



Congrès médical

Quadrimed

Crans-Montana, 30.1. – 1.2.2025

**Dépression du sujet âgé:
diagnostic et prise en charge**

**Pr Dr Armin von Gunten
SUPAA - DP**

Prévalence de la dépression de l'âge

AVG



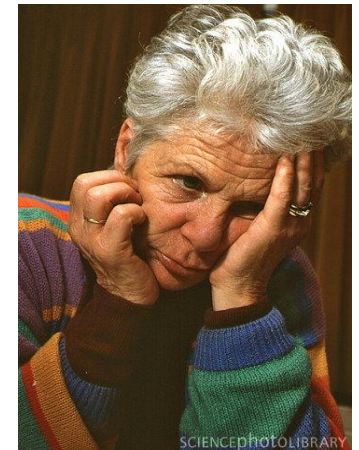
**1 % de la population mondiale
est à la fois âgée et déprimée
~ 80 millions de personnes**

Prévalence de la dépression majeure < 10%

Prévalence de la dépression mineure > 10%

**Prévalence double dans la population consultant
chez un médecin généraliste (15 à 30%)**

**Prévalence des patients hospitalisés /
institutionnalisés (30 à 45%)**



Copeland. AGECAT studies ; Niklewski and Baldwin. In Förstl. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und – psychotherapie. Thieme 2003 ; Clerc et al. Vademecum de psychiatrie gériatrique. Méd & Hyg, Chêne-Bourg, 2020

Mental health gap



Swiss mhGAP



AVG

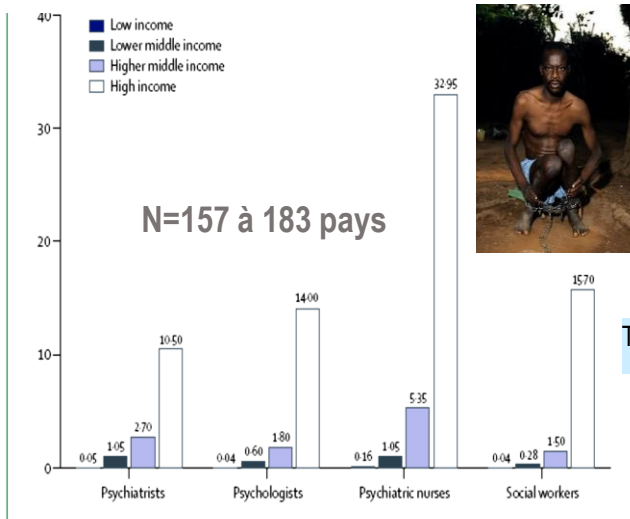


Figure 2: Human resources for mental health in each income group of countries per 100 000 population

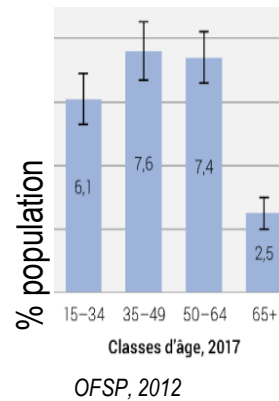


Institution	Prévalence altérspsychiatrique Erkrankung		
	Démence	Delirium	Depression
Gemeinde	5-6%	0.5-1%	3-12%
Altersheim	50-70%	1-2%	15-42%
Akutschpital	5-15%	11-42%	25-40%

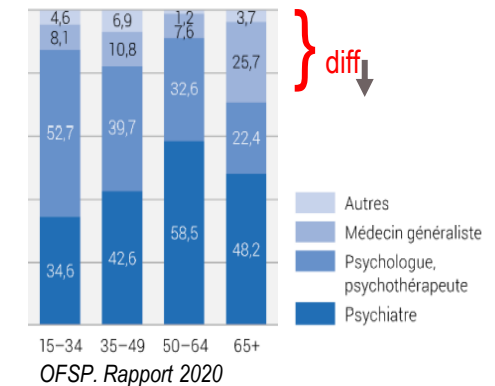
Mosimann. Altérspsychiatrie: Geschichte, Entwicklung bis heute. Bericht Bern 2011

SmhGAP

Treatment of psychiatric disorders, 2017

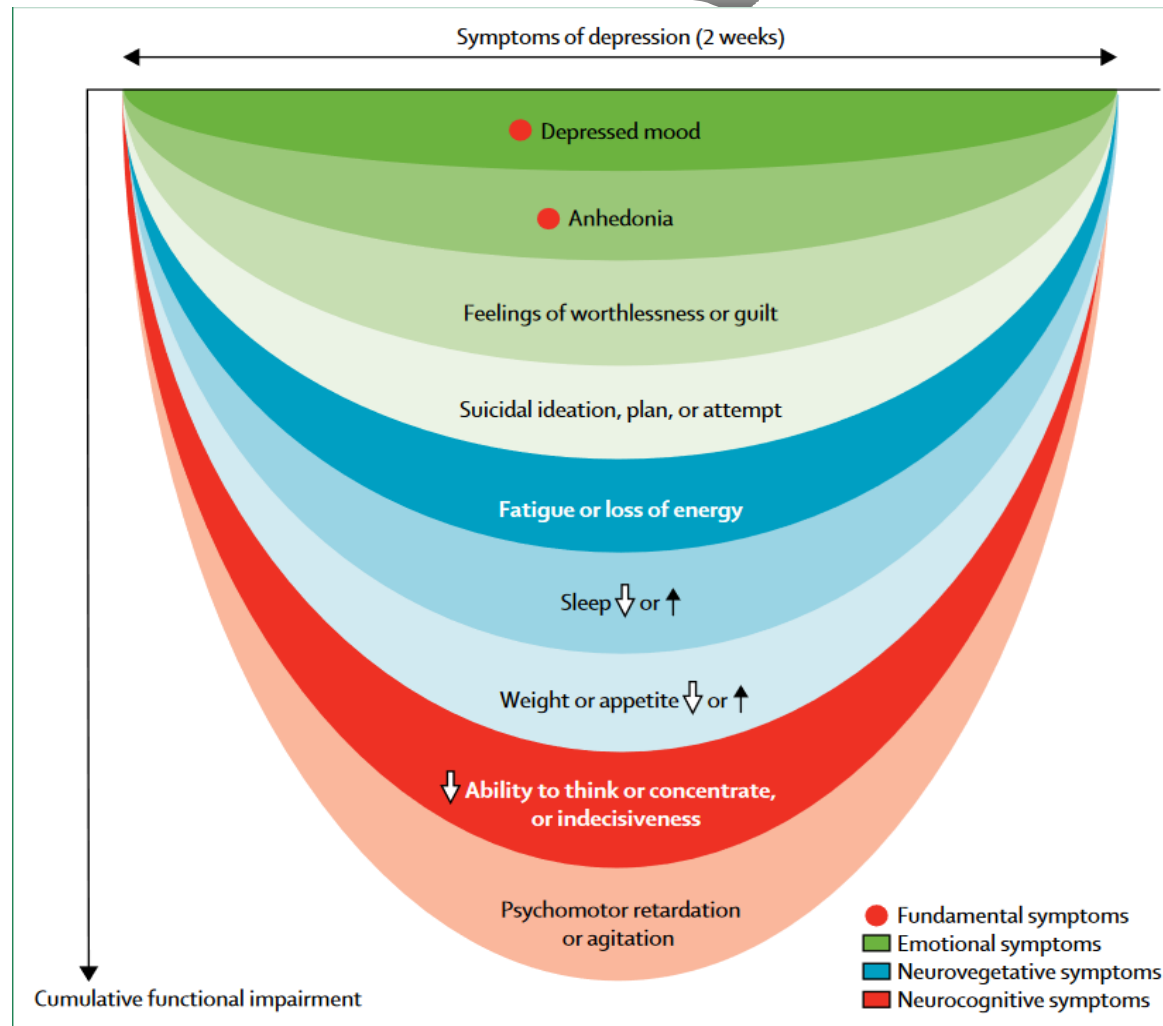


Proportion of persons treated for mental health issues (last 12 m)



Clinique de la dépression

AvG



Effet pathoplastique de l'âge sur la dépression

AvG

Symptômes	Adulte âgé	Adulte jeune
Humeur dépressive	+	+++
Troubles cognitifs - forme démentielle	+++	+
Plaintes somatiques – hypochondriaques	+++	+ / ++
Pensées dépressives	+++	+++
Forme conative	+++	+
Anxiété	+++	++
Agitation, troubles du comportement	+++	+ / ++
Forme délirante	+	+++
Suicides / idées suicidaires	+++ / +	+ / +++
Accentuation des traits de personnalité	++	+
Alcoolisme tardif	+	-

Modifié par AvG selon Katona et al. *Aging Ment Health* 1997 ; Niklewski and Baldwin In: Förstl. Thieme 2003 .

Formes cliniques de la dépression du sujet âgé

JA

Forme hypocondriaque

Plaintes somatiques sans tristesse exprimée au premier plan, avec une anxiété et une tendance à la revendication

Forme délirante

Idées de préjudice, de persécution, de jalousie, mécanisme interprétatif, imaginatif et plus rarement hallucinatoire. Comportements quérulents, procéduriers et agressifs possibles. Désafférentation sensorielle comme facteur de risque

Forme hostile

Changement important et récent de comportement (irritabilité, susceptibilité, colères, méfiance, agitation)

Forme anxieuse

Inquiétude permanente émaillée d'accès anxieux inexplicables, une inhibition, des ruminations. Symptômes pseudo-confusionnels possibles

Forme conative

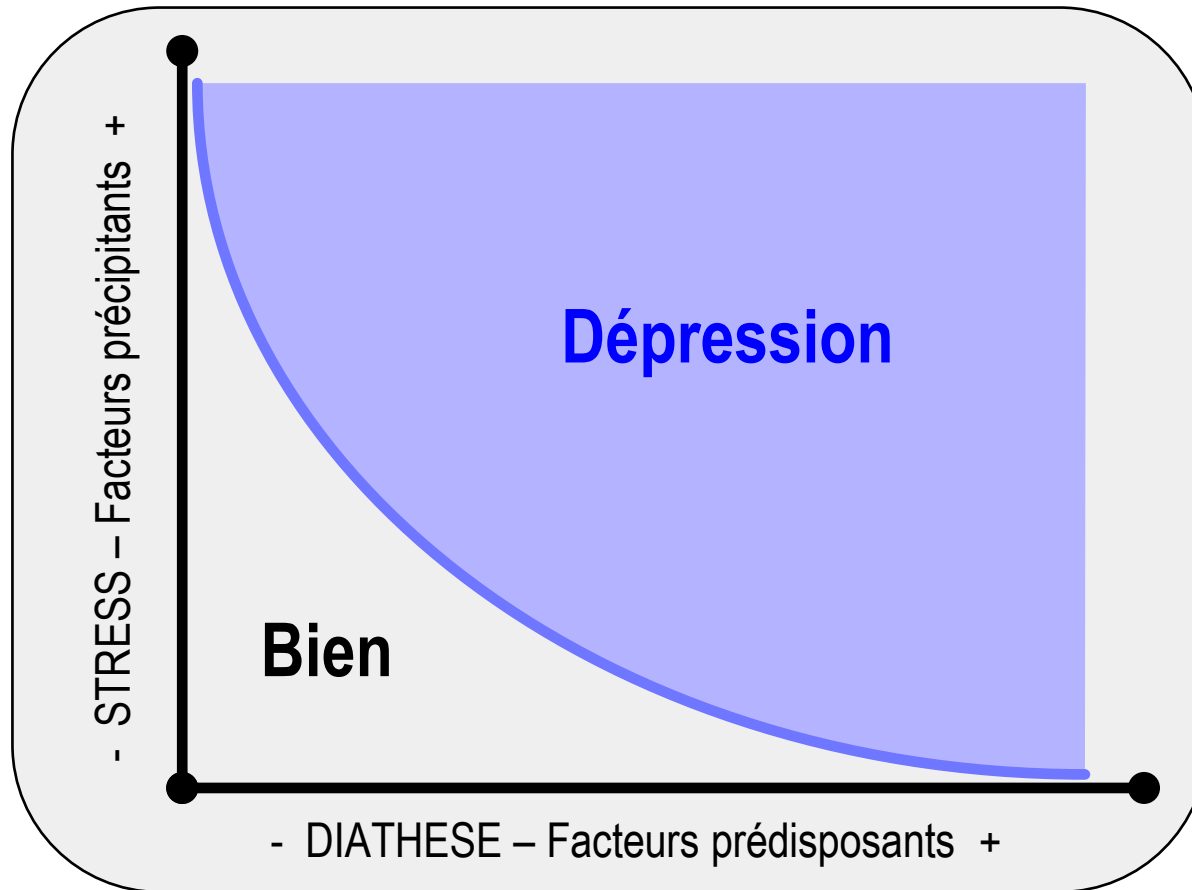
Démotivation, désengagement affectif et relationnel, renoncement, négligence envers soi-même et autrui, régression conduisant à une dépendance de plus en plus importante. Forme clinique est fréquente en institution

Forme cognitive

Installation en quelques semaines, sans étiologie organique évidente. Perturbations du comportement suivent la dépression et les troubles cognitifs.

Vulnérabilité et stress

AVG



Facteurs de risque

AVG

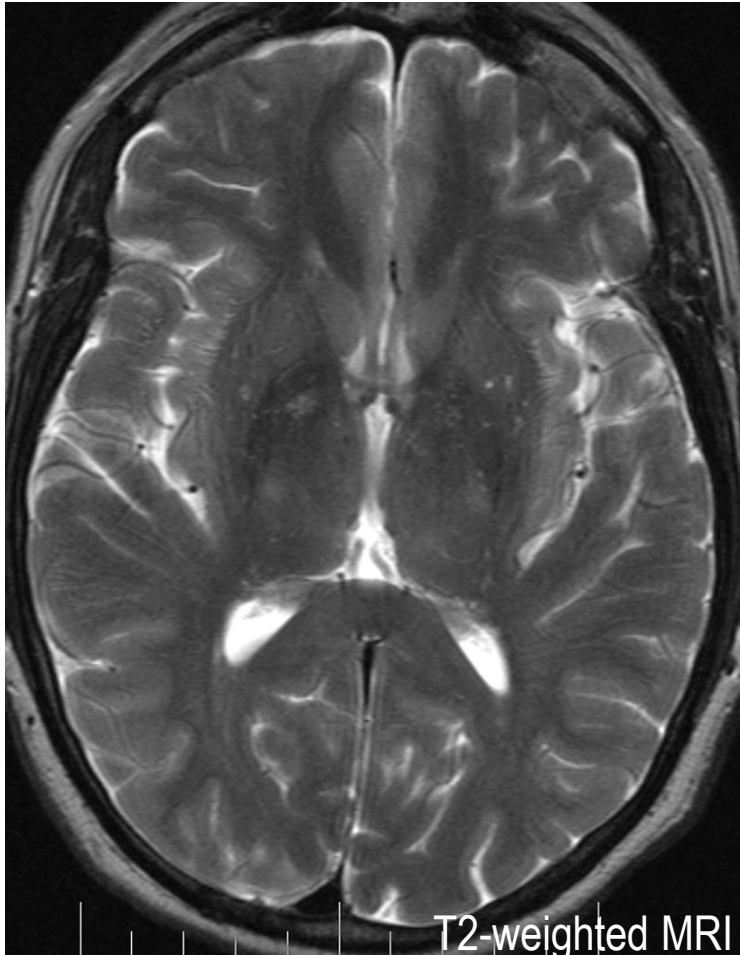
Louis-Léopold Boilly 1825



- Paramètres biologiques
 - Sexe féminin
 - Maladies SNC (organique)
 - Co-morbidités somatiques
 - OH
 - Médicaments (* 30% adultes USA)
 - β -bloqueurs, anti-HTA, IPP, cortico, analgésiques, antiépileptiques, autres
 - Dépendance physique

L'hypothèse vasculaire *

AVG



Alexopoulos. *Dial Clin Neurosci* 1999;1:68-80 *

Facteurs de risque

AVG



Angelo Morbelli: Jour de fête à l'Hospice
Trivulzio 1892

- **Stresseurs objectifs**
 - Pertes relationnelles (veuvage récent)
 - Conflits
- **Modificateurs collectifs**
 - Dynamique familiale et relationnelle
 - Statut d'aidant d'un proche malade (soma<psy<démence)
 - Status social

Facteurs de risque

AVG



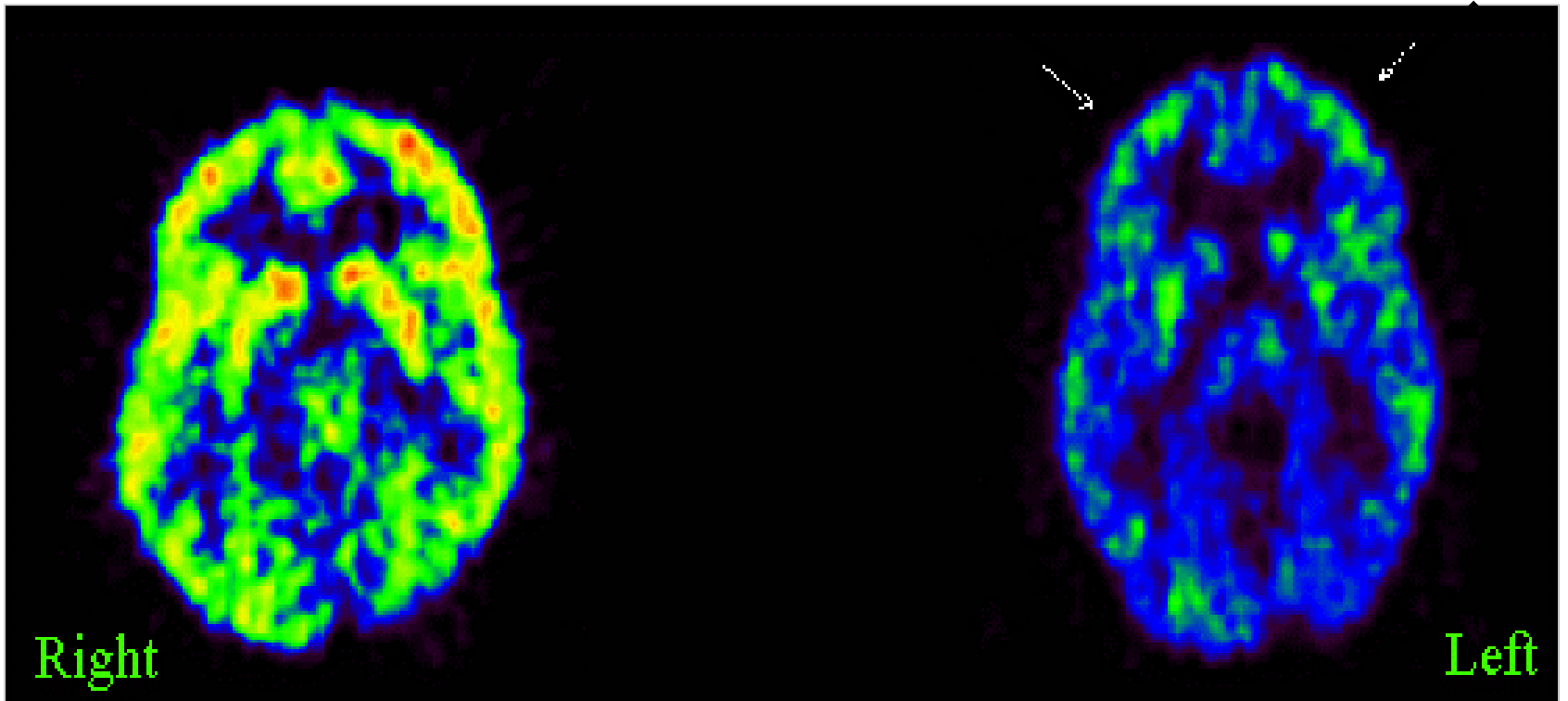
- **Modificateurs subjectifs**
 - Traits de la personnalité
 - Antécédent de dépression
 - Co-morbidité anxieuse
 - Défenses
 - Auto-estime
 - Troubles de la personnalité

PET

AVG

Sujet âgé contrôle

Sujet âgé déprimé



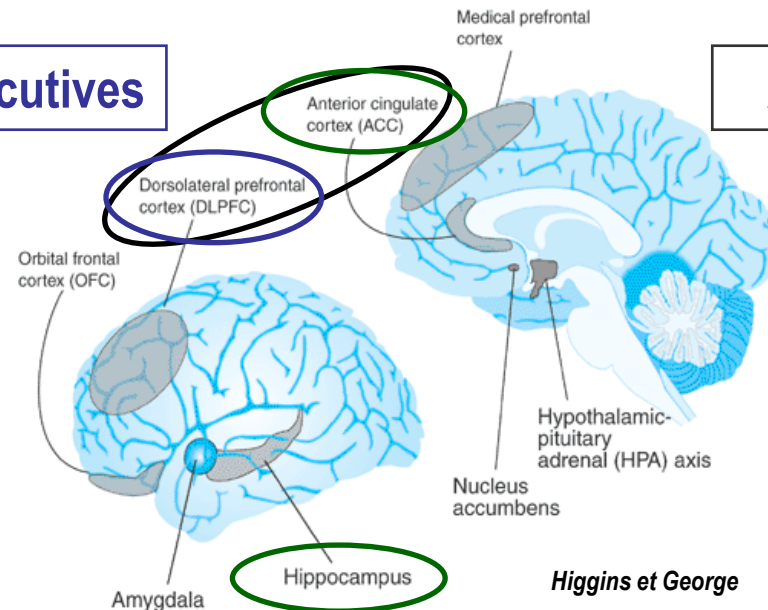
18-FDG PET et dépression

Le syndrome cognitif de la dépression

AvG

Fonctions exécutives

Attention sélective

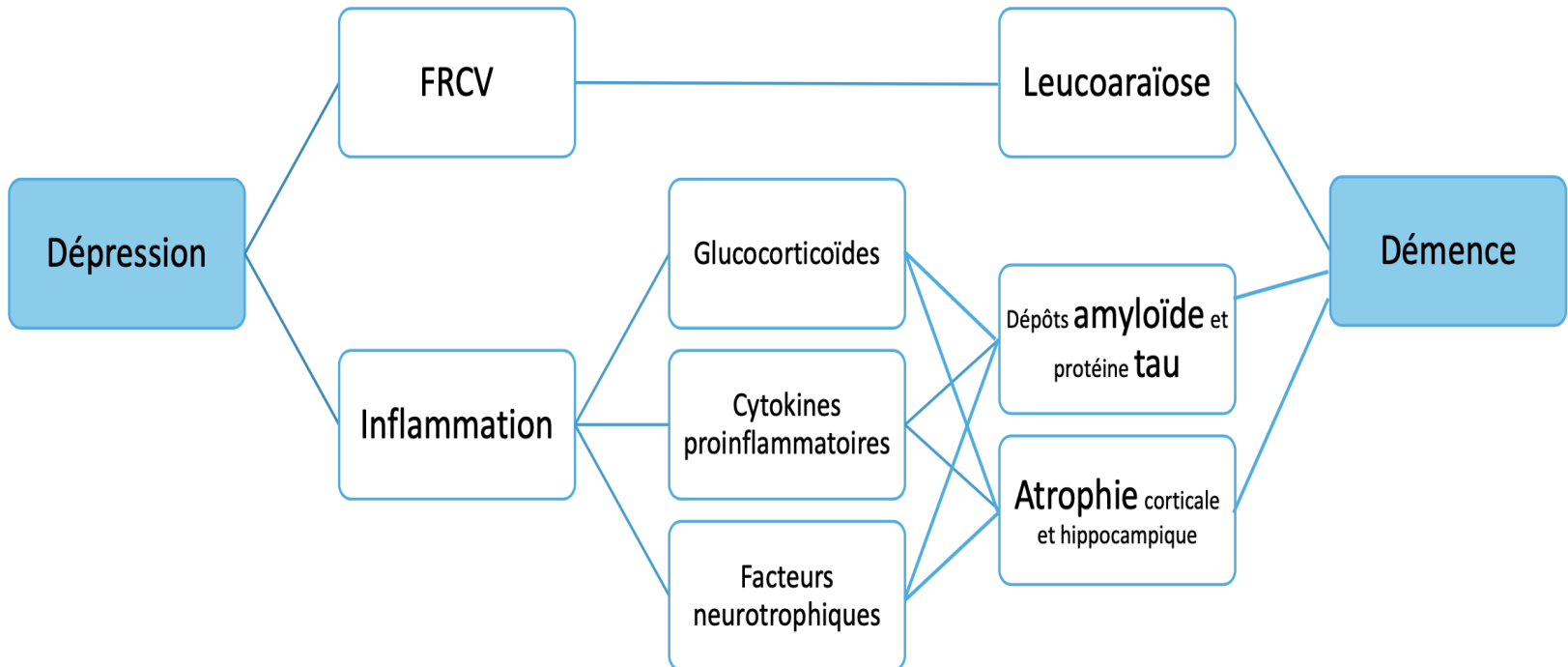


Mémoire

- Troubles de la concentration
- Dysfonction exécutive (planification, organisation etc.)
- Troubles de la mémoire de travail, mémoire «effortful», épisodique

Dépression et démence

AvG



Dépistage: Mini-GDS (Geriatric Depression Scale)

AVG

1. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?
(O/N)
2. Etes-vous malheureux la plupart du temps?
(O/N)
3. Vous sentez-vous souvent découragé et triste?
(O/N)
4. Avez-vous le sentiment que votre situation est désespérée? (O/N)

Positif si score Score 1

- Sensibilité 70%
- Spécificité 80%

Forme à 1 item (No 3)

- Sensibilité 70%
- Spécificité 90%

Geriatric Depression Scale (GDS)

E

AVG

Etes-vous, de façon générale, satisfait(e) de la vie que vous menez ?	?	?
Avez-vous renoncé à bon nombre de vos activités et intérêts ?	?	?
Avez-vous le sentiment d'un vide dans votre existence ?	?	?
Vous ennuyez-vous souvent ?	?	?
Etes-vous en général de bonne humeur ?	?	?
Craignez-vous qu'un malheur ne vous arrive ?	?	?
Vous sentez-vous en général heureux(se) ?	?	?
Vous sentez-vous souvent désespéré(e) ?	?	?
Préférez-vous passer une soirée chez vous, plutôt que de dîner au restaurant et de découvrir de nouvelles activités ?	?	?
Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart de personnes qui vous entourent ?	?	?
Etes-vous actuellement heureux(se) de vivre ?	?	?
Avez-vous le sentiment d'être plus ou moins dénué(e) d'intérêt en tant qu'individu ?	?	?
Vous sentez-vous plein(e) d'énergie vitale ?	?	?
Avez-vous le sentiment que votre situation est désespérée ?	?	?
Pensez-vous que la plupart des gens sont mieux lotis que vous ?	?	?

Sheikh, Yesavage. In TL Brink (Ed), Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention (pp. 165-173). New York: Haworth Press 1986.

Diagnostic : Investigations

AVG

E

Anamnèse (événements traumatiques ...)

Status psychiatrique et physique (comorbidités)

Psychométrie utile (par ex. **GDS (geriatric depression scale)**,

MADRS (Montgomery-Asberg depression rating scale), BDI-II (Beck depression inventory II), HAMD (Hamilton depression rating scale), HAD (Hospital anxiety and depression scale)

Investigation cognitive avec par ex. MoCA à but documentaire; attention au diagnostic de démence prématuré

Investigation paraclinique : FSC, Na, K, Ca, Fe, urée, créat, GOT, GPT, glucose, TSH, B12, ac folique, Baseline et selon suspicion clinique : Rx, polysomnographie, ECG (ttt tricycliques, neuroleptiques), MRI/CT, autres

Traitements dépression

JA

Psychothérapie

Thérapies de soutien, réminiscence, TCC, tt interpersonnelle, tt psychodynamique, résolution de problèmes

Approches globales

Activité physique, entraînement cognitif, yoga, méditation, tai chi, music-art-dance therapy

Traitements médicamenteux

Antidépresseurs, lithium, NL atypiques, procognitifs, (es)kétamine, oméga 3, B12 et B9

Techniques interventionnelles

Electroconvulsivothérapie, stimulation magnétique transcrânienne répétitive

Modalités ttt de l'épisode dépressif

AVG

E

Types de dépression	Modalités de ttt
Dépression + caractéristiques psychotiques	Association AD et neuroleptiques ou ECT
Dépression sévère (non-psychotique)	AD et psychothérapie
Episode dépressif modéré	AD et/ou psychothérapie
Dépression mineure - début récent (1-3 semaines)	Psychoéducation, observation et suivi (« watchful waiting »)
Dépression mineure (> 4 semaines)	AD et/ou psychothérapie
Deuil / perte	Ttt = dépression modérée si durée et intensité le nécessitent

Ttt chez l'âgé en phase aiguë

AvG

Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et résolution de problème (MF= médecin de famille) • Thérapie de réminiscence (life review) • TCC • Thérapie interpersonnelle • Thérapie psychodynamique
Approches 'holistiques'	<ul style="list-style-type: none"> • Activité physique (MF) • Yoga, Méditation • Tai chi • Musico-art-dance thérapie
Interventions psychosociales	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoéducation (MF) • Soutien social (occupations, groupes de soutien) • Ergothérapie
Thérapies biologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Privation de sommeil • Chronothérapie • Luminothérapie
Stimulation cérébrale	<ul style="list-style-type: none"> • ECT • rTMS
Traitement combiné	<ul style="list-style-type: none"> • Divers

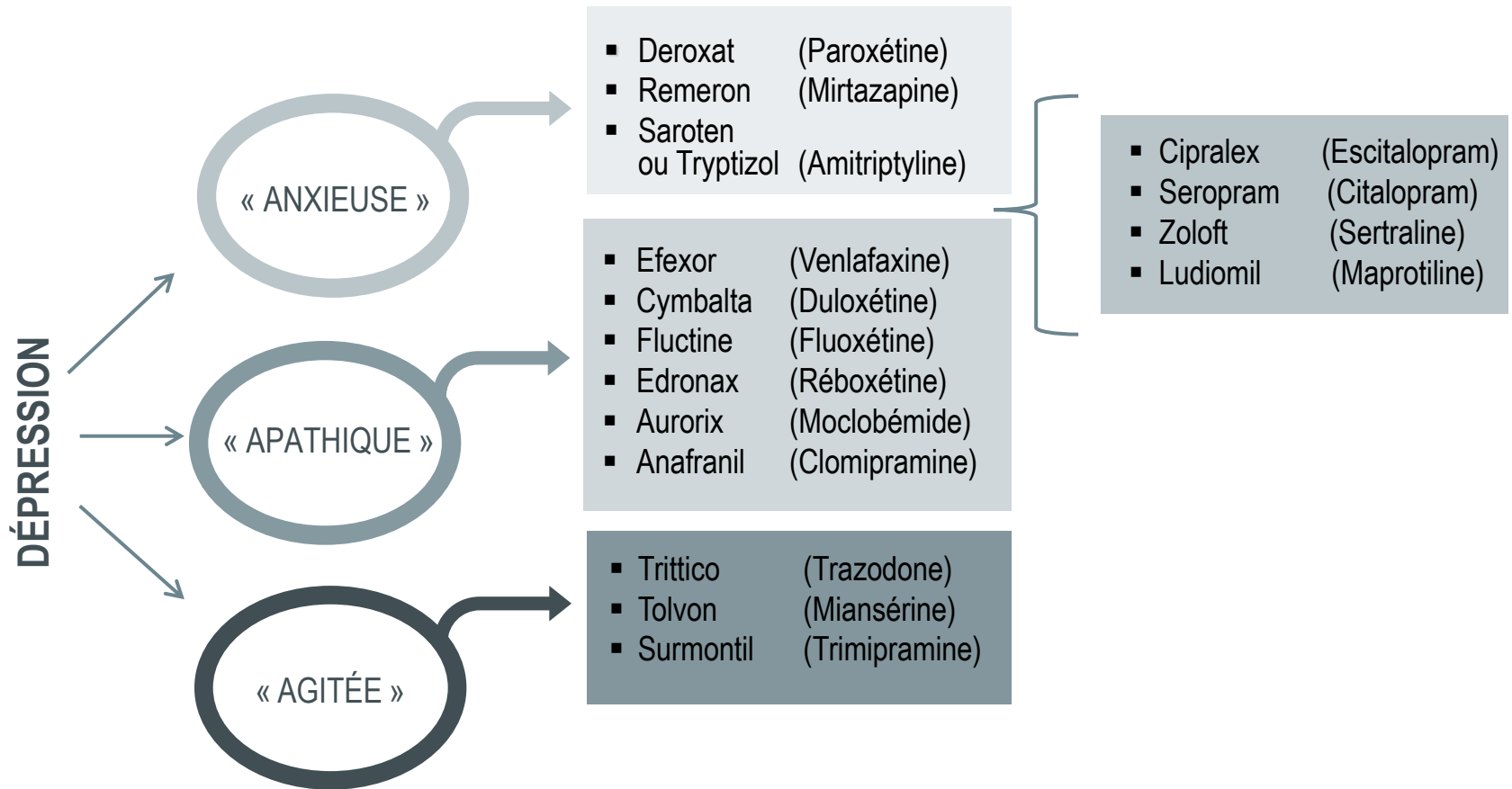
ttt similaire à adulte jeune

souvent moins orthodoxe

ttt combiné

Antidépresseurs selon la clinique

AvG



Choix de l'antidépresseur

AvG

Side effects associated with the principle antidepressant classes							
	SSRIs	TCAs	SNRIs	NARI	NaSSA	MAOI ^T	RIMA
GI distress	+++	0/+	+++	0/+	0/+	+ /+++	+
Sexual disturbance	+++	++	+++	0/+	0	+ /+++	0
Weight gain	0/+	++	0	0	+++	+	0
Dermatitis, rash	0/+	+	0	0/+	0	0	0
CNS effects (eg sedation, fatigue)	+ /+++	++ /+++	+	+	+++	+ /+++	+
Anticholinergic effects (eg dry mouth, tremor)	+	++ /+++	+	+	++	++	+
ECG changes (eg tachycardia)	0	++	0	0/+	0	+	0
Orthostatic Hypotension	+	++ imipramine +++	0	+	+	++	+
Hypertension	0	0	++	+	0	++	0

Classes of Antidepressant Agents: generic name (trade name - not all trade names listed)

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs)
 citalopram (Cipramil)
 escitalopram (Lexapro)
 fluoxetine (Prozac, Lovan)
 fluvoxamine (Luvox)
 paroxetine (Aropax)
 sertraline (Zoloft)

Tricyclics and tetracyclics (TCAs)
 amitriptyline (Tryptanol)
 clomipramine (Anafranil)
 dothiepin (Prothiaden)
 doxepin (Deptran, Sinequan)
 imipramine (Tofranil)
 mianserin (Tolvon, Lumin)
 nortriptyline (Allegron)
 trimipramine (Surmontil)

Serotonin and Noradrenaline Reuptake Inhibitors (SNRIs)
 venlafaxine (Efexor-XR)
 duloxetine (Cymbalta)
 desvenlafaxine (Pristiq)

Noradrenaline Reuptake Inhibitors (NARI)
 reboxetine (Edronax)

Noradrenaline and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA)
 mirtazapine (Avanza)

Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)
 phenelzine (Nardil)
 tranylcypromine (Parnate)

Reversible Inhibitor MAO_A (RIMA)
 moclobemide (Aurorix)

Initier / suivre le ttt AD

AVG

- **Psychoéducation initiale avec information à propos du traitement en tenant compte de l'état psychique / cognitif (évtl. inclure les proches)**
 - **dépression est une pathologie traitable**
 - **AD n'entraînent pas de dépendance**
 - **importance de l'adhésion au ttt (prendre régulièrement le ttt, pas d'arrêt brutal)**
 - **information donnée personnellement**
 - **insister sur la nécessité de ne pas arrêter dès l'amélioration clinique obtenue**
- **Psychoéducation et soutien continu**

Ttt chez l'âgé en phase aiguë

AvG

Psychothérapie	<ul style="list-style-type: none">• Soutien et résolution de problème (MF= médecin de famille)• Thérapie de réminiscence (life review)• TCC• Thérapie interpersonnelle• Thérapie psychodynamique
Approches 'holistiques'	<ul style="list-style-type: none">• Activité physique (MF)• Yoga, Méditation• Tai chi• Musico-art-dance thérapie
Interventions psychosociales	<ul style="list-style-type: none">• Psychoéducation (MF)• Soutien social (occupations, groupes de soutien)• Ergothérapie
Thérapies biologiques	<ul style="list-style-type: none">• Privation de sommeil• Chronothérapie• Luminothérapie
Stimulation cérébrale	<ul style="list-style-type: none">• ECT• rTMS
Traitement combiné	<ul style="list-style-type: none">• Divers

ttt similaire à adulte jeune

souvent moins orthodoxe

ttt combiné

Pharmacott AD chez l'âgé

AvG

Généralités

- L'efficacité antidépressive des différentes classes d'AD est similaire et modérée :
 - Taux de réponse : 40-60% patients
 - Taux de rémission : 35-40% patients
 - Taux de rechute : 15-25% patients
- La réussite du traitement dépend de la qualité de son exécution :
 - Consultations suffisamment fréquentes durant la phase aiguë (min. 1x/sem)
 - Evaluation régulière de l'efficacité de l'AD (clinique ET utilisation de questionnaires / échelles)
 - Réactivité dans l'ajustement des doses et le choix du traitement
 - Surveillance des effets indésirables

Choix du traitement AD

- Selon profil des effets secondaires, des comorbidités somatiques, de la comédication et de la compliance du patient ET du sous-type clinique de l'épisode dépressif (mélancolique, saisonnier, résistant, sévère, etc.)
- AD 1^{ère} ligne chez le sujet âgé : SSRI > SNRI, NDRI, NaSSA, SARI

Un choix d'AD (SSRI)

AvG

E

Posologie

- Start low, go slow
- Posologie initiale : 50% dose recommandée chez l'adulte jeune
- Dose-cible : si possible 100% dose recommandée chez l'adulte jeune, à adapter en fonction de la tolérance et de l'efficacité (don't stop low)

	½ vie	Dose initiale	Dose / j [max]	Effets secondaires
Sertraline	24 h	50	50-100 [200]	Effets GI: nausée, vomissement, diarrhée, activation, insomnie, effets sexuels Effets neuro: céphalées, extrapyramidaux Syndrome sérotoninergique: douleur abdominale, diarrhée, flush, sudation, hyperthermie, léthargie, altérations attentionnelles, tremblement, myoclonus, rhabdomyolyse, insuff rénale, choc, parfois mort
Escitalopram	30 h	10	10 [20]	
Fluvoxamine	15-20 h	50	100-300 [300]	
Citalopram	33 h	10	20 [30]	

Autres AD

AvG

Médicaments	Dose initiale (mg/j)	Dose max	Caractéristiques	Contre-indications
Inhibiteur sélectif de la recapture de la noradrénaline (NARI)				
Réboxétine	4	6	Sédatif	Arythmies
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (SNRI)				
Venlafaxine	75	375	Stimulant	Hypertension artérielle non équilibrée, baisse de la fonction hépatique
Duloxétine	60	120	Légèrement sédatif	IRC sévère
Noradrénaline et sérotoninergique spécifique (NaSSA)				
Mirtazapine	15	45	Sédatif pour les faibles doses, est plus stimulant aux doses élevées, orexigène, antinauséux, peu de troubles sexuels	Atteinte hépatique sévère
Tétracycliques (TeCA)				
Miansérine	30	90	Sédatif en début de traitement, orexigène	
Inhibiteur de la recapture de la noradrénaline et dopamine (NDRI)				
Bupropion	150	300	Stimulant	Atteinte hépatique sévère, risque de convulsions
Inhibiteur de la recapture et antagoniste de la sérotonine (SARI)				
Trazodone	100	300	Surtout sédatif à petites doses, effet antidépresseur aux doses plus élevées	Intoxication alcoolique ou avec des benzodiazépines, infarctus aigu du myocarde
Modulateur de la sérotonine (MS)				
Vortioxétine	5	10	Pas d'effet démontré sur le QTc. Non sédatif Commercialisation récente, manque de données chez le sujet âgé	

Autres AD (suite du tableau)

AvG

Mélatonnergique (MT)				
Agomélatine	25	50	Bonne tolérance Risque hépatique	Insuffisance hépatique ou transaminases supérieures à 3 fois la norme Association aux inhibiteurs puissants du CYP1A2 (exemple fluvoxamine, ciprofloxacine) Âge > 75 ans
Inhibiteur réversible de la monoamine oxydase de type A (IMAO)				
Moclobémide	300	600	Alternative de 3 ^e ligne dans les dépressions résistantes. Améliore rapidement les symptômes et la qualité du sommeil, sans effet sédatif	État confusionnel aigu, association à sélégiline, bupropion, triptans, péthidine, tramadol, dextrométhorphane, linézolide, autres antidépresseurs. Éviter les aliments riches en tyramine
Autres				
Hypéricine (millepertuis)	0,65	2,5	Bonne tolérance	Association à certains immunosuppresseurs, antirétroviraux, cytostatiques, anticoagulants oraux, digoxine, méthadone

AD

Comorbidités

	Recommended	Reasonable option	To be avoided
Ischemic cardiomyopathy/ infarction	Sertraline, agomelatine	Desvenlafaxine, venlafaxine, fluvoxamine, vortioxetine, mirtazapine	Citalopram/escitalopram, reboxetine, nortriptyline
Arrhythmias	Sertraline, agomelatine	Desvenlafaxine, fluoxetine, fluvoxamine, vortioxetine, mirtazapine	Citalopram/escitalopram, bupropion, reboxetine, nortriptyline
Hypertension	Sertraline, agomelatine	Citalopram/escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, vortioxetine, mirtazapine	Venlafaxine
Anticoagulated patient		Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, sertraline, citalopram/escitalopram, mirtazapine, bupropion, agomelatine, vortioxetine	
Diabetes		Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, fluoxetine, sertraline, citalopram/ escitalopram, agomelatine, vortioxetine, bupropion, reboxetine	
Dyslipidemia		Fluoxetine, sertraline, citalopram/escitalopram, duloxetine, bupropion, vortioxetine, agomelatine	
Obesity	Fluoxetine, bupropion, agomelatine	Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, citalopram/escitalopram, fluvoxamine, sertraline, vortioxetine, reboxetine	Mirtazapine
Appetite and weight loss	Mirtazapine	Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, paroxetine, sertraline, citalopram/ escitalopram, nortriptyline	Fluoxetine
Significant constipation		Fluoxetine, fluvoxamine, sertraline, citalopram/escitalopram, bupropion, agomelatine, vortioxetine	
Risk of gastrointestinal bleeding		Desvenlafaxine, venlafaxine, mirtazapine, bupropion, nortriptyline	Fluoxetine, citalopram/ escitalopram
Risk of hyponatremia		Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, mirtazapine, bupropion, agomelatine, vortioxetine	Fluoxetine, citalopram/ escitalopram
Drowsiness	Bupropion	Desvenlafaxine, venlafaxine, fluoxetine, sertraline, citalopram/escitalopram, reboxetine, agomelatine, vortioxetine	Mirtazapine
Falls		Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, fluoxetine, sertraline, citalopram/ escitalopram, bupropion, vortioxetine	Nortriptyline
Alcohol abuse		Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, fluoxetine, paroxetine, Sertraline, citalopram/escitalopram, mirtazapine, bupropion, vortioxetine	
Sexual dysfunction	Agomelatine, bupropion, mirtazapine	Reboxetine, vortioxetine	Fluoxetine, paroxetine
Glaucoma		Desvenlafaxine, sertraline, citalopram/escitalopram, bupropion, agomelatine, vortioxetine, tianeptine	nortriptyline, venlafaxine
Risk of epileptic seizures		Mirtazapine	Nortriptyline, bupropion
Stroke		Desvenlafaxine, sertraline, citalopram/escitalopram, agomelatine, vortioxetine, mirtazapine	
Parkinson's disease and extrapyramidal disorders	Bupropion	Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, sertraline, agomelatine, vortioxetine, mirtazapine, tianeptine	
Cognitive impairment, dementia, Alzheimer's disease		Desvenlafaxine, venlafaxine, duloxetine, sertraline, citalopram/escitalopram, bupropion, agomelatine, vortioxetine, mirtazapine	Nortriptyline
Pain disorders	Duloxetine, desvenlafaxine, venlafaxine	Nortriptyline	

Agüera-Ortiz et al.
Front Psychiatry 2024 ; 11:380

Transfert chez psychiatre

AVG

- **Difficultés ou doutes diagnostiques**
- **Psychothérapies spécifiques**
- **Psychiatrie interventionnelle (luminothérapie, ECT, SMT)**
- **Dépression récurrente**
- **Dépression sévère:**
 - **Caractéristiques psychotiques ; risques sévères pour la santé (refus alimentaire ...)** ; risque suicidaire
- **Ttt complexe (comorbidité somatique ou/et psychiatrique)**
- **Echec du ttt de 1^{ère} intention**
 - **AD après 4 (6) semaines à dose théoriquement efficace**
 - **Changer de classe d'antidépresseur associé à un taux de réponse jusqu'à 50%**
 - **Augmentation avec lithium efficace dans 50% des cas - fréquence élevée des effets toxiques : 11-23% → surveillance régulière de la lithémie**

VADEMECUM DE PSYCHIATRIE GÉRIATRIQUE

Sous la direction de
Marie-Thérèse Clerc
Jean-Frédéric Mall
Armin von Gunten

RMS
EDITIONS
M.H

