprendre que l'aidant ne s'est pas forcément prédestiné à cette mission déclarée « naturelle » et que la tâche peut vite le déborder.

Brièvement, voici quelques signes indiquant que les limites du supportable sont atteintes chez l'aidant :

- Disparition des activités et des rencontres.
- Sentiment de poids à porter, de trop fortes responsabilités.
- Perte du sourire, pleurs fréquents, agacements, épuisement, dispersion dans les pensées et les actes.
- Perte du sommeil, modifications du poids, problèmes de santé qui s'accumulent.

Voici quelques conseils pour éviter l'épuisement dépressif :

- Connaître la maladie et la faire connaître.
- Accepter les limites du malade.
- Accepter ses propres limites et faire des choix prioritaires, autrement dit aller à l'essentiel et laisser le reste.
- Accepter ses émotions, négatives aussi, sans culpabilité, et partager ces émotions avec quelqu'un d'autre que le malade.
- Protéger sa propre santé, se faire aider, déléguer, prévoir l'avenir.
- Profiter des bons moments, prendre ce qu'il y a à prendre, positiver.

Le soutien d'une association, vous le connaissez déjà. Et la citation de Marguerite YOURCENAR¹⁶ qui orne la première page de votre revue témoigne de l'état d'esprit nécessaire pour faire face à la maladie.

Revenons à notre malade parkinsonien et dépressif...

Vivre aux côtés d'une personne dépressive est très difficile : sa lenteur est interprétée comme un manque de volonté, son retrait comme une bouderie, ses plaintes comme une agression, son mal-être comme une accusation...

Pourtant, l'entourage :

- peut être à l'initiative d'une consultation médicale pour signaler ces symptômes, mais pour cela il faut dépasser ses propres barrières, puis vaincre celle du patient ;
- est une aide indispensable pour le patient déprimé.

8.2 D'abord « repérer » la dépression

Le changement est souvent progressif, l'entourage ne remarque pas tout de suite, ou minimise, ou refuse de voir...

La dépression chez l'autre nous touche car chacun peut se sentir fragile. De plus si l'autre se montre si malheureux en notre compagnie, c'est qu'il y a peut-être un problème, une faute de notre part.

La dépression est encore un **tabou** : on accuse facilement le manque de volonté, la paresse, la faiblesse, le laisser-aller, ou même la folie.

Il y a des idées reçues :

« C'est un mauvais passage, ça va s'arranger tout seul », « Il faut qu'il se secoue », « Il n'est peut-être pas bien mais il y a une part de cinéma, parfois il fait exprès », « Si les choses n'allaient pas si mal autour de lui, il irait mieux, c'est de la faute des autres ».

Une bonne connaissance de ce qu'est la dépression aide à se détacher de ses propres peurs et culpabilités.

8.3 Ensuite aborder le sujet avec le malade

La personne malade peut **refuser** d'en parler ou de consulter, pour plusieurs raisons :

- la honte d'être dépressif, à cause des mêmes idées reçues ;
- le fait qu'elle n'a pas conscience d'être « arrivée à ce point » ;
- elle peut se « justifier » par de « bonnes » raisons d'aller mal et dire qu'un médicament ne résoudra pas ses problèmes ;
- elle a peur des traitements : peur de la dépendance aux médicaments,

16 « Il ne faut pas pleurer parce que cela n'est plus, il faut sourire parce que cela a été et espérer en ce qui sera. »

peur de devoir en prendre toute sa vie, peur d'être comme un « zombie » avec, c'est la « preuve » qu'on est fou si on en prend, ça ne sert à rien, on n'est plus soi-même, ce sont des saletés, je ne les supporterai pas...

L'entourage n'est pas le mieux placé pour parler de « dépression » et être entendu...

Mieux vaut aborder directement les changements qu'on a remarqués, et parler d'une rupture avec son état habituel « **Tu n'es plus comme avant** ».

Il faut être bref, ne pas l'assommer de détails, car le dépressif est fatigable et va de toute façon essayer de vous contredire.

Accepter de ne pas le convaincre tout de suite et **réessayer plus tard**.

Le médecin traitant, ou le neurologue de confiance sera un interlocuteur de première ligne.

Mieux vaut faire les choses **en étant clair** avec le malade, pas en manœuvrant pour le mettre devant le fait accompli en consultation.

Le malade, dépressif et/ou parkinsonien, **n'a pas à être « ménagé »** en étant tenu à l'écart de ce qui le concerne. Se laisser guidé par son bon sens et l'affection.

8.4 Au quotidien, comment l'aider ?¹⁷

L'entourage, quand il a compris qu'un épisode dépressif est une maladie, peut se montrer très mobilisateur. Mais si la dépression dure, il peut aussi se décourager, s'habituer à faire les choses à la place du malade, puis sans le malade, le dépossédant encore plus de son autonomie et de ses choix.

Ce qui n'aide personne :

- raisonner à la place du malade : « tu n'as qu'à faire ceci », « tu ne devrais pas penser à ça », « ça ne fait rien, ce n'est pas si grave » ;
- le secouer : « allez, il faut bouger, il faut te prendre en main. » ;
- décider à sa place, lui parler comme à un enfant ;
- demander sans arrêt des explications, le forcer à parler, à dire ce qu'il ressent.

Ce qui peut aider :

- apporter un point de vue nuancé sur les événements ;
- rester aussi bienveillant que possible ;
- encourager et initier des activités que le malade pourra mener à bien (commencer petit, sans chercher un résultat parfait ni même une grande satisfaction) ;
- donner du temps, procéder par étape, maintenir obligatoire un certain

¹⁷ Brochures « Comment aider un déprimé », « Almanach du patient déprimé »

nombre de choses (rendez-vous chez le médecin, prise du traitement, alimentation minimale, marcher un peu, etc) et faire le reste au jour le jour, selon les possibilités du malade.

- Limiter les stress en préparant le malade aux tâches de la journée, pour ne pas avoir à le bousculer ou à le prendre en défaut.
- Retrouver son élan vital, c'est comme « une pompe qu'il faut réamorcer », doucement.

Conclusion

En conclusion, je dirai que la dépression est comme une affreuse nappe de mazout, une marée noire de l'esprit, qui crée beaucoup de dégâts et tend à se répandre dans tous les aspects de la vie du dépressif mais aussi de son entourage. Mon souhait est que d'en parler vous aura permis de mieux comprendre le problème et ses dangers, mais aussi ses solutions.

Et je vous invite à repartir de bonne humeur !