



DEPRESSION

CHEZ LA PERSONNE AGE

olivier.drunat@aphp.fr



Paris, le 27 mai 2021

Objectifs

- Clinique de la dépression de la personne âgée
- Dépression aux confins somatiques
- Pilotage du traitement de la dépression

2

Introduction

- La dépression est très fréquente chez la personne âgée, mais négligée, méconnue ou mal traitée
 - 3 à 5 % après 65 ans
 - 15 à 30 % des sujets qui consultent en médecine générale
 - 10 à 20 % en maison de retraite
 - 40 % en SSLD
- Non traitée, la dépression a des conséquences graves
 - Elle diminue la durée de vie
 - Elle augmente le risque de suicide
 - Elle augmente le risque somatique et le recours aux soins (dénutrition, aggravation des comorbidités, etc.)
 - Elle aggrave le pronostic fonctionnel et la perte d'autonomie
 - Elle augmente le risque d'institutionnalisation

3

Principaux facteurs de risque

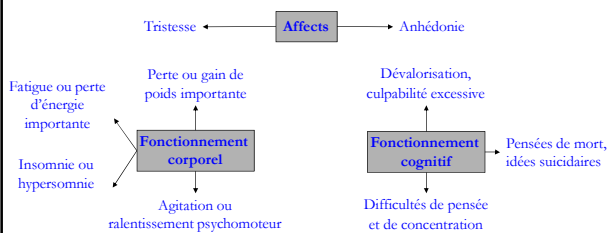
- Très grand âge (>85 ou 90 ans)
- Sexe féminin
- Solitude et isolement
- Veuvage et deuil
- Perte d'autonomie, affaiblissement corporel
- Diminution des ressources
- Changement de domicile
- Certaines affections somatiques neurologiques (AVC, Parkinson, SEP, ...) ou autres (cancer, maladies cardiaques, maladie endocrinienne, douleur chronique, ...)
- Médicaments « dépressogènes » (bêta-bloquants, antihypertenseurs centraux, neuroleptiques, corticoides, ...)

4

Pronostic

- **L'âge n'a pas d'effet significatif sur le pronostic de la dépression**
- **Les facteurs péjoratifs retrouvés sont:**
 - mauvais état de santé
 - existence d'ATCD de troubles thymiques
 - manque de soutien social

Les troubles dépressifs



« La dépression majeure est le même trouble à tous les moments de la vie, les critères sont donc identiques ».

« Il y a peu d'arguments pour l'existence d'un sous-type de dépression majeure spécifique du sujet âgé ».

Burns A, Dening T, Lawlor B. *Clinical guidelines in old age psychiatry*. Londres : Martin Dunitz, 2002.
Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. *Guidelines on depression in older people*. Londres : Martin Dunitz, 2002.

Définitions du DSM-V

• La dépression

La dépression est un trouble pathologique de l'humeur qui se manifeste d'abord par une **humeur triste durable** et/ou une **perte de l'élan, de l'intérêt et du plaisir** pour la plupart des activités (symptômes de premier rang).

D'autres symptômes cognitifs, affectifs, comportementaux et physiques peuvent compléter le tableau clinique (symptômes de second rang).

* *Diagnosis and Statistical manual of Mental disorders*

8

Épisode Dépressif Majeur (EDM)

Au moins 5 symptômes pendant **au moins deux semaines**, presque **tous les jours**, presque **toute la journée**, parmi lesquels au moins (1) ou (2).

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Humeur dépressive (triste, vide, pleure...) | } | Affects
Symptômes « principaux » |
| 2. Anhédonie, perte d'intérêt | | |
| 3. Perte ou gain de poids significative | } | Fonctionnement corporel |
| 4. Agitation ou ralentissement psychomoteur | | |
| 5. Fatigue ou perte d'énergie | | |
| 6. Troubles du sommeil | } | Fonctionnement intellectuel et cognitif |
| 7. Dévalorisation, culpabilité excessive | | |
| 8. Difficultés de pensée et de concentration | | |
| 9. Pensées de mort, idées suicidaires | | |

9

Une bonne partie des sujets âgés ne répond pas aux critères diagnostiques !

1088 sujets 65+ dans la communauté	Prévalence troubles dépressifs	Répartition des troubles dépressifs
Pas de dépression	89%	-
Dépression	11%	100
Dépression infraclinique	6,3%	58,5
Dépression mineure	1,4%	11,9
Dysthymie	1,9%	17,7
EDM	1,4%	11,9

Judd et Aliskal, 2002

Trouble dépressif mineur

Elle se définit par **au moins 2 symptômes de la dépression majeure et moins de 5 symptômes de 2^{ème} rang**

- forme la plus fréquente (2/3) chez le sujet âgé, les mêmes facteurs de risque que la dépression majeure et un retentissement aussi important.
- Fréquemment associée à une co morbidité somatique.
- Des symptômes particuliers au sujet âgé : démotivation, troubles de la concentration et difficultés cognitives.
- Un continuum avec la dépression majeure, une forme particulièrement pertinente chez le sujet âgé

Dépression sub-syndromique

- ni EDM ni Mineure
- 50 % des formes dépressives en EHPAD
- Un risque accru de dépression caractérisé et probablement aussi un mauvais pronostic somatique (fragilité ?).

Trouble dysthymique

- Humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins **deux ans**.
- Quand le sujet est déprimé, au moins deux parmi
 - Perte d'appétit ou hyperphagie
 - Insomnie ou hypersomnie
 - Baisse d'énergie ou fatigue
 - Faible estime de soi
 - Difficultés de concentration difficultés à prendre des décisions
 - Sentiment de perte d'espoir
- Durant la période de deux ans (un an pour les adolescents) jamais de période de plus de deux mois consécutifs sans présenter de symptômes.
- Durant les deux premières années (première année pour les enfants et les adolescents) aucun épisode dépressif majeur n'a été présent.
- Rarement de novo chez la PA (c'est chronique avec un début vers 45 – 50 ans).

Kocsis JH. Geriatric dysthymia. *J Clin Psychiatry* 1998 ; 59 (Suppl. 10) : 13-5.

13

Outils de repérage et de diagnostic

- Diagnostic des formes atypiques, notamment lorsque les patients n'ont pas spontanément de plaintes évocatrices de dépression
- Ne pas oublier d'évaluer l'humeur chez les patients âgés polypathologiques
- Utiles pour le suivi clinique : évolution d'un score sous traitement
- Utiles dans le cadre de la recherche clinique

14

Outils de repérage et de diagnostic

- **Classiques :**
 - MADRS (Montgomery and Asberg) *HE*
 - Hamilton Depression Scale *HE*
- **Spécifiques aux sujets âgés (+++) :**
 - Geriatric Depression Scale (30 items) *AE*
 - Simplifiées (15 items),
 - Mini GDS (4 items) pour le screening *HE*
- **Spécifiques aux sujets déments :**
 - Cornell scale (échelle comportementale d'observation) *HE*

15

Outils de repérage

MINI GDS™			
Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se situer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.			
1	Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui ☐	Non ☐
2	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui ☐	Non ☐
3	Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui ☐	Non ☐
4	Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui ☐	Non ☐
COTATION			
Question 1	oui : 1	non : 0	• Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression. • Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.
Question 2	oui : 1	non : 0	
Question 3	oui : 0	non : 1	
Question 4	oui : 1	non : 0	

16

Outils diagnostic

Échelle de dépression de Cornell			
Cornell scale for depression in dementia. Biol Psych 1988; 23:271-84.			
Cette échelle a été élaborée pour l'évaluation du diagnostic de la dépression chez des personnes atteintes de démence. Elle est destinée à être utilisée par un clinicien expérimenté dans le diagnostic de la dépression, avec une attention particulière sur la validité des données recueillies.			
Nom du patient : _____			
Date de naissance du patient : _____ Sexe (M) (F) _____ Date d'aujourd'hui : _____			
Nom et adresse de l'établissement : _____			
Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présentés pendant la semaine précédente (sauf indication contraire). Les symptômes doivent être observés par le clinicien ou rapportés par le patient ou un proche.			
A quel score attribuez-vous à ce patient ? (0 = pas de symptômes, 1 = symptômes légers, 2 = symptômes modérés, 3 = symptômes sévères)			
A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR			
1.	Intérêt diminué pour les activités habituelles	(0) (1) (2)	
2.	Tristesse, anxiété, irritabilité, larmes	(0) (1) (2)	
3.	Tristesse, anxiété, irritabilité, larmes	(0) (1) (2)	
4.	Apparence de tristesse ou d'anxiété	(0) (1) (2)	
B. SYMPTÔMES RELATIFS À L'ÉNERGIE			
5.	Appétit, ne peut manger en plus, se sent fatigué, se sent épuisé	(0) (1) (2)	
6.	Appétit, ne peut manger en plus, se sent fatigué, se sent épuisé	(0) (1) (2)	
7.	Appétit, ne peut manger en plus, se sent fatigué, se sent épuisé	(0) (1) (2)	
8.	Appétit, ne peut manger en plus, se sent fatigué, se sent épuisé	(0) (1) (2)	
C. SYMPTÔMES SOMATIQUES			
9.	Perte de poids (sans régime) ou gain de poids	(0) (1) (2)	
10.	Perte de poids (sans régime) ou gain de poids	(0) (1) (2)	
11.	Perte de poids (sans régime) ou gain de poids	(0) (1) (2)	
12.	Perte de poids (sans régime) ou gain de poids	(0) (1) (2)	
D. SYMPTÔMES COGNITIFS			
13.	Difficulté à se souvenir des événements, des faits, des lieux	(0) (1) (2)	
14.	Difficulté à se souvenir des événements, des faits, des lieux	(0) (1) (2)	
15.	Difficulté à se souvenir des événements, des faits, des lieux	(0) (1) (2)	
16.	Difficulté à se souvenir des événements, des faits, des lieux	(0) (1) (2)	
E. SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES			
17.	Idées délirantes, hallucinations, idées de suicide	(0) (1) (2)	
18.	Idées délirantes, hallucinations, idées de suicide	(0) (1) (2)	
19.	Idées délirantes, hallucinations, idées de suicide	(0) (1) (2)	
20.	Idées délirantes, hallucinations, idées de suicide	(0) (1) (2)	
Nombre de points : _____			
Score total : _____ / 20			
Le score total pour passer à la section suivante est de 15.			

17

Evaluation de la sévérité EDM

- Léger : nombre minimum de symptômes nécessaires, peu de retentissement.
- Sévère : plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au minimum requis et le retentissement est important.
- Modéré : entre léger et sévère.
- Sévère avec caractéristiques psychotiques
 - Congruentes à l'humeur : dévalorisation, culpabilité, maladie, mort, nihilisme, punition méritée
 - Non congruentes à l'humeur

18

Particularités cliniques chez le sujet âgé

- La **dépression du sujet âgé répond aux mêmes critères que ceux de l'adulte plus jeune**. Néanmoins, elle peut prendre des formes atypiques, avec des symptômes moins spécifiques au premier plan
 - Expression moindre de la tristesse
 - Plaintes somatiques au premier plan
 - Présence d'une plainte subjective de mémoire, voire de troubles cognitifs avérés
 - Présence d'idées délirantes
 - Anxiété et/ou troubles du caractère marqués
 - Opposition, passivité, apathie

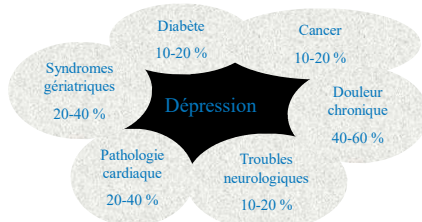
ACCORDER DE L'IMPORTANCE à :

Tout changement dans le caractère, les habitudes, les modes relationnels ...
Notion d'antécédents psychiatriques personnels

Dépression et plaintes somatiques

• Cause et/ou conséquence ?

- Les maladies chroniques, notamment douloureuses et/ou invalidantes, sont des **facteurs de risque** de dépression
- 60% des sujets âgés dépressifs expriment des plaintes somatiques, avant même la tristesse



20

Dépression et AVC

Prévalence : varie suivant les auteurs selon que l'on intègre dépression majeure, dysthymie ou syndrome dépressifs

(Burvill 1997 : 28% des cas dont 17% de dépression majeure)

Elle survient dans les mois suivant l'AVC, un autre pic serait retrouvé 2 ou 3 ans après

« Dépression vasculaire » (Alexopoulos 1997)

« Dépression masquée »

• Une forme clinique particulière et piégeante

- Des symptômes physiques au premier plan
- Des symptômes psychiques cachés
- Les plaintes somatiques les plus fréquentes
 - Asthénie
 - Les douleurs, récurrentes et résistantes aux traitements habituels, de localisation et d'intensité variables, sans rythme précis
 - Les troubles du sommeil (hypersomnie ou insomnie)
 - Des symptômes divers (troubles de la mémoire, plaintes cardiaques et/ou respiratoires, constipation, perte d'appétit, perte de poids, prurit généralisé, etc.)

UN PIÈGE À ÉVITER

Traiter une symptomatologie somatique comme une dépression sans aucun signe psychique. Attribuer à la dépression des signes physiques sans avoir recherché une pathologie somatique associée.

22

Dépression et troubles cognitifs

• Une forte intrication chez le sujet âgé : cause et/ou conséquence ?

- Les symptômes dépressifs sont-ils réactionnels aux troubles cognitifs ?
- Sont-ils une forme d'expression des dysfonctionnements cérébraux en lien avec la démence ?
- Les troubles cognitifs sont-ils une forme d'expression d'une dépression, sans lien avec un processus démentiel ?

En pratique, observer chez une personne âgée un syndrome dépressif doit faire rechercher des troubles cognitifs et inversement

23

Dépression et troubles cognitifs

- Une plainte mnésique peut révéler une dépression
- « Souvent le patient lui-même se plaint (plus que l'entourage) et s'auto déprécie »
- Un début brutal ancien sans évolution particulière
- Performance mnésique souvent normale, mais parfois légèrement altérée en cas de ralentissement et troubles attentionnels



24

Dépression et troubles cognitifs

- Intérêt d'un bilan cognitif approfondi (consultation mémoire avec évaluation neuropsychologique)
 - Mesure de l'indicateur (cortical versus sous cortical) +++
- Critère évolutif sous traitement antidépresseur : « amélioration en 6 mois, (# de la maladie d'Alzheimer qui s'aggrave sur le plan cognitif en 6 mois) »



PIÈGES À ÉVITER

- Penser que les troubles cognitifs « protègent » de la dépression
- Attribuer d'emblée les changements d'humeur, de comportement ou l'aggravation de troubles cognitifs à une démence sans rechercher d'autres signes de dépression

25

Dépression et Démences

- La dépression peut aussi être observée dans les formes sévères de démence.
- Le diagnostic est difficile du fait des troubles du langage et de la communication
- Intérêt de l'échelle comportementale d'observation CDS : Cornell Depression Scale
- Souvent il s'agit plus d'une présomption diagnostique que d'une certitude
- Les notions de changements par rapport à un état antérieur et l'évolution sous traitement antidépresseur sont des éléments importants

26

Dépression et Démences

- EDM dans 25 % des démences d'Alzheimer (1)
- 20 % dans la Maladie de Parkinson (2)
- 38 % dans la maladie à corps de Lewy (3)
- Tableau inaugural d'une DFT

1 Blazer D et Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in "The elderly population". Am J Psychiatry, 1980; 137: 439-444.
 2 Minoshima RC. Psychiatric symptoms in Parkinsonism. J Neurol. Neurosurg Psychiatry. 1970; 33: 188-91.
 3 Mc Keith IG and al. Operational criteria for senile dementia of Lewy Body type. Psychol Med. 1992; 22:911-22.

27

Apathie et Dépression

- **L'apathie est un déficit de la motivation, caractérisé par un émoussement affectif, une perte d'initiative et une perte d'intérêt**
 - La dépression et l'apathie sont 2 syndromes distincts mais qui ont des symptômes communs ou proches et qui sont associées dans 50% des cas
 - L'apathie peut être prise à tort pour un ralentissement ou de la dépression
 - Il est important de les distinguer car leurs prises en charge respectives sont différentes
 - L'apathie est observée de façon isolée, ou au cours d'une affection cérébrale (maladie d'Alzheimer, pathologies vasculaires, maladie de Parkinson, dégénérescence lobaire fronto-temporale, etc.), ou encore dans la dépression vasculaire

28

Apathie et Dépression

- **La dépression et apathie**

ÉLÉMENTS CLÉS POUR DIFFÉRENCIER APATHIE ET DÉPRESSION		
	Signes spécifiques	Signes communs
Dépression	Tristesse Perte d'espoir Culpabilité Idées suicidaires Troubles du sommeil Anorexie	Perte d'intérêt Manque d'élan Ralentissement
Apathie	Démotivation Absence d'initiative Absence de persévérance Émoussement affectif Retrait social	Fatigue Non conscience du trouble (+/-)

29

Délire et Dépression

- **Fréquence du délire chez les sujets déprimés :**
 - 3 % chez les sujets < 40 ans
 - 7 % chez les 40 - 60 ans
 - 32 % chez les sujets > 60 ans (Brodsky, 1997)
- **Plus souvent dans dépression inaugurale (Gournelis, 2001)**
- **Thèmes de persécution, de préjudice, de spoliation, de jalousie, de ruine ...**

30

Autres formes de dépression

- **La dépression avec anxiété**
 - Les antécédents de troubles anxieux ou survenant avec l'âge (anxiété généralisée, troubles phobiques, stress post-traumatique, etc.) **favorisent la survenue d'états dépressifs**
 - La personne **verbalise** généralement son anxiété
 - L'anxiété peut prendre 2 formes : avec inhibition de l'action ou, au contraire, une agitation anxieuse
- **La dépression mélancolique : une urgence**
 - **Symptomatologie sévère** avec prostration et mutisme ou au contraire, agitation et importants troubles du caractère
 - **Risque suicidaire très élevé**, imposant le plus souvent une hospitalisation en urgence

31



Dépression hostile

- Les dépressions hostiles sont caractéristiques du sujet âgé
- Elles se manifestent par de l'agressivité et une anxiété accompagnée d'une agitation hostile.
- Les patients sont parfois catalogués comme « caractériels ».
- Des changements importants et récents du comportement doivent faire évoquer la dépression

Féline A. Les dépressions hostiles. In : Féline A, Hardy P, eds. *La dépression, étude. Médecine et psychothérapie*. Paris : Masson, 1995.

Le « glissement » est-il une forme de dépression ?

OUI

- perte majeure d'élan
- ralentissement global
- repli, mutisme
- indifférence
- anorexie

NON

- absence de douleur morale, d'anxiété majeure
- peu de thèmes mélancoliques retrouvés
- pas de désir de suicide exprimé

« Le glissement est un syndrome dysadaptatif (sévère) rapidement progressif à risque de pronostic péjoratif lié à épuisement des ressources physiques et psychiques »

Démarche diagnostique (1)

- **Les points clés**
 - Confirmer le diagnostic d'un état dépressif
 - Rechercher si les symptômes dépressifs sont secondaires à une autre pathologie ou l'expression d'une autre pathologie
 - Évaluer la gravité de la dépression (risque suicidaire)
- **Les étapes**
 - Évaluation globale : aucun outil de repérage ne se suffit à lui-même
 - Évaluation du risque suicidaire
 - La dépression est associée à un risque important de suicide, y compris en EHPAD et le suicidant âgé est souvent très déterminé (30% de décès après passage à l'acte chez les personnes de plus de 65 ans)
 - L'évaluation du risque suicidaire doit donc être systématique en cas de dépression

34

Démarche diagnostique (2)

- **Évaluation globale (1)**
 - Entretien avec la personne, voire ses proches, afin de rechercher :
 - Les autres symptômes dépressifs (critères du DSM-IV) (Mini GDS, GDS, NPI-ES, échelle de Cornell)
 - Des antécédents personnels ou familiaux de dépression
 - Le mode de début des symptômes et leur évolution
 - Des facteurs de risque de dépression, personnels ou environnementaux, un facteur déclenchant ou précipitant
 - Une consommation d'alcool ou d'une drogue, d'un psychotrope, etc.
 - Les traitements en cours et d'éventuels changements récents dans les traitements
 - Évaluation psychologique et cognitive
 - Recherche d'un déficit cognitif (au minimum par le MMSE)
 - Recherche éventuelle d'une apathie (Inventaire apathie, NPI-ES)
 - Recherche de symptômes psychotiques (délire, hallucinations), d'une irritabilité, d'une agressivité

35

Démarche diagnostique (3)

- **Évaluation globale (2)**
 - Examen clinique complet
 - Pathologies somatiques, en particulier douloureuses
 - Difficultés d'alimentation et statut nutritionnel
 - Déficits sensoriels, notamment ouïe et vision
 - Niveau d'autonomie physique et dans les activités de la vie quotidienne (échelle ADL – *activities of daily life* ; échelle IADL – *instrumental activities of daily life*)
 - Examens paracliniques (selon la clinique)
 - NFS, ionogramme sanguin et fonction rénale, enzymes hépatiques, glycémie, fonction thyroïdienne, et en fonction de la clinique : calcémie, B12, folates, si anomalie de la NFS
 - Autres examens : ECG, EEG, imagerie (notamment cérébrale), etc..

36

Démarche diagnostique (4)

Maladies et médicaments exposant à un risque de dépression		
Maladies neurologiques	- Accident vasculaire cérébral (fin de phase aigüe, rééducation) - Maladie d'Alzheimer et autres démences	- Maladie de Parkinson - Hydrocéphalie chronique
Maladies cardio-vasculaires	- Infarctus du myocarde - Insuffisance cardiaque et/ou respiratoire	
Maladies endocriniennes	- Diabète - Hypo ou hyperthyroïdie - Hyperparathyroïdie	- Hypercorticisme - Déficit androgénique chez l'homme
Maladies diverses	- Cancers - Douleur chronique (rhumatismale ou autre) - Déficit sensoriel (vue, ouïe)	- Apnée du sommeil - Carences en vitamines (B1, B6, B12, etc.)
Médicaments	- Corticoïdes - Clonidine - Béta-bloquants	- L-dopa - Amantadine - Neuroleptiques

37

Démarche diagnostique (5)

• Évaluation du risque suicidaire (1)

— Rechercher des signes de gravité de la dépression

- Des signes d'une dépression mélancolique
- Des signes psychologiques
 - Intensité de la tristesse
 - Désespoir, dévalorisation : « Je ne veux plus rien »
 - Sentiment d'incapacité, d'impuissance : « Je n'y arriverai pas, je ne guérirai pas »
 - Sentiment de punition méritée
 - Expression d'idées suicidaires
- Des signes physiques
 - Sévérité de l'anorexie, de la dénutrition, de la déshydratation
- Des signes fonctionnels
 - Sévérité du repli sur soi
 - Comportements liés à la fin de vie
 - Une amélioration inexplicable et soudaine de l'humeur

38

Démarche diagnostique (6)

• Évaluation du risque suicidaire (2)

— Rechercher systématiquement des idées suicidaires en cas de dépression

- Si la personne exprime spontanément des idées suicidaires, ne jamais les banaliser
- Si la personne n'exprime pas spontanément d'idées suicidaires, les rechercher activement, oser poser la question, oser parler de la mort

DES PIÈGES À ÉVITER

- Penser que parler du suicide à quelqu'un peut l'inciter à le faire
- Penser que les personnes qui veulent se suicider ne donnent pas d'indication à leur entourage sur leur intention avant de le faire
- Penser que les personnes qui expriment un désir de se suicider ne le font que pour attirer l'attention. Huit personnes sur 10 en parlent avant de passer à l'acte !

39

Démarche diagnostique (7)

• Évaluation du risque suicidaire (3)

- Rechercher si la personne a envisagé un scénario suicidaire, à quelle échéance, et si les moyens envisagés sont à sa portée (dangerosité suicidaire)
 - En EHPAD, les moyens les plus utilisés sont la pendaison et le saut d'un lieu élevé
- Évaluer la progression des idées de mort

GRADUATION DES IDÉES DE MORT[®]

1	Flashs suicidaires
2	Pensées suicidaires occasionnelles
3	Pensées suicidaires fréquentes
4	Planification du suicide en cours
5	Planification complète, mais au delà de 48 h
6	Planification complète dans les 48 h
7	Planification complète
8	Tentative effectuée
9	Décès

40

Démarche diagnostique (8)

• Évaluation du risque suicidaire (4)

- Le repérage de signes d'alerte suicidaire doit déclencher la mise en œuvre d'un protocole d'évaluation du risque et une prise en charge psychologique par le médecin traitant et/ou le psychologue de l'établissement et/ou un psychiatre
- Toute tentative de suicide est une urgence justifiant une hospitalisation

41

Prise en soins (1)

• Multimodale (physique, psychique et social)

- Amélioration des symptômes
- Restauration fonctionnelle
- Prévention des rechutes et des récides

• Objectifs:

- Disparition de tous les symptômes dépressifs (sinon dépression chronique, mauvais pronostic des pathologies somatiques associées et facteur de risque physique)
- Réduire les risques (suicide, isolement, démotivation, maltraitance)
- Restauration fonctionnelle
- Tendre vers une bonne santé (bio-psycho-sociale)
- Prévenir les rechutes et récides.

La prise en charge est globale, pluridisciplinaire et coordonnée impliquant le médecin traitant, le médecin coordonnateur et l'ensemble de l'équipe, en lien avec les proches

Prise en soins (2)

Un **recours à un avis spécialisé** est envisagé en cas de gravité de l'état et/ou d'inefficacité du traitement

- En cas de doute diagnostique
- En cas de signe de gravité de la dépression
- En cas de complexité du traitement (comorbidités)
- En cas d'échec du traitement de 1^{ère} intention

- Une **hospitalisation** est envisagée lorsque le pronostic vital ou fonctionnel est engagé et en cas de refus de soins d'une dépression sévère ou de verbalisation d'idées suicidaires

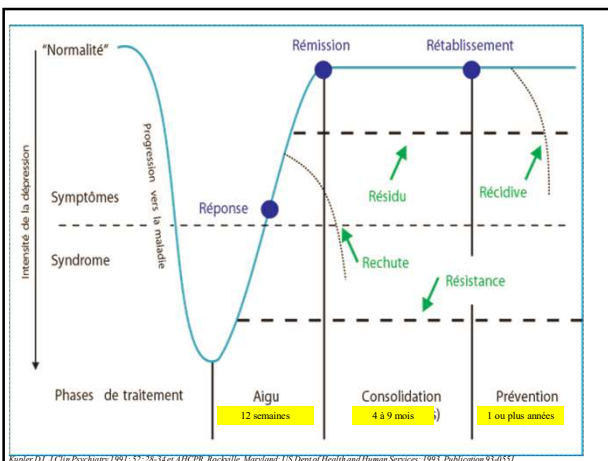
43

Prise en soins (3)

Trois phases:

- Phase aiguë: atteindre la rémission
- Phase d'entretien: éviter la rechute
- Phase de consolidation: prévenir la récurrence

44



Traitement d'attaque

- Traitements physiques
 - Antidépresseur (Ia)
 - Sismothérapie (Ia)
 - Stimulation magnétique transcrânienne (III)
- Psychoéducation (IIa)
- Traitements psychologiques
 - Soutien (III)
 - Thérapie comportementale (Ia)
 - Thérapie interpersonnelle (Ia)
 - Résolution de problème (IIb)
 - Thérapie familiale (III)
 - Psychothérapie dynamique (Ib)
 - Self-help (IIb)

45
Guidelines on depression in older people, RC Baldwin, WPA 2002

Choix pharmacologique

- Effectuer une évaluation clinique détaillée, y compris l'évaluation de la tendance suicidaire, de la bipolarité, de la comorbidité, des médicaments concomitants et des spécificateurs / dimensions des symptômes.
- Discuter des options de traitement pharmacologiques et non pharmacologiques fondées sur des preuves.
- Susciter la préférence du patient dans la décision d'utiliser un traitement pharmacologique.
- Évaluer les traitements antérieurs, y compris la dose, la durée, la réponse et les effets secondaires des antidépresseurs et des médicaments connexes.
- Lorsque cliniquement indiqué, se référer à des tests de laboratoire, y compris les lipides, les tests de la fonction hépatique et les électrocardiogrammes.
- Réévaluer la tolérance, l'innocuité et l'amélioration précoce des patients au plus tard deux semaines après le début du traitement. Un suivi supplémentaire peut être toutes les 2 à 4 semaines.
- Suivez les soins axés sur les mesures en utilisant des échelles d'évaluation validées pour surveiller les résultats et orienter les décisions cliniques.

Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016

47

Pour une bonne observance

- Agrément du patient sur les objectifs poursuivis
- Planning de réévaluation
- Définition claire des modalités de traitement
- Les acteurs impliqués.

Cognitive and psychiatric predictors of medical treatment adherence among older adults in primary care clinics. RS. Mackin. Int Geriatr Psychiatry 2007; 22:585-60.

Paramètres pré thérapeutiques

- Tension artérielle / ECG
- Natrémie
- Fonction rénale
- Albuminémie
- Un INR récent

Traitements AD d'attaque

- Tous les antidépresseurs sont d'efficacité équivalente chez la personne âgée:
 - 60 % avec le principe actif contre 30 % avec le placebo (Mittmann 1997)
 - 50 % de réponse en première intention (Gerson 1999)
- Il n'y a pas de différence de rapidité d'action, toutefois le sujet âgé récupère plus lentement que le sujet jeune (Ia-IIb)
- L'efficacité dans la dépression mineure récente (moins de 4 semaines) et pour les spt dépressifs isolés n'est pas prouvée (Ib)
- Probablement efficace dans la dysthymie (Ib).

50

Traitements AD d'attaque

- Critères prioritaires de choix du ttt antidépresseur
 - Profil pharmacologique chez le sujet âgé (comorbidités, autres traitements, etc.)
 - Réponse antérieure à un traitement antidépresseur
 - Tolérance et effets indésirables prévisibles
 - Compliance prévisible (troubles cognitifs, etc.)
 - Risque suicidaire et dangerosité potentielle d'une intoxication médicamenteuse

51

Traitement médicamenteux

AD	Mode d'action	Anticholin.	Antihistam.	α1 adrénergique bloqueur	Dose initiale (mg)	Dose moyenne (mg)
Miansérine/ Athymil 10, 30, 60	α ₁	0/+	+++	0/+	30	30-90
Sertraline / Zoloft 25, 50	S HT	0/+	0	0	25-50	50-100
Fluoxétine / Prozac 20	S HT	0/+	0	0	10	20
Paroxétine / Déproxt 20	S HT	0/+	0	0	10-20	20-30
Citalopram / Séropram 20, 40	S HT	0/+	0	0	10-20	20-30
Escitalopram / Seroplex 10, 15, 20	S HT	0/+	0	0	5-10	10-20
Modémine / Modanine 150	RIMA	0/+	0	0	300	300-450
Venlafaxine / Effexor 37.5 et 75 LP	NA+++ S HT +	0/+	0	0/+	25-75	75-200
Mirazapine / Norset 15	α ₁ S HT +	0	++	0	7.5-15	15-30
Duloxétine / Cymbalta 30, 60	NA+ S HT ++	0	0	0	30	30-60 52

Effets secondaires des AD chez le sujet âgé (>75ans)

- 2381 cas rapportés entre 1985 et 2001 : 1040 pour SSRIs (44%), 586 pour les tricycliques et apparentés (25%), 46 pour IMAO (2%) et 654 pour les autres classes (27%).
- Les effets secondaires les plus fréquents : pour SSRIs l'hyponatémie (30%), troubles « psy » (13%) et neurologiques (10%) . Pour les tricycliques troubles « psy » (confusion, agitation) (21%), symptômes cardiovasculaires (15%).

Les conséquences des effets secondaires comme l'hyponatémie sont loin d'être négligeables chez le sujet âgé.

Dauré-Rezeau M., et al. Thérapie 2005 Pharmacovigilance

53

Effets indésirables

Anticholinergique	Antihistaminique	Alpha 1 Adrénergique
Bouche sèche Trouble de la vision Constipation Rétention urinaire Cardiotoxicité Confusion	Somnolence Prise de poids	HTO

54

Sd Sérotoninergique

Bonnet F, Brechotou S, Bouin V, Bret P, Bret MA. Le point sur les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine. Le Pharmacien Hospitalier 1997; 129 (32): 26-39.

	FLUOXÉTINE	FLUVOXAMINE	PAROXÉTINE	CITALOPRAM	SERTRALINE
Nausée-Vomissement	++	++	++	++	++
Diarrhée	++				++
Céphalée	++	+	++	++	++
Sécheresse buccale	++	+	+	++	++
Constipation		+	+	++	
Somnolence	++	+	++	++	+
Insomnie	++		+	++	+
Cauchemars					
Nervosité	++			+	
Anxiété	++				
Tremblement	++		+	++	+
Transpiration	++		++	++	
Arthralgie		+	+		+
Troubles sexuels			+		++
Prise de poids			++		
Amalgissement	+				+
Vertige		+		++	
Troubles de l'accommodation				+	SS

ISRS

- **Hyponatremia** Associated with Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors in Older Adults. Susan Jacob, *The Annals of Pharmacotherapy*: Vol. 40, No. 9, pp. 1618-1622. (0.5% à 32% ! Femme âgée, diurétique, faible poids, natrémie mimité inférieure. Dans les 15 premiers jours. Résolution en deux semaines. SIADH)
- Effect of selective Serotonin Reuptake Inhibitors on the risk of Fracture. J. Brent Richards (CaMOs) *Arch Intern Med.* 2007;167:188-194 (la dépression augmente le risque de chutes)
- Use of Selective serotonin reuptake inhibitor of upper gastrointestinal tract bleeding a population-based cohort study. S. Oksberg. *Arch Intern Med.* 2003; 163:59-64. (avec AINS).
- Selective serotonin reuptake inhibitor use associates with apathy among depressed elderly: a case-control study. Wongpakaran N. *Ann Gen Psychiatry.* 2007 Feb 21;6:7.

56

«Start low, go slow»

Dément
Dénutri
Frailty

ETRE EFFICACE

Rapidement à bonne dose
Le temps qu'il faut
Surveiller +++

57

Pilotage du traitement médicamenteux

Pas de changement clinique prévisible avant deux semaines minimum

Réparation du sommeil et de l'appétit en premier

Attendre minimum six semaines avant de changer de molécule

58

Durée de traitement

EDM, premier épisode, six mois depuis la rémission voire 12 mois par consensus chez le sujet âgé

Non EDM, il n'y a pas beaucoup de preuves

Dépression récurrente fonction des facteurs de risque (sévérité initiale, une importante anxiété au début, plus de 2 ans d'évolution, au moins trois épisodes antérieurs, dysthymie connue, symptômes psychotiques, leucoaraoïse, troubles cognitifs, un stress chronique lié à l'environnement ou une maladie, victime d'un crime)

Un traitement à vie ???

59

Non réponse au traitement d'attaque

Si la réponse est faible (- de 25 %) ou totalement nulle après 6 semaines de traitement: Augmenter la dose ou si la dose est optimale changer pour une autre classe thérapeutique

Si la réponse est partielle (25 à 50%)
Augmenter la dose (si < dose optimale)
Continuer encore 4 à 6 semaines

A tout moment l'ECT est une option possible

60

ISRS



- « **Citalopram** : dose maximale désormais fixée à 40 mg par jour chez les adultes de moins de 65 ans. Dose maximale abaissée à 20 mg par jour chez les sujets âgés de plus de 65 ans et/ou présentant une insuffisance hépatique.
- **Escitalopram** : dose maximale inchangée de 20 mg par jour chez les adultes de moins de 65 ans. Dose maximale abaissée à 10 mg par jour chez les sujets âgés de plus de 65 ans.
- Contre-indication du citalopram et de l'escitalopram chez les patients présentant un allongement acquis ou congénital de l'intervalle QT.
- Contre-indication de la co-administration du citalopram et de l'escitalopram avec d'autres médicaments connus pour induire des allongements de l'intervalle QT.
- Prudence recommandée chez les patients à haut risque de développer des torsades de pointe (par exemple ceux présentant une insuffisance cardiaque congestive, un infarctus du myocarde récent, une bradycardie ou une prédisposition à une hypokaliémie ou une hypomagnésémie due à une pathologie ou à des traitements concomitants). »

Afssaps et Agence européenne des médicaments, novembre 2011

61

Pronostic

1/3 de rémission complète – 1/3 de rémission partielle et 1/3 de non répondeurs

The QIDS-SR(16) remission rates were 36.8%, 30.6%, 13.7%, and 13.0% for the first, second, third, and fourth acute treatment steps, respectively. The overall cumulative remission rate was 67%. Overall, those who required more treatment steps had higher relapse rates during the naturalistic follow-up phase.

La résistance peut être liée à:

- mauvais diagnostic – la compliance au traitement – une posologie trop faible – une comorbidité psy (bipolarité, addiction, troubles anxieux) - un facteur de résistance iatrogénique - somatique (la douleur)...

Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Rush AJ, Am J Psychiatry. 2006 Nov;163(11):1906-17.

62

Indications ECT

Idée suicidaire active

Urgence vitale (refus alimentaire)

Dépression avec symptômes psychotiques

Réponse insuffisance de deux lignes de médicaments

Intolérance médicamenteuse

Bonne réponse déjà observée

63

Kho. 2003. Méta-analyse.

Contre indication ECT

Hypertension intra crânienne

Lésion expansive IC / hémorragie IC

IDM récent

Anévrisme

Décollement rétine

Inefficacité précédente

Attention à l'état dentaire.

64

Arrêter un AD

Un arrêt progressif sur quatre semaines (discontinuation syndrome: rebond d'anxiété, insomnie, paresthésie...)

Prudence avec la moclobémide (relais a demi dose avec les IRS).

Suivre le patient notamment sur le plan cognitif

65

Antidépresseur et benzodiazépine

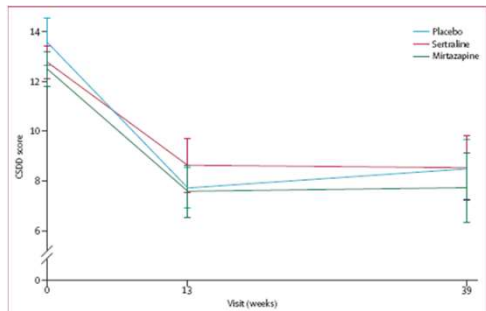
« Une prescription concomitante de BZD (ou apparentés) ne doit pas être systématique du fait des effets indésirables des BZD (dépendance et, dans de rares cas, réaction paradoxale) (Grade A). Elle peut être justifiée en début de traitement lorsqu'existent une insomnie et/ou une anxiété invalidantes. Pour éviter les risques de dépendance, il est recommandé d'utiliser la dose minimale efficace et d'interrompre le traitement dès que l'anxiété et/ou l'insomnie se sont amendées du fait de l'effet de l'antidépresseur ».

AFSAPS « Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte » Octobre 2006.

66

Dépression Démence et ISRS

Sube Banerjee. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, Vol 378 (9789) 403 - 411, 30 July 2011

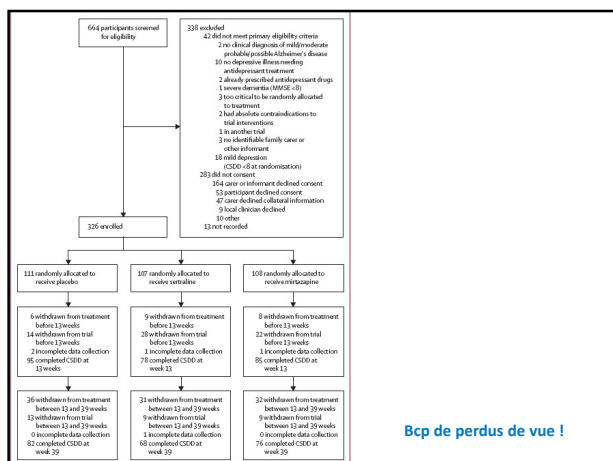


67

Dépression Démence et ISRS

« Decreases in depression scores at 13 weeks did not differ between 111 controls and 107 participants allocated to receive sertraline (mean difference 1.17, 95% CI -0.23 to 2.58; $p=0.10$) or mirtazapine (0.01, -1.37 to 1.38; $p=0.99$), or between participants in the mirtazapine and sertraline groups (1.16, -0.25 to 2.57; $p=0.11$); these findings persisted to 39 weeks. Fewer controls had adverse reactions (29 of 111 [26%]) than did participants in the sertraline group (46 of 107, 43%; $p=0.010$) or mirtazapine group (44 of 108, 41%; $p=0.031$), and fewer serious adverse events rated as severe ($p=0.003$). Five patients in every group died by week 39 »

68



Prise en soins non pharmacologique

- Elle est **systématique**, dès le dg de dépression établi
- Elle est élaborée dans le cadre d'une **alliance thérapeutique**, avec la personne et ses proches
- Elle propose **divers types d'interventions**
 - Mise en place d'un support psycho-social
 - Soutien psychologique et comportements adaptés au quotidien
 - Psychothérapies

70

Prise en Soins psycho-sociale

- **Mise en place d'un support psycho-social après évaluation globale de la situation de la personne**
 - Évaluation de l'état de santé, de l'autonomie, de la situation financière et sociale, du soutien possible de la part de l'entourage, de la nécessité éventuelle d'une mesure de protection juridique, etc.
 - Il s'agit de cibler les facteurs de risque de dépression, de rechute et de récurrence sur lesquels il est possible d'intervenir
- **Réhabilitation psycho-sociale pour favoriser la restauration d'une estime de soi**
 - Stimulation de la mémoire
 - Réapprentissage de certains savoir-faire
 - Exercice physique et/ou approche rééducative

71

Prise en Soins psycho-sociale

- **Le soutien psychologique est précoce et systématique**
- **Il constitue la base de l'alliance thérapeutique**
 - La personne est **informée** sur la maladie dépressive, le traitement, le suivi
 - La personne est **motivée** à la prise régulière du traitement
 - La famille, l'entourage sont **associés** à la prise en charge avec l'accord du patient
- **L'ensemble de l'équipe est impliquée au quotidien**
 - Le soutien psychologique est à la portée de tous les soignants
 - Les professionnels sont sensibilisés aux **comportements adaptés** en cas de dépression

72

Psychothérapies

- L'âge n'est pas une contre-indication aux psychothérapies !
- Leur mise en œuvre nécessite un **thérapeute formé** à ces techniques et à la prise en soins des personnes âgées

Une écoute bienveillante est à la portée de tous les soignants. Mais pour que cette écoute acquiert un caractère plus spécifiquement thérapeutique, il est important que le professionnel soit formé

73

Psychothérapies

Divers types de psychothérapies peuvent être proposées

- La **thérapie de soutien**
 - Pas de remise en cause du fonctionnement psychique de la personne mais offre d'un soutien, d'une écoute
- Les **thérapies cognitivo-comportementales (TCC)**
 - Basées sur la compréhension des relations entre les situations décrites par le patient, les émotions, les cognitions et les comportements qui en découlent
- Les **techniques de psychothérapie centrées sur le corps**
 - Réinvestissement du corps comme objet de plaisir, de relation
- Les **psychothérapies d'inspiration analytique**
- Les **thérapies familiales**

74

Sans oublier

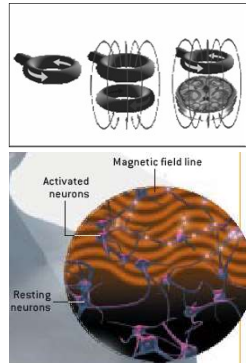
- Traitement de la douleur physique (augmente le risque suicidaire)
- Programme nutritionnel (la dénutrition multiplie par 4 le risque de dépression – 1/5 qui perd du poids en EHPAD est dépressif)
- Programme d'activité physique (X 3 le risque de limitation fonctionnelle et augmente la chronicité des troubles psy)
- Programme d'éducation thérapeutique sur le médicament (parmi les nouveaux utilisateurs (n = 28 585), 50% ont arrêté dans les 6 mois, et 61% dans les 12 mois).

The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analysis Raffaella Calati
Screening for malnutrition in nursing home residents: Comparison of different risk markers and their association to functional impairment. Journal
of Nutrition Health and Aging (JNHA), 2013, 17, 357-363. Stangor L.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Mar; 263(2): 153-8. De Silva SA
Eur J Clin Pharmacol. 2012 Jan; 68(1): 65-71. New users of antidepressant medications: first episode duration and predictors of discontinuation.
Lu CY, Roughhead E

75

TMS: Principe

- courant électrique alternatif
- Induction d'un champ magnétique
- champ magnétique changeant
- va franchir les tissus
- créer un courant électrique local
- action directe sur les neurones
- Effets variables selon le
 - type de stimulation
 - type de neurones



TMS et Dépression résistante

Sujets âgés:

- Faible effet (diminution de 20 % des scores HAMD)
- Bonne tolérance
- Augmenter l'intensité ou le nombre total de stimulation?

Suivi

- Une **évaluation** au minimum hebdomadaire de l'efficacité de la prise en charge est prévue au début
- Des **réévaluations** de suivi sont planifiées
- Le patient et l'entourage ont été **informés** des modalités de suivi et ont été **motivés** pour ce suivi

78



Conclusion

« Le problème diagnostique de la Dep PA, c'est le médecin »

Toujours y penser et savoir qu'ils oublient

Choisir de bons outils pour le pilotage du suivi

Un schéma thérapeutique « simple »

En cas de doute: avis spécialisé, travailler en réseau

Référentiels

- Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations. 2002. ANAES
- La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 2000. ANAES
- Guidelines on Depression in older people RC. Baldwin 2006
- The stepped-care model by NICE (Guideline 2009)
- MobiQual SFFG 2013
- Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016

80
