



**UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE**

**FACULTÉ DE MÉDECINE**



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève

# Dépression chez la personne âgée : prise en charge par le médecin de premier recours

Pr Philippe Huber

Service de gériatrie

Hôpitaux universitaires de Genève

Colloque de médecine de premier recours

Médecine du patient âgé

HUG 19 septembre 2018

# Au menu

---

5 mythes et idées fausses

Dépression mineure versus majeur

Indications à un antidépresseur

Choix et modalités d'administration

Place des antipsychotiques et des psychostimulants ?

Conclusions

# Madame D. M.

Une femme de 83 ans vous consulte à la demande de son infirmière à domicile.

Elle vit seule depuis une année suite au décès de son mari. Elle a un fils unique qui vit à Zurich.

Elle est suivie pour un diabète de type II, une HTA, une FA et une hypothyroïdie. Elle a subi un AVC ischémique régressif sylvien G cardio-embolique il y a 6 mois dont elle a bien récupéré.

Traitement: IEC, rivaroxaban, metformine et lévothyroxine.

Depuis un mois, elle ne veut plus sortir faire ses courses avec l'aide ménagère et s'irrite lorsque cette dernière insiste. Elle boude les repas livrés à domicile qui sont « trop chers pour ce que c'est ».

Elle se sent lasse et se demande à quoi servent tous ces médicaments et ces contrôles de santé pour une vieille dame comme elle! Elle trouve qu'il n'y a plus grand-chose d'intéressant dans sa vie et que ce serait mieux pour elle de rejoindre son mari.

Elle pense souvent à son attaque cérébrale avec anxiété et se demande ce qui va encore lui arriver... Elle aimerait bien un somnifère pour faire partir toutes ces idées. Son manque d'appétit et la perte de 3 kilos en 2 mois l'inquiète aussi.

Elle ne se sent pas triste. Son fils unique a déménagé à Zurich pour son travail il y a 3 mois, mais il lui téléphone toutes les semaines. Elle a une amie de son âge qui est bien malade mais elles se téléphonent régulièrement.

**L'anamnèse par système et l'examen physique sont non contributifs**

# Madame D. M.

Une femme de 83 ans vous consulte à la demande de son infirmière à domicile.

Elle **vit seule** depuis une année suite au **décès de son mari**. Elle a un fils unique qui vit à Zurich.

Elle est suivie pour un **diabète de type II**, une HTA, une FA et une **hypothyroïdie**. Elle a subi un **AVC ischémique régressif sylvien G** cardio-embolique il y a 6 mois dont elle a bien récupéré.

Traitement : EC, rivaroxaban, metformine et **lévothyroxine**.

Depuis un mois, elle **ne veut plus sortir** faire ses courses avec l'aide ménagère et **s'irrite** lorsque cette dernière insiste. Elle **boude les repas** livrés à domicile qui sont « trop chers pour ce que c'est ».

Elle se sent lasse et se demande à quoi servent tous ces médicaments et ces contrôles de santé pour une vieille dame comme elle! Elle trouve qu'il n'y a **plus grand-chose d'intéressant dans sa vie et que ce serait mieux pour elle de rejoindre son mari**.

Elle pense souvent à son attaque cérébrale avec **anxiété** et se demande ce qui va encore lui arriver... Elle aimerait bien un somnifère pour faire partir toutes ces idées. Son **manque d'appétit et la perte de 3 kilos en 2 mois** l'inquiète aussi.

**Elle ne se sent pas triste**. Son fils unique a déménagé à Zurich pour son travail il y a 3 mois, mais il lui téléphone toutes les semaines. Elle a une amie de son âge qui est bien malade mais elles se téléphonent régulièrement.

**L'anamnèse pas système et l'examen physique sont non contributifs.**

# Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions

*Emily A.P. Haigh, Ph.D., Olivia E. Bogucki, M.A., Sandra T. Sigmon, Ph.D.,  
Dan G. Blazer, M.D., Ph.D.*

*Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107–122*



# Les symptômes dépressifs de la personne âgée sont-ils différents?

---

## Box. Diagnostic Criteria for Major Depressive Episode According to *DSM-5* Criteria<sup>a</sup>

Five (or more) of the following symptoms should be present nearly every day during the same 2-week period:

Depressed mood

Markedly diminished interest or pleasure in (almost) all activities

Significant weight loss or decrease or increase in appetite

Insomnia or hypersomnia

Psychomotor agitation or retardation

Fatigue or loss of energy

Feelings of worthlessness or excessive or inappropriate guilt

Diminished ability to think or concentrate or indecisiveness

Recurrent thoughts of death, suicidal ideation, or a suicide attempt or a specific plan for committing suicide.

<sup>a</sup> The symptoms represent a change from previous functioning and cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. At least one of the symptoms is either (1) depressed mood or (2) loss of interest or pleasure. This list is adapted from the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition) (*DSM-5*).<sup>3</sup>

# Les symptômes dépressifs de la personne âgée sont-ils différents?

---

**Pas de différences suffisantes pour justifier des critères  
diagnostiques différents, mais...**

Tristesse moins souvent verbalisée

Anhédonie, aboulie

Anxiété souvent présente

Irritabilité et opposition avec tendance au repli

Plus de plaintes somatiques / préoccupations hypochondriaques,  
mais aussi plus de comorbidités...

*Haigh, Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107–122*

*Kok, JAMA. 2017;317(20):2114-2122. doi:10.1001/jama.2017.5706*

*Blazer, J of Gerontol 2003; 58A:249*

# La dépression est-elle plus fréquente?

---

## Non et oui

↘ Prévalence de la dépression majeure (EDM)

*0.3-10.2% vs 7.7-9.4% adultes d'âge moyen*

↗ Prévalence des troubles dysthymiques et surtout des dépressions mineures

*10-50% vs 14-16% adultes d'âge moyen*

*Même impact somatique, social et fonctionnel que EDM !!!*

↗ Prévalence

Chez les > 80 ans, en milieu hospitalier / soins continus / EMS

Moins de demande d'aide

Plus rarement diagnostiquées et traitées

Observance thérapeutique moindre

Forte proportion de suicides réussis (25%)

*Meeks J Affect Disord 2011;129:126*

*Kok, JAMA. 2017;317(20):2114-2122. doi:10.1001/jama.2017.5706*

*Haigh, Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107-122*

# La dépression est-elle plus souvent causée par des facteurs psychologiques ?

---

## Plutôt non

Comme pour les adultes plus jeunes, une dépression peut venir de l'interaction entre des événements de vie stressants et une vulnérabilité psychologique.

Evidences que l'âge avancé pourrait être associé à des facteurs psychologiques protecteurs:

*Shift de pensée vers des contenus plus positifs qui peut épargner ou renforcer la régulation des émotions.*

Hypothèses vasculaires, inflammatoires et dégénératives

*Licht-Strunk E, Family Practice 2007; 24: 168–180  
Haigh, Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107–122  
Manning, JAGS 66:S17–S23, 2018*

# La dépression est-elle plus chronique?

---

## Plutôt oui

76% des patients jeunes ou d'âge moyen ont une rémission à un an

20-50% des patients âgés développent une course chronique

1/3 ont une rémission

1/3 ont au moins une récurrence

1/3 ont des symptômes chroniques

Associé à:

Âge

Comorbidités somatiques

Sévérité de l'atteinte fonctionnelle

Sévérité de la dépression

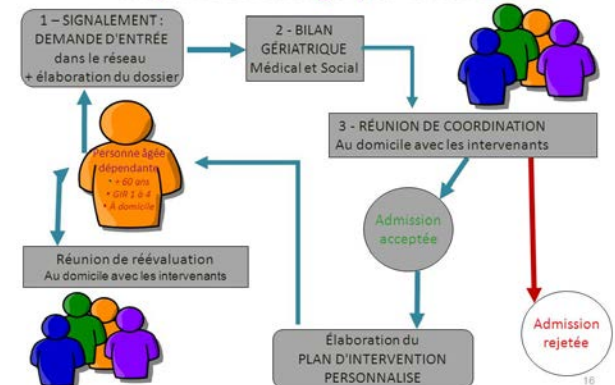
*Licht-Strunk E, Family Practice 2007; 24: 168–180*

*Haigh, Am J Geriatr Psychiatry 2018; 26:107–122*

# La dépression est-elle plus difficile à traiter ?



## La prise en charge par le réseau



# Traitement de la dépression mineure

---

## **Interventions psychosociales**

*Explications et suivi*

*Relation d'aide*

*Activités dans la communauté*

*Recherche d'activités satisfaisantes*

## **Activités physiques**

## **Thérapie cognitivo-comportementale**

## **Antidépresseurs si persistance des symptômes**

*Kroenke Ann Intern Med 2006;144:528*

*Blake Clin Rehabil 2009;23:873*

*Van't Veer-Tazelaar Arch Gen Psychiatry 2009;66:297*

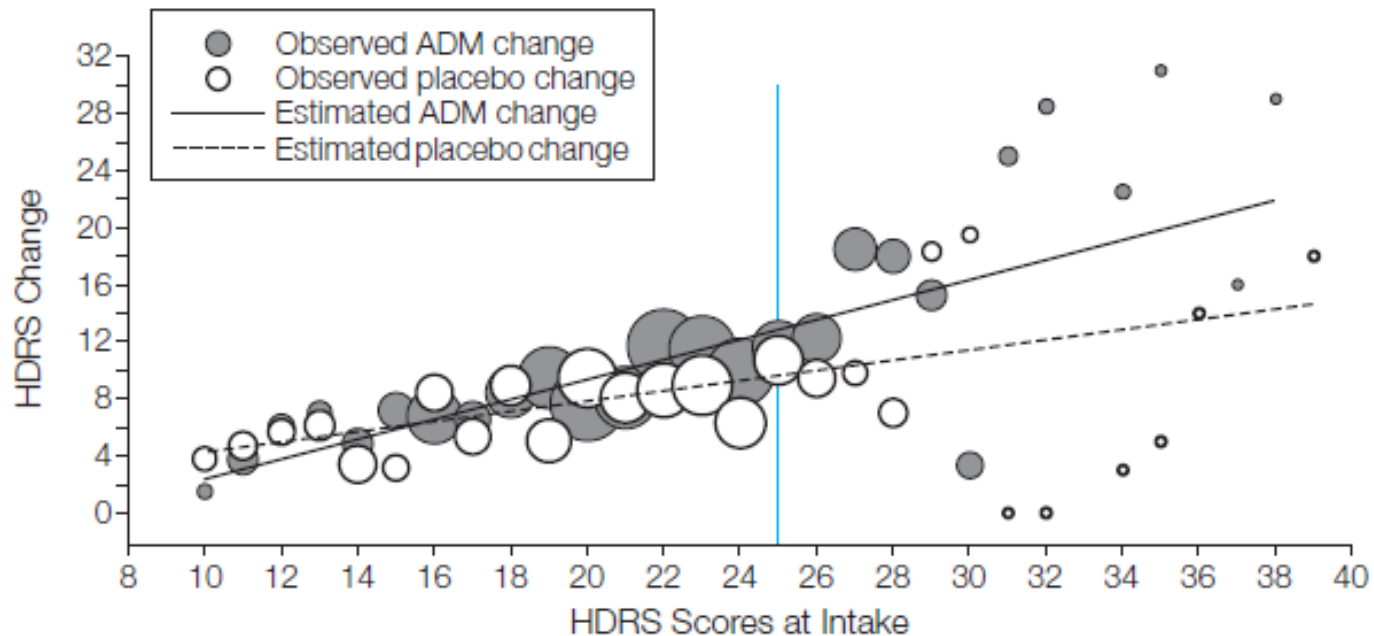
*Rodda BMJ 2011;343:d5219 doi: 10.1136/bmj.d5219*

*Schuch Revista Brasileira de Psiquiatria. 2016;38:247-254*

*Rhyner, J Aging Phys Act. 2016;24:234-46*

# Réponse au traitement en fonction de la sévérité de la dépression

**Figure 2.** Observed and Estimated Change in HDRS Scores Following Treatment With ADM and Placebo



# Les antidépresseurs sont efficaces chez qui ?

---

Antidépresseurs efficaces pour les épisodes dépressifs majeurs  
chez les patients de plus de 55 ans

*Tedeschini J Clin Psychiatry 2011;72:1660*

Peut-être moins efficaces chez les > 65 ans

*Tedeschini J Clin Psychiatry 2011;72:1660*

*Locher JAD 2015;281:50*

Efficace mais après plus de 10 semaines de traitement

*Nelson Am J Geriatr Psychiatry 2008;16:558*

# Les antidépresseurs sont efficaces chez qui ?

---

Efficace dans le contexte de maladies somatiques chroniques

*Taylor Br J Psychiatry 2011;198:179*

Efficace dans le contexte d'infarctus du myocarde et d'AVC

*Robinson Can J Psychiatry 2010;55:341*

*Green Ann Fam Med 2009;7:71*

Peu d'évidence solide dans le contexte d'une démence

*Banerjee Lancet 2011;386:403*

[Bains Cochrane Database Syst Rev. 2002 Oct 21;\(4\):CD003944.](#)

*Nelson J Am Geriatr Soc 59:577–585, 2011.*

Maladie d'Alzheimer: Tendence non significative en faveur du traitement

*Orgetta, J of Alzheimer's disease 2017; DOI 10.3233/JAD-161247*

Parkinson: souvent prescrit, mais peu d'évidence dans la littérature

*Pena Neurologia online 106 March 2016*

*Weintraub Movement Disorders 2005;20:1161*

# Réponse à une monothérapie

---

Environ 50 % de réponse et 30% de rémission

Délai de réponse plus long que chez l'adulte

*4-12 semaines*

Plus de rechutes

↗ de la non-observance chez la personne âgée

Importance de la pharmacocinétique et des interactions médicamenteuses dans le choix de la molécule

# Autres traitements associées à l'antidépresseur

---

## Psychothérapies

- Soutien
- Cognitivo-comportementale
- Familiale ou couple

## Prise en charge psychiatrique ambulatoire

## Activités physiques

## Stratégies psychosociales

- Aides à domicile
- Foyers de jour
- Soutien à l'aidant, ....

# Modalités de prescription d'un antidépresseur chez le sujet âgé

---

- Débuter par petites doses (  $\frac{1}{2}$  dose adulte, voir  $\frac{1}{3}$  dose chez  $> 75$  ans)
- « Start low, go slow », augmenter lentement par paliers
- Monitoring sanguin : adapter & prescrire une dose adéquate
- Réponse à 6 semaines:
  - partielle -> *augmentation de la dose ou donner 2 semaines de plus*
  - Pas d'amélioration -> *stop en 1-2 sem. +/- introduction d'une autre molécule*
- Durée du traitement: selon antécédents, à réévaluer dans le temps:
  - \* 1<sup>er</sup> épisode: 6 mois à un an à partir de la rémission
  - \* si  $> 2$  rechutes: à vie

# Choix du traitement: consensus d'experts

---

## Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

escitalopram, citalopram, sertraline

*≠ fluoxétine: longue demi-vie, interactions*

*≠ paroxétine: anticholinergique, interactions*

## SNRIs

duloxétine, venlafaxine, mirtazapine

miansérine

# ISRS

---

	<b>Dose initiale</b>	<b>PA « N »</b>	<b>PA « fragile »</b>	
<b>citalopram</b>	5-10 mg	20	10-20	Substrat 2C19, 3A4/5, Pgp Inhibiteur faible 2D6 Cave QT long > 20 mg
<b>escitalopram</b>	5 mg	10	5-10	Substrat 2C19, 3A4/5, Pgp Inhibiteur faible 2D6 Cave QT long
<b>sertraline</b>	25-50 mg	50-150	25-50	Substrat 2B6, inhibiteur fort Pgp diarrhées
<b><i>≠paroxetine≠</i></b>	<i>10 mg</i>	<i>10-30</i>	<i>10-20</i>	<i>Substrat 2D6 inhibiteur fort 2D6, Pgp SEP, anticholinergique, dysfonction sexuelle</i>

*Desai Clin Geriatr Med 2003;19:697  
Blazer, J of Gerontol 2003; 58A:249  
J Clin Psychiatry. 2011 January ; 72(1):*

# SNRIs

---

	<b>Dose initiale</b>	<b>PA « N »</b>	<b>PA « fragile »</b>	
<b>venlafaxine</b>	37.5-75 mg	75-300	37.5-150	Substrat 2D6(!),Pgp Faible inhibiteur 2D6 Utile chez p. douloureux <i>HTA diastolique, agitation nausées</i>
<b>duloxetine</b>	30 mg	30-60	30	Substrat 1A2, 2D6 Inhibiteur fort Pgp
<b>mirtazapine</b>	7.5-15 mg	15-30	7.5-15	Substrat 2D6,3A4/5 Utile si insomnie, agitation, anorexie, parkinsonisme, <i>Cave constipation, sédation</i>

*Desai Clin Geriatr Med 2003;19:697*

*Blazer, J of Gerontol 2003; 58A:249*

*J Clin Psychiatry. 2011 January ; 72(1):*

# Antidépresseurs « atypiques »

---

	<b>Dose initiale</b>	<b>PA « N »</b>	<b>PA « fragile »</b>	
<b>miansérine</b>	15 mg	30-60	15-30	Sédatif HTO Anticholinergique QT long
<b>trazodone</b>	50 mg	150-200	50-150	Sédatif HTO

*Desai Clin Geriatr Med 2003;19:697  
Blazer, J of Gerontol 2003; 58A:249  
J Clin Psychiatry. 2011 January ; 72(1)  
Cipriani Lancet 2018;391:1357*

# A éviter

---

## **Tricycliques : clomipramine, imipramine**

Effets secondaires +++

Anticholinergiques ( risque de chute, confusion, troubles cognitifs...)

Toxicité cardio-vasculaire: troubles de la conduction, arythmie, augmentation QT, ...

## **Quétiapine**

noadrénergique et dopaminergique, peu anti-D2

En clinique bien supportée à faibles doses mais pas à fortes doses...

Sédation

Syndrome métabolique et extrapyramidal

Allongement de l'intervalle QT

Hypotension

Risque de chute

# Effets indésirables principaux chez la personne âgée

---

## SIADH: hyponatrémie

*association avec sexe féminin, cachexie, insuffisance rénale, diurétiques et insuffisance cardiaque*

## Risques de saignement

Surtout si associé à tt anticoagulant ou anti-aggrégant

**ISRS:** 3.1 /1000 années de traitement, 4.1 chez les octogénaires et 11.7 si AP de saignement digestif

## Chutes

SSRI: augmentation du risque (?)

## Événements cardiovasculaires

Allongement intervalle QT: *Tricycliques, (es)citalopram, miansérine*

HTA: *venlafaxine*

*Expert Opin Drug Metab Toxicol 2015;11:883-892*

*Dalton CNS Drugs 2006;20:143*

*Marcum Ann Pharmacother 2016;525:33*

# SSRI, SNRI et syndrome sérotoninergique

---

Apparition brutale

Hyperthermie, sudation, diarrhée

Myoclonies, hyperéflexie

Agitation, confusion

Rigidité musculaire

Tremblements

HTA paroxystique

**Cave** : meperidine, tricycliques, sumatriptan, tramadol, linezolid, IMAO

# Autres traitements psychotropes à associer éventuellement

---

## Si présence de symptômes psychotiques

**NLP atypique** : rispéridone: 0,5 à 1,5 mg/j

## Si anxiété associée

**Benzodiazépine à demi vie courte** : lorazépam, alprazolam

# Dépression réfractaire?

---

Pas beaucoup de littérature robuste

- Lithium + tricycliques....
- Antipsychotiques: aripiprazole
- Psychostimulants: méthylphénidate

Associations feraient gagner 20 % de répondeurs, mais beaucoup d'effets secondaires

- ECT

# Venlafaxine + aripiprazole

Etat dépressif majeur réfractaire

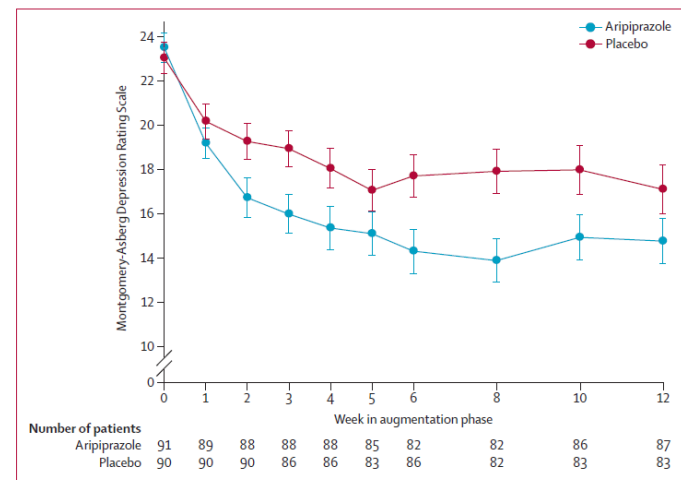
Non-réponse après 12 semaines à dose de 150-300mg de venlafaxine  
(181/468 = 39%)

Aripiprazole 2-15mg/j pendant 12 semaines vs placebo

44% réponse vs 29%, OR=2 [95% CI 1.1 – 3.7], p=0.03,  
NNT 6.6 [95% CI 3.5–81.8].

Akathisie 26% vs 12%

Parkinsonisme 17% vs 2%



Lenze Lancet 2015;386:2404

# Risque de chutes et fractures chez les patients de > 65 ans sous antipsychotiques atypiques

---

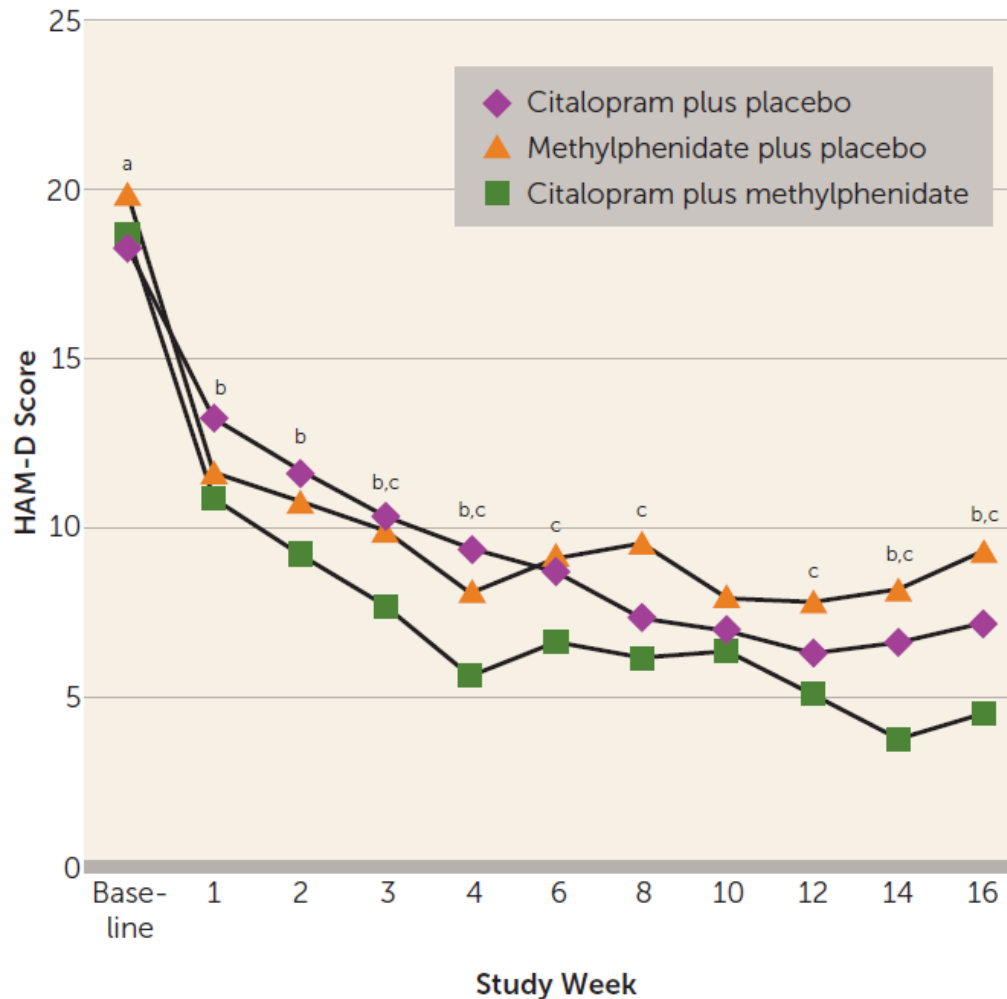
Etude cas-contrôle canadienne, 100 000 patients, suivis 90 jours après la prescription en ambulatoire d'un antipsychotique atypique (quétiapine, rispéridone, olanzapine, doses non précisées)

Appariés à des contrôles, groupes semblables en termes de comorbidités, 54% démences, 8% de troubles psychotiques

Augmentation de 30% du risque de chute (4.4% vs 2.9%)

Augmentation de 70% du risque de fracture de hanche (1.5% vs 0.9%) et 50% de fracture ostéoporotique non vertébrale (2.5%-1.7%).

# Antidépresseurs + psychostimulants



**Doses moyennes:** Citalopram 32 mg (20-60mg) Méthylphénidate 16 mg (4-40 mg)  
**Rémission.** citalopram 42% + méthylphénidate 62%

*Lavretsky Am J Psychiatry 2015; 172:561*

# Conclusion

---

Une prise en charge psychosociale est indiquée dans tous les cas de dépression du sujet âgé.

Une activité physique a un effet favorable.

Un traitement antidépresseur est indiqué pour les états dépressifs majeurs en association avec une prise en charge psychosociale et/ou psychothérapeutique

Première ligne: ISRS

Start slow, Go slow, mais dose appropriée

Se laisser le temps, ce qui n'est pas aisé

Suivre l'effet et les concentrations plasmatiques

Attention à la polymédication

Tenir compte des traitements antérieurs

Etre très prudent avec les antipsychotiques

**Merci pour votre attention !**



# Dépression: Une maladie qui évolue

---

441 patients dans la communauté, suivi d'un an

27% EDM

46% ED mineur

27% N

	EDM	Mineur	N
EDM	30%	52%	18%
Mineur	10%	56%	34%
N	1%	25%	74%

## Facteurs de mauvais pronostic

*Comorbidités somatiques*

*Mauvaise opinion de sa propre santé*

*Isolement social*

# Choix de l'antidépresseur

