



# **La thérapeutique de la dépression: médicaments et psychothérapies**

olivier.drunat@brt.aphp.fr

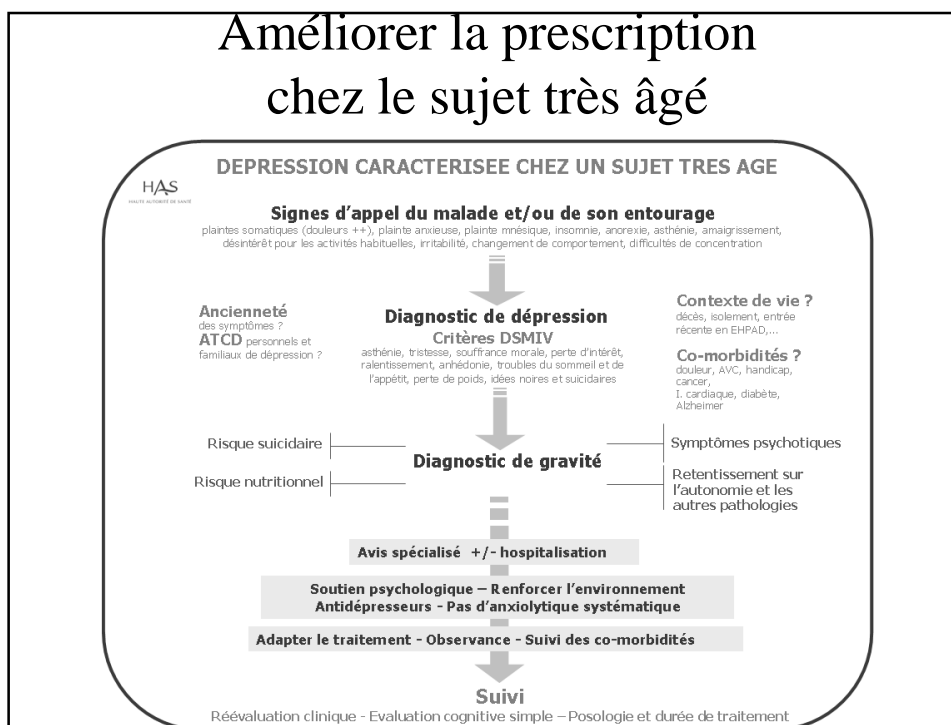
Bichat, le 30 mars 2010

ASSISTANCE  
PUBLIQUE  HÔPITAUX  
DE PARIS

## **Messages**

- Clinique: faire un effort nosographique
- Médicament: bâtir une stratégie pour perdre le moins de temps possible.
- La thérapeutique: disposer de plusieurs moyens pour des cibles clairement identifiées
- La relation d'aide est toujours de mise
- Les cas complexes: demander un avis spécialisé

# Améliorer la prescription chez le sujet très âgé



## *Quand et comment prescrire un AD chez un sujet âgé ? (PRAT-PSY)*

- 1- les symptômes cibles du traitement ont été bien identifiés
- 2- le risque suicidaire a été évalué et pris en considération pour la mise en route de la PEC
- 3- une comorbidité somatique et / ou psychiatrique (risquant soit de rendre le traitement moins efficace, soit justifiant de doses moins élevées d'AD) a été recherchée (cf MG, ATCD somatiques et psy, ttt actuel...) et en particulier les fonctions cognitives ont été évaluées
- 4- le contexte de vie, les EdV récents ont été recherchés comme facteurs déclenchants ou comme facteurs aggravants
- 5- l'adhésion du patient et de son entourage (famille ou institution, représentations mentales, attentes...) au diagnostic et à la PEC a été évaluée (càd les chances de bonne compliance évaluées)
- 6- les modalités du traitement Antidépresseur (choix de la molécule, dose, durée ...) suivent les recommandations...
- 7- le Dg, la PEC, le ttt, les résultats attendus ... ont été expliqués au patient et à son entourage
- 8- l'évolution des symptômes cibles a été suivie et la PEC remise en cause en cas de non efficacité

## Prescription des AD chez le sujet âgé

- En augmentation
  - Elle concernait 32 % des JH en gérontologie en 1998 contre 39 % en 2000 (*Mobarak et al, 2003*)
- Comparativement aux autres psychotropes (*Fourrier et al, 1996*) :
  - Psychotropes : 39,1 % (domicile) / 66,4 % (institution)
  - Benzodiazépines : 31,9 % (domicile) / 42,9 % (institution)
  - Neuroleptiques : < 10 % (domicile) / 21,3 % (institution)
  - Antidépresseurs : 5,3 % (domicile) / 14,7 % (institution)
- Principal prescripteur : MG (70 %)
- Augmentation des prescriptions hors AMM (1/3)
- Insuffisance de prescription dans la dépression

## Mauvais usage

12 130 patients de plus de 65 ans (1994 à 1999) :

43,3% dose à peu près adaptée,

11,3% trop dosés : 7,3% sur dosés ( traitement anticholinergique) et 5,3 à des doses journalières largement excessives:

**34,8% sous dosés** dont 7,6% de « exessively low dosages !»

19,3% durée trop brève de traitement

=> Les facteurs associés à un dosage trop faible et à une durée trop brève : L'âge > à 85 ans, les comorbidités somatiques

Suboptimal antidépressant use in the elderly . Wang et al. J Clin Psychopharmacol. 2005

**Critères d'un épisode dépressif majeur (caractérisé):**

A- Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes et soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

*NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.*

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple, se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple, pleurs).
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatifs en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours. (Pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisodes mixtes.

C- Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D- Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, hypothyroïdie).

E- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de retentissement psychomoteur.

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

<i>1088 sujets 65+ dans la communauté</i>	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 Akiskal, 2002*

## *Critères du NIMH*

- Persistent sad, anxious or "empty" feelings
- Feelings of hopelessness and/or pessimism
- Feelings of guilt, worthlessness and/or helplessness
- Irritability, restlessness
- Loss of interest in activities or hobbies once pleasurable, including sex
- Fatigue and decreased energy
- Difficulty concentrating, remembering details and making decisions
- Insomnia, early-morning wakefulness, or excessive sleeping
- Overeating, or appetite loss
- Thoughts of suicide, suicide attempts
- Persistent aches or pains, headaches, cramps or digestive problems that do not ease even with treatment

## *Évaluation de la sévérité*

### *HAD Dépression (autoévaluation)*

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

Je ris facilement et vois le bon coté des choses

Je suis de bonne humeur

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

Je ne m'intéresse plus à mon apparence

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision.

Autant, un peu moins, bien moins qu'avant, presque jamais (0 à 3).

## Comorbidité (Baldwin 2002)

- La dépression coexiste souvent avec d'autres symptômes psychiatriques comme l'anxiété (IIa)
- La démence est associée à un taux élevé de dépression (IIa)
- La fragilité, l'incapacité et la dépendance sont fortement corrélées aux troubles dépressifs (Ib)
- AVC, Parkinson, fracture de hanche, cancer, IDM, insuffisance cardiaque et les maladies pulmonaires chroniques prédisposent à la dépression (IIa)
- La dépression est un facteur de risque d'AVC et de maladie cardiovasculaire, peut être de cancer de fracture de hanche (IIa)
- En pratique, le médecin focalise sur le physique ou sur le mental mais pas les deux (IIa)
- Des troubles physiques semblent être capables de précipiter la dépression par un effet direct sur la neurotransmission centrale (sérotonine) (IIb)
- D'autres désordres exercent un effet à travers un modèle plus complexe d'interactions bio-psycho-sociales (IIa).

## Principes généraux

- Multimodal (physique, psychique et social)
- Multidisciplinarité (soignant, travailleur social, psychologue, rééducateur...)
- 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)
  - Préserver l'autonomie
  - Tendre vers une bonne santé (bio-psycho-sociale)
  - Prévenir les rechutes et récidives.

Pratiquer une évaluation standardisée pour identifier les facteurs prédisposant et de risque de dépression

- Facteurs prédisposant
  - Sexe féminin (IIa)
  - Un antécédent de trouble dépressif (IIa)
  - Veuf ou divorcé (IIb)
  - Altérations neurologiques
  - Personnalité, capacité réduite d'attachement affectif (IIb)
  - Incapacité, handicap (IIa)
  - Médicaments, alcool, maladies somatiques
  - Donner des soins à un conjoint malade
  - Désavantage social / Perte du support social

Pratiquer une évaluation standardisée pour identifier les facteurs prédisposant et de risque de dépression

- Facteurs précipitant
  - Évènements de vie (IIa)
  - Stress chronique (IIa)
- Facteurs protecteurs
  - Des soins médicaux optimaux (III)
  - Gestion du stress type coping (III)
  - Support social (IIa)

## Hospitalisation ?

- Le risque suicidaire
  - ATCD de TS X le risque de suicide
  - Impulsivité du sujet
  - Dépression et délire (auto accusation)
  - Graduation des idées de mort
- Le risque somatique
  - Comorbidité
  - Dénutrition / refus alimentaire
- Le risque social
  - Isolement
  - Conflit / niveau subjectif du support social

## Geriatric Suicide Ideation Scale

(Heisel et Flett. Am J Geriatr Psychiatry 2006; 14 (9): 742-51)

- Je pense à des moyens spécifiques pour me tuer
- Si j'avais le courage, j'en finirai
- J'ai pas d'intérêt à continuer une existence vide
- Je souhaite que ma vie se termine bientôt
- Ma famille serait mieux sans moi
- J'ai déjà sérieusement envisagé le suicide dans le passé
- Je me sens déprimer
- Plus rien ne me retient dans ce monde
- Je veux en terminer avec la vie
- Si les choses tournent mal, je veux mettre fin à ma vie.

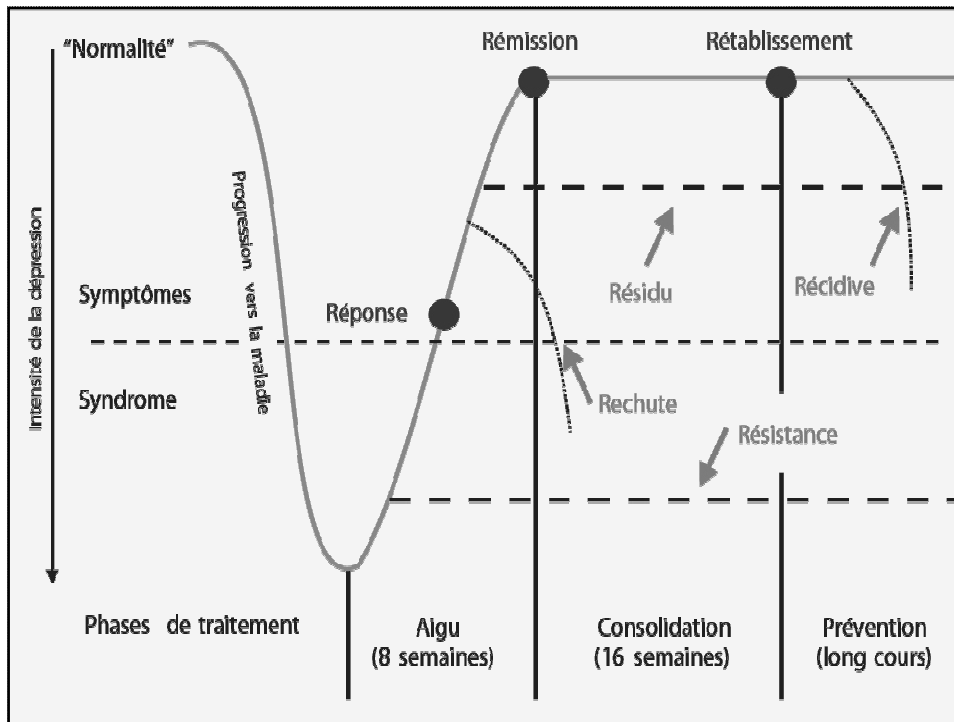


## Stratégie de soins

- Evaluation régulière des patients
- Eduquer à la santé le patient et son entourage
- Traiter les comorbidités physiques
- Diminuer autant que possible le handicap lié à une pathologie chronique, des troubles sensoriels ou une faible mobilité
- Recourir aux services sociaux pour lutter contre l'isolement et la solitude
- Relire l'ordonnance
- Mettre en place un traitement approprié: un antidépresseur et/ou une approche psychosociale
- Référer à un spécialiste: risque suicidaire, diagnostic incertain ou difficile, troubles bipolaires, morbidité complexe, réponse partielle ou non réponse à un traitement bien mené, présence de symptômes psychotiques.

## Le plan de soins

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



## Traitement d'attaque

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

Guidelines on depression in older people. RC Baldwin. WPA 2002

## Pour une bonne observance

- Agrément du patient et de l'aidant 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: 55-60.*

## Types de dépression et traitements

Dépression avec symptôme psychotique	Antidépresseur – ECT- antipsychotique – référer à un spécialiste
Dépression sévère	Antidépresseur et intervention psychothérapeutique
Dépression modérée	Antidépresseur ou intervention psychothérapeutique (TCC, résolution de problème, Interpersonnelle, thérapie psychodynamique brève)
Dysthymie	Antidépresseur (Williams 2000)
Dépression subsyndromique récente (1 à 3 semaines)	« attente attentive »
Dépression subsyndromique persistante (plus de 4 semaines)	Antidépresseur
Deuil	Durée de six mois Intensité (idée suicidaire, le souhait de rejoindre le défunt, culpabilité, refus d'accepter...).

## Traitement antidépresseur 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 symptômes dépressifs isolés n'est pas prouvée (Ib)
- Probablement efficace dans la dysthymie (Ib).

## Intervention médicamenteuse

Adaptée à la personne âgée

Fonction de la sévérité, des effets indésirables, des comorbidités somatiques et psychiatriques

Tolérance réduite si dénutrition et démence

Attention au syndrome confusionnel

Compliance réduite

## Choix molécules

- Variabilité inter individuelle / métabolite actif
- Effets indésirables / sécurité si surdosage
- Comorbidité / Comédication
- Efficacité antérieure d'un traitement particulier

C.J. Frazer MJA 2005: Revue de la littérature sur les traitements de la dépression

## Médicaments antidépresseurs

Informez le patient à propos du médicament

- Les troubles dépressifs vont disparaître
- Les antidépresseurs ne rendent pas dépendant
- Le traitement doit être régulier
- Prescription en face à face y compris pour le renouvellement
- Ne pas arrêter le traitement en cas d'amélioration

## Paramètres pré thérapeutiques

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

## Spectres et dosages des principaux AD

AD	Mode d'action	Anticholin.	Antihistam.	$\alpha 1$ adrénergique bloqueur	Dose initiale (mg)	Dose moyenne (mg)
Amitriptyline	NA ++ 5 HT +	++++	++++	++++	25-50	75-100
Imipamine	NA ++ 5 HT +	+++	++	+++	25	75-100
Miansérine	$\alpha_2$	0/+	+++	0/+	30	30-90
Trazodone	5 HT <sub>2</sub>	0	+++	+	100	300
Fluoxamine	5 HT	0/+	0/+	0	25-50	100-200
Sertraline	5 HT	0/+	0	0	25-50	50-100
Fluoxétine	5 HT	0/+	0	0	10	20
Paroxétine	5 HT	0/+	0	0	10-20	20-30
Citalopram	5 HT	0/+	0	0	10-20	20-30
Moclobémide	RIMA	0/+	0	0	300	300-450
Venlafaxine	NA ++ 5 HT +	0/+	0	0/+	25-75	75-200
Mirtazépine	$\alpha_2$ 5 HT +	0	++	0	7.5-15	15-30
Duloxétine	NA + 5 HT ++	0	0	0	30	30-60

## Choix de l'antidépresseur : approche dimensionnelle

Dimension comportementale	TC	IRSS	IMAO	Autres
Ralentissement psychomoteur		+	++	+
Emoussement affectif, désintérêt		+	++	+
Irritabilité, impatience		++	+	
Troubles alimentaires addiction		++	+	
Conduites suicidaires		++	+	
Dépression atypique		++	+	+
Agitation, anxiété	++	+		++
Troubles cognitifs		++	++	++
Episode mélancolique	++	+		++
Dépression masquée (douleur)	++	+		

Bonin-Guillaume & Blin, Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillessement, 2004

## 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'hyponatrémie (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'hyponatrémie sont loin d'être négligeables chez le sujet âgé.

Daurel-Receveur M, et al. Thérapie. 2005 Pharmacovigilance

## Syndrome sérotoninergique

	FLUOXETINE	FLUVOXAMINE	PAROXETINE	CITALOPRAM	SERTRALINE
<b>Nausée-Vomissement</b>	++	++	++	++	++
Diarrhée	++				++
<b>Céphalée</b>	++	+	++	++	++
<b>Sécheresse buccale</b>	++	+	+	++	++
Constipation		+	+	++	
<b>Somnolence</b>	++	+	++	++	+
<b>Insomnie</b>	++		+	++	+
Cauchemars					
Nervosité	++			+	
Anxiété	++				
<b>Tremblement</b>	++		+	++	+
<b>Transpiration</b>	++		++	++	
Asthénie		+	+		+
Troubles sexuels			+		++
Prise de poids			++		
Amaigrissement	+				+
Vertige		+		++	
Troubles de l'accommodation				+	

++ Incidence supérieure à 10 %      + incidence inférieure à 10 %

Bonnet F, Brechoteau 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.

## 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.
- Use of Selective serotonin reuptake inhibitor of upper gastrointestinal tract bleeding a population-based cohort study. S. Oksbjerg. *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.



## AD chez le sujet âgé dément

- Dépression dans 40 à 60 % des cas
- Initiale :
  - doute dépression/démence
  - dépression « pseudo-démentielle »
- Cours évolutif (dépression surajoutée)
- Molécules « stabilisatrices émotionnelles » (*Nyth & Gottfries, 1990*)
- Effets neuroprotecteurs (*Reid & Stewart, 2001*) :
  - intérêt dans la dépression récurrente
  - intérêt dans certaines démences (MA ?)

## AD chez le sujet âgé dément

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine Arguments et indications :

- action antidépressive, anxiolytique
- action anti -impulsivité, -irritabilité, -hostilité
- intérêt / agressivité et agitation “durables”
- intérêt / désinhibition (sexuelle) et/ou alimentaire
- stéréotypies (fluvoxamine, *Trappler & Vinuela, 1997*)  
et DFT (sertraline, *Mendez et al, 2005*)
- obsessions (fluoxétine, *Marksteiner et al, 2000*)
- symptômes psychotiques (fluvoxamine, *Levkovitz et al, 2000* ; citalopram, *Pollock et al, 2002*)
- agitation verbale (cris...) (citalopram, *Kim et al, 2000*)

## AD chez le sujet âgé dément

### Publications :

- Thompson S. Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: a metaanalysis. *Can J Psychiatry*. 2007 Apr;52(4):248-55.
- Roth M, Mountjoy CQ, Amrein R. Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression : an international double-blind, placebo-controlled study. *Br J Psychiatry*, 1996, 168 : 149-57.
- Delumeau JC et al. Monoamine oxidase inhibitors, cognitive functions and neurodegenerative disease. *J Neural Transm*, 1994, 41 : 259-66.
- Adler G, Teufel M, Drach LM. Pharmacological treatment of frontotemporal dementia : treatment response to the MAO-A inhibitor moclobemide. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003, 18 : 653-5.
- Karlsson I et al. A randomised, double-blind comparison of the efficacy and safety of citalopram compared to mianserin in elderly, depressed patients with or without mild to moderate dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2000, 15 : 295-305.
- Nelson JC et al. Mirtazapine orally disintegrated tablets in depressed nursing home residents 85 years of age and older. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2006, 21 : 898-901.
- Raji MA & Brady SR. Mirtazapine for treatment of depression and comorbidities in Alzheimer disease. *Ann Pharmacother*, 2001, 35 : 1024-7.
- Garder ME et al. Mirtazapine is associated with less anxiolytic use among elderly depressed patients in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc*, 2004, 5 : 101-6.
- Sobow TM et al. Tianeptine versus fluoxetine in the treatment of depression complicating Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2001, 16 : 1108-9.
- Martinon-Torres G, Fioravanti M, Grimley EJ. Trazodone (Pragmarel®, en A.T.U.) for agitation in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004, 18 CD004990.
- Lebert F et al. Frontotemporal dementia : a randomised, controlled trial with trazodone. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2004, 17 : 355-9.

## AD + BZD

- AFSAPS « *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte* » Octobre 2006.  
« 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 risque 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 ».
- *Cochrane collaboration*. 2007. *Furukawa TA* (EDM, 10 études, 731 patients ≥ 18 ans)  
Dans les quatre premières semaines le nb de patients ayant vu réduire de 50 % leur symptomatologie dépressive est en faveur de la bithérapie, d'autant qu'il y a moins de sortie d'étude.

## Pilotage du traitement d'attaque

- Pas de changement clinique prévisible avant deux semaines minimum
- Réparation du sommeil et de l'appétit en premier
- Attendre six semaines avant de changer de molécule

## 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, leucoaraïose, troubles cognitifs, un stress chronique lié à l'environnement ou une maladie, victime d'un crime)
- Un traitement à vie ?

## « Start low, go slow »

- Dément
- Dénutrition
- Frailty

## Etre efficace

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

## Non réponse au traitement d'attaque

- Si la réponse est faible (moins de 25 %) ou totalement nulle après 4 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 2 à 4 semaines
- A tout moment l'ECT est une option possible
- Une approche psychologique peut être adjointe

## Indication de l'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

*Kho. 2003. Méta-analyse.*

## Quand référer à un spécialiste

- En cas de doute diagnostique
- Dépression sévère
  - Dépression avec signe psychotique
  - Risque vital engagé
  - Risque suicidaire
- Thérapie complexe du fait de comorbidité
- Après l'échec de la première ligne médicamenteuse

## 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 (à un an).**

## Psychothérapie

- L'évidence est certaine pour TCC et l'IPT (Ib)
- Il existe des preuves pour les thérapies psychodynamique , résolution de problème et life-review (Ib IIa)
- Efficace comme traitement principal de dépression modérée (Ib)
- Efficace en combinaison avec AD dans l'EDM sévère(Ib)
- La thérapie par résolution de problème peut être efficace pour les dépressions mineures si le personnel est vraiment entraîné. (Ib)
- Offrir un support aux patients et aidants permet la résolution symptomatique de dépression légère
- Une intervention sur les familles de patients déments montre une réduction des symptômes dépressifs (Ib).

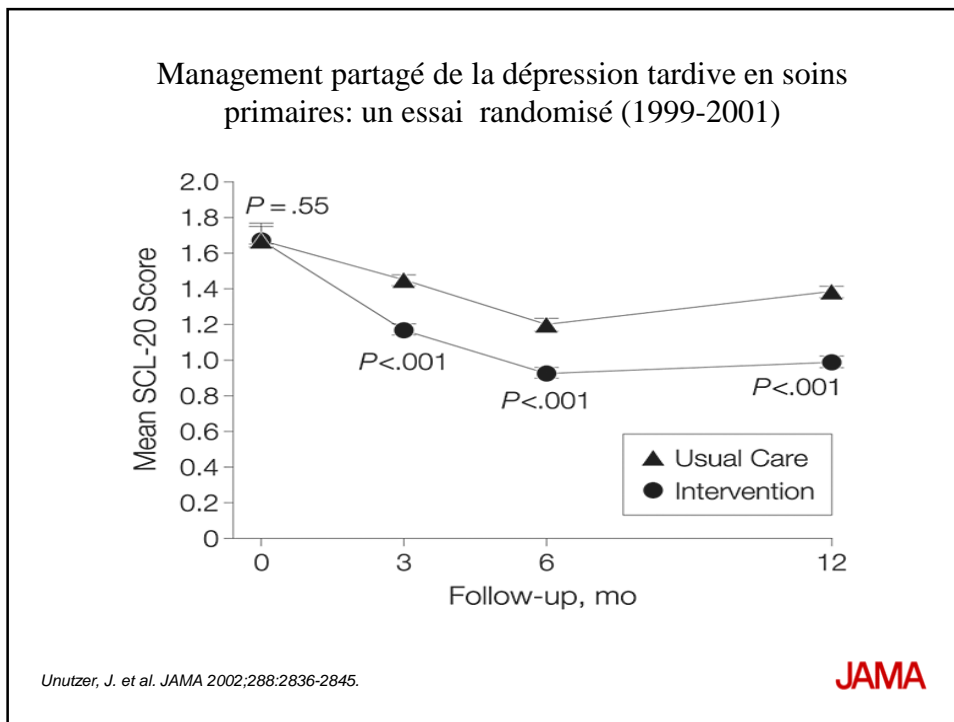
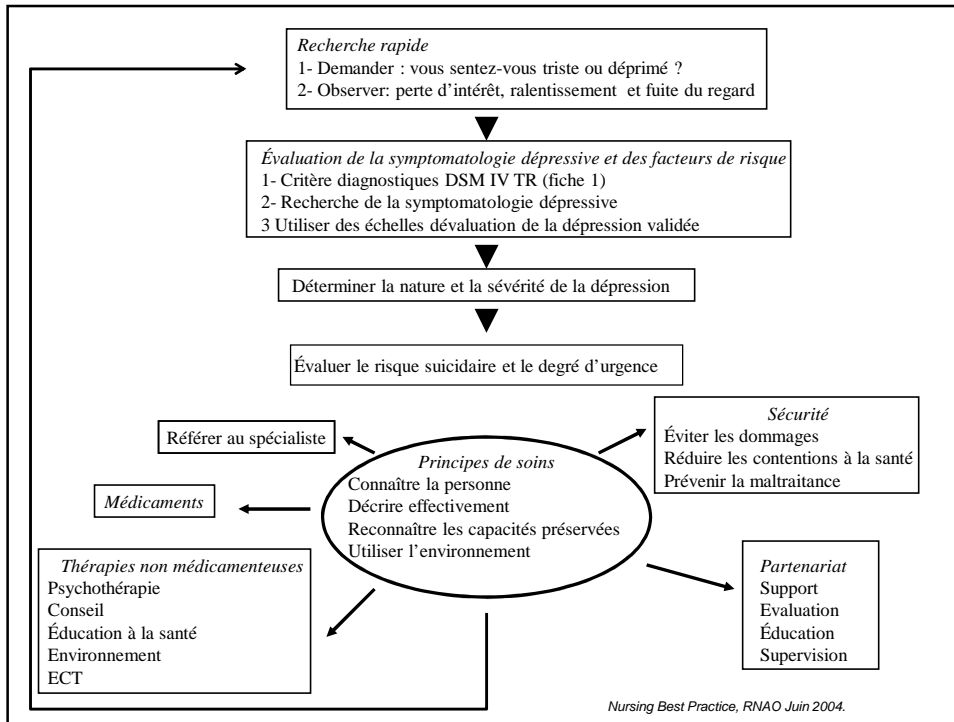
## Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

- Analyse fonctionnelle
  - Ou, quand, comment, avec qui, émotions, pensées, qu'est-ce qui aggrave, qu'est-ce qui soulage, comportement, conséquences ?
  
- Exposition
  - Hiérarchisation des situations anxiogènes
  - Extinction ou habitude
  
- Désensibilisation systématique
  - Principe de l'inhibition réciproque: stress / relaxation (Wolpe 1958)
  - Relaxation
    - Training autogène de Schultz (1932) (hypnose et autosuggestion d'Emile Coué)
      - Entraînement standard (prise de conscience de sensations corporelles)
      - Modifications autogènes (Formules Organo-Spécifiques)
      - Méditation autogène (visualisations)
      - Neutralisation autogène (accepter le sensations parasites et les verbaliser)
    - Relaxation de Jackobson le sursaut est proportionnel à l'état de tension musculaire. Prendre conscience de la décontraction, du non-agir.

## Indications du type de thérapies psychologiques

Objectifs	Exemples
Déplacement des symptômes	TCC et psychothérapie interpersonnelle
Restauration d'un fonctionnement psychologique et fonctionnel normal	Manageur de cas, TCC, psycho-éducation, thérapie occupationnelle, thérapie familiale.
Prévention des rechutes et récurrences	Thérapie de soutien (TCC et psychothérapie interpersonnelle)
Correction des « causes » psychologiques et résolution des symptômes secondaires	Thérapie familiale, couple, cognitive, interpersonnelle, brève et dynamique, et autres
Augmentation de l'observance médicamenteuse	Gestionnaire de cas, TCC spécifique, éducation thérapeutique
Correction des conséquences des troubles dépressifs (c.a.d. désordre familial, mauvaise estime de soi)	Thérapie occupationnelle, couple, familiale, cognitive et les autres thérapies centrées sur les problèmes spécifiques.

National Advisory Committee on Health and Disability (1996) New Zealand Guidelines Group.





## Improving Mood: Promoting Acces to Collaborative Treatment IMAPCT

- « Depression care manager »  
Education thérapeutique, technique de résolution de problème dans le soin primaire, intervention comportementale.

- 1801 P  $\geq$  60 ans dont 28.6 % avec idées suicidaires

	inclusion	6	12	18	24 mois
IMPACT	139	7.5	9.8	8	10.1
Contrôle	119	12.1	15.5	13	13.9

- Pas de suicide observé.

## Efficacités des traitements / dépression de la personne âgée

Traitement	Niveau de preuve*	Conclusion
<u>Médicaments</u>		
Antidépresseur	I	Efficacité
ECT	I	Efficacité mais seulement dans les indications reconnues
Oestrogène	II	Pas de preuve
Testostérone	III-3	Pas de preuve évidente
Stimulation magnétique Transcraniale	II	Pas de preuve évidente
<u>Approches psychologiques</u>		
TCC	I	Efficacité mais pas pour patients avec AVC
Thérapie comportementale	II	Efficacité si en même temps que médicament AD
Thérapie interpersonnelle	II	qq preuves d'efficacité
Résolution de Problème	II	qq preuves d'efficacité
Psychothérapie	II	Efficacité
Réminiscence	I	Efficacité
Remorisation	II	Efficacité pour dépression légère à modérée
<u>Style de vie et thérapies alternatives</u>		
Abstinence alcoolique	V	Pas de preuve
Exercice	II	Efficacité
Huiles de poissons	V	Pas de preuve convaincante
Lux thérapie	II	Efficace en hospitalier ou en EHPAD
Massage	III-3	Pas de preuve convaincante
Musico-thérapie	V	Pas de preuve
Herbe de Sait Jean	II	Efficacité pour dépression légère à modérée
<u>Vitamines</u>		
Folates	II	qq preuve chez les patients DTA
B 12	III-3	Pas de preuve convaincante chez les patients non DTA
autres vitamines B	II	Pas de preuve convaincante
Vitamines C, D and E	V	Pas de preuve

*C.I. Frazer. Med Journ of Australia 2005; 182 (12): 627-32.*

## Règles pour traiter les troubles dépressifs chez le sujet âgé

- Éviter les imipraminiques en première intention
- ISRS, IRSN, NaSSA, RIMA (efficacité : 60 %)
- Début avec posologie plus faible / adulte ssi vulnérabilité sinon dose adulte Nle
- Réponse plus lente (6 semaines)
- Maintenance / attaque + consolidation (6 mois)
- Surveillance TA
- Équilibre : avant et pendant
- Interactions médicamenteuses (INR, ionogramme...)
- Un suivi rapproché

## Références Guidelines

*Guide de prise en charge de la dépression (DGS 2007)*

*Anxiété Dépression chez le sujet âgé (DGS 2007, à paraître)*

*Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif chez l'adulte (HAS 2007).*

*Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. AFSSAPS 2006*

*Major depression in adults for mental health care. ICSI 2006.*

*Caregiving strategies for adults with depression. RNAO. 2004*

*Diagnostic accuracy of the british columbia major depression inventory 2004*

*Management of depression in primary and secondary care NICE 2004.*

*Guidelines on depression in older people. Practising the evidence. INFORMA Healthcare. Baldwin 2003 +++*

*Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ANAES Mai 2002*

*La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. ANAES 2000.*

*Practice guideline for the treatment major depressive disorder. APA 2000 et révision*

*Diagnosis and management of Major Depression Disorder. Canadian Psychiatric Association. British medical Association.*