

**"VOICI MOINS DE PLAISIRS MAIS VOICI  
MOINS DE LARMES..." :**

**DÉPRESSION ET DÉCLIN COGNITIF LIÉ A  
L'ÂGE**



*Dr. Véronique LEFEBVRE des NOETTES  
Psychiatre du sujet âgé C.H.E. Roux Limeil-Brevannes*

# CONFLITS D'INTÉRÊTS

Je n'ai pas de conflits d'intérêts

–Je n'ai pas d'intérêt pour les conflits

–Je n'ai pas de conflit

–J'ai beaucoup d'intérêt pour ce congrès et remercie les organisateurs de m'avoir invitée à parler d'un sujet passionnant et qui me passionne

# Dépression du sujet âgé

- **Prévalence élevée 3 à 5 % après 65 ans**
- **10 à 20 % en MdR**
- **42 à 55% en SLD**
- **40 % des dépressions du sujet âgé ne sont pas diagnostiquées**
- **30 à 50 % de dépression chez les déments**

# VOICI MOINS DE PLAISIR :

- **Grand âge = Un consensus sur pertes et déficits**
  - Réduction
    - Des capacités d'apprentissage et d'adaptation
    - Mémoire, attention, concentration
    - Fonctions instrumentales
    - Capacités motrices et sensorielles
    - PERTES DE MEMOIRES
  - Déclin, abandons et renoncements
    - Solitude
    - Repli
    - Perte des rôles sociaux
    - Désafférentation socio-affective
    - Désanimation, néophobie
    - Morosité, ennui, gravité
    - Dépression, glissement, suicide
    - (...)
- **Consensus ou stéréotype ?**

# Facteurs de risque de DEPRESSION du SUJET AGE

|  |   |
|--|---|
| <b>Facteurs Biologiques</b>                  | <p>⚡ des neurotransmetteurs au niveau du cerveau: sérotonines, dopamines, noradrénaline, acétylcholine</p> <p>Risque génétique mal connu</p> <p>Maladies somatiques, thyroïde Cushing, démences MA vasculaires, Parkinson, infections virales ou bactériennes , cancers, lymphomes...</p> |
| <b>Médicaments dépressogènes</b>             | <p>Réserpine, corticoïdes, antihypertenseur centraux, codéine, œstrogènes, Beta Bloquant, agent progestatif...</p>  |
| <b>Facteurs Psychologiques Biographiques</b> | <p>Poids des évènements de la vie - Perte des proches</p> <p>Manque de relations privilégiées</p> <p>Manque d'estime de soi</p> <p>Perte d'autonomie</p> <p>Conséquences de la retraite</p> <p>Changement de domicile</p>   |
| <b>Facteurs Psychosociaux</b>                | <p>Réduction du réseau social</p> <p>Solitude - Isolement social</p> <p>Pauvreté - Problèmes financiers</p>   |

# Quelles sont les structures cérébrales concernées par la dépression?

## CORTEX PREFRONTAL

- Mémoire à court terme
- Décision, planification de tâches
  - fébrilité comportementale
  - organisation temporelle de comportement

## DANS LA DÉPRESSION

- ↘ volume
  - ↘ neurogénèse
  - ↘ cellules gliales
- hypofonctionnement  
Ralentissement psychomoteur dépressif

## AMYGDALE

- Gestion des émotions
  - réaction de peur
  - irritabilité, agressivité
  - labilité émotionnelle
- Anxiété

## DANS LA DÉPRESSION

- ↘ puis ↗ volume
  - ↘ cellules gliales
- hyperactivité

DÉPRESSION ANXIEUSE  
DÉPRESSION HOSTILE, IRRITABLE

## HIPPOCAMPE

- Processus de mémorisation
- Mémoire explicite
  - épisodique
  - sémantique

## DANS LA DÉPRESSION

- ↘ volume
- ↘ neurogénèse

DÉPRESSION AVEC DÉFICITS COGNITIFS MARQUÉE  
DÉPRESSION PSEUDODÉMENTIELLE



Diagnostic clinique .. Tableau trompeur et varié

**On ne retrouve pas toujours l'humeur triste**

Ni le ralentissement idéo-moteur,

**On retrouve fréquemment:**

L'asthénie

L'anxiété et les plaintes somatiques,

La perte de goût et d'intérêt

L'anhédonie

Les perturbations du sommeil et de l'appétit

Les équivalents suicidaires ( chutes, accidents domestiques ,  
erreur sur les médicaments)

et le suicides aboutis.

# MINI GDS

Le patient doit se situer il y a une semaine et non dans le passé ni dans l'instant présent.

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1) Vous sentez vous souvent découragé (e) et triste ?          | Oui | Non |
| 2) Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?             | Oui | Non |
| 3) Etes-vous heureux (se) (bien) 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 |
| Question 2 | Oui=1  | Non=0 |
| Question 3 | Oui=0  | Non=1 |
| Question 4 | Oui= 1 | Non=0 |

## Score

Score = 1 ou plus très forte probabilité de dépression

Score = 0 très forte probabilité d'absence de dépression

# FORMES CLINIQUES de la DEPRESSION du SUJET AGE

Le tableau est souvent trompeur évoluant de manière torpide et souvent masqué par d'autres symptômes.

## Dépressions avec caractéristiques psychotiques

- Mélancolie, syndrome de COTARD.
  - Mélancolie d'involution de KRAEPLIN ( 1896)
- Pronostic réservé : 25% de décès dans l'année.*
- Les dépressions délirantes (ruines, persécutions, spoliations, abandons)
  - Dépression anxieuse
  - ***Les dépressions hostiles ( agressivité, agitation accompagnent la dépression : très fréquent dans la maladie d'Alzheimer).***
  - ***Dépression masquée?***
  - ***Sd de glissement?***

# Des formes cliniques variées

- Il faut être attentif aux idées:
- d'indignité, de culpabilité, de nosophobies, de persécutions, délirantes.
- Aux dépressions mélancoliques,
- Aux dépression masquées :
- Dépressions souriantes,
- Hypochondriaques, hostiles, agitées, délirantes
- Aux syndromes de glissement
- Aux Diogène
- Aux pseudo-démences dépressives

## SYMPTOMES SPECIFIQUES A LA PERSONNE AGEE:

**VOICI MOINS DE LARMES !**

- **instabilité, agressivité, colère. DEPRESSION HOSTILE**
- somatisations fréquentes, hypocondrie.
- démotivation, ennui, sensation douloureuse de vide intérieure.
- repli sur soi, isolement.
- angoisse matinale.
- confusion.
- dépendance.
- troubles mnésiques, allégués.
- impression d'inutilité d'être.
- suicide programmé, abouti.

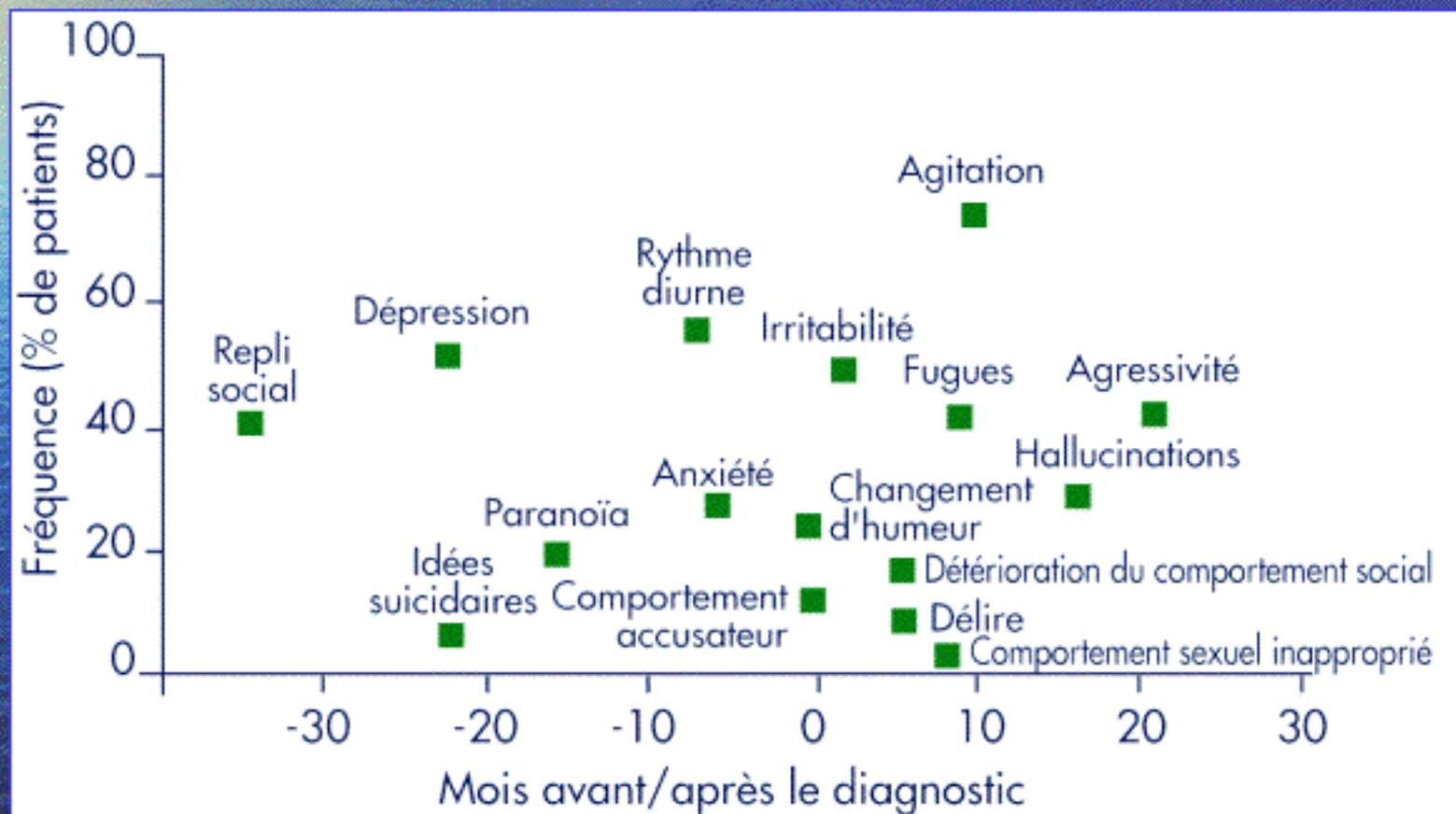


# Dépression: facteurs de risques de démence?

- **Données épidémiologiques contradictoires**
- **Méta-analyse: risque relatif de 2.1**
- **6 études prospectives: RR=1.86**
- **Dépression facteurs de risques d'Alzheimer**

# Troubles psycho-comportementaux dans la maladie d'Alzheimer

Fréquence des symptômes en fonction de l'évolution de la maladie



## Échelle d'évaluation de l'humeur : Échelle de Cornell

L'échelle de Cornell permet de rechercher une dépression chez les patients présentant une démence. En effet la maladie d'Alzheimer et les autres démences peuvent s'accompagner de dépression.

### Systeme de notation :

a = impossible à évaluer ; 0 = absent ; 1 = modéré ou intermittent ; 2 = sévère.

#### A - Troubles de l'humeur

- 1 - Anxiété : Expression anxieuse, inquiétude
- 2 - Tristesse : Expression triste, voix triste, au bord des larmes
- 3 - Manque de réaction aux événements plaisants
- 4 - Irritabilité : Facilement irrité, facilement en colère

#### B - Troubles du comportement

- 5 - Agitation : Impatience, mouvements de frottement des mains
- 6 - Ralentissement moteur : Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions
- 7 - Plaintes fonctionnelles multiples (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)
- 8 - Perte d'intérêt : Moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)

#### C - Signes physiques

- 9 - Diminution de l'appétit : S'alimente moins que d'habitude
- 10 - Perte de poids : (coter 2 si perte supérieure à 2 kg en un mois)
- 11 - Manque d'énergie : Se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)

#### D - Modification des rythmes

- 12 - Variations de l'humeur dans la journée : Symptômes plus intenses le matin
- 13 - Difficultés d'endormissement : Endormissement plus tardif que d'habitude
- 14 - Nombreux réveils nocturnes
- 15 - Réveil matinal précoce : Réveil plus tôt que d'habitude

#### E - Troubles idéatoires

- 16 - Suicide : Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, désir de suicide, tentative de suicide
- 17 - Auto-dépréciation : Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec
- 18 - Pessimisme : S'attend au pire
- 19 - Délire congruent à l'humeur : Incurabilité, ruine

a 0 1 2

|    | a | 0 | 1 | 2 |
|----|---|---|---|---|
| 1  |   |   |   |   |
| 2  |   |   |   |   |
| 3  |   |   |   |   |
| 4  |   |   |   |   |
| 5  |   |   |   |   |
| 6  |   |   |   |   |
| 7  |   |   |   |   |
| 8  |   |   |   |   |
| 9  |   |   |   |   |
| 10 |   |   |   |   |
| 11 |   |   |   |   |
| 12 |   |   |   |   |
| 13 |   |   |   |   |
| 14 |   |   |   |   |
| 15 |   |   |   |   |
| 16 |   |   |   |   |
| 17 |   |   |   |   |
| 18 |   |   |   |   |
| 19 |   |   |   |   |

Score total en l'absence de "a"

Dépression chez patient dément

même si MMS<15/30

Hétéro-évaluation

>10 = dépression

# DEPRESSIONS ET DEMENCES

## 3 Hypothèses

### 1- L'hypothèse d'une coïncidence

Démence et dépression étant deux affections les plus fréquentes chez le S.A.

La fréquence de la dépression associée à la démence va selon les études de 0 à 87%

### 2- L'hypothèse que la dépression fait le lit de la démence

Une grande fréquence de conversion de la dépression en démence fait exploser le concept de **pseudo-démence dépressive**.

### 3- L'hypothèse que la dépression est secondaire à la démence

La plus couramment admise du fait que les patients présentant une MA et dépression auraient un déséquilibre de la balance noradréline-acétylcholine et que les réactions psychologiques parfois de catastrophes liées aux déficits cognitifs entraîneraient une dépression. Elle serait plus fréquente en début d'évolution que dans les démences sévères probablement aussi à cause du problème de la validité des critères de diagnostic dans les démences sévères

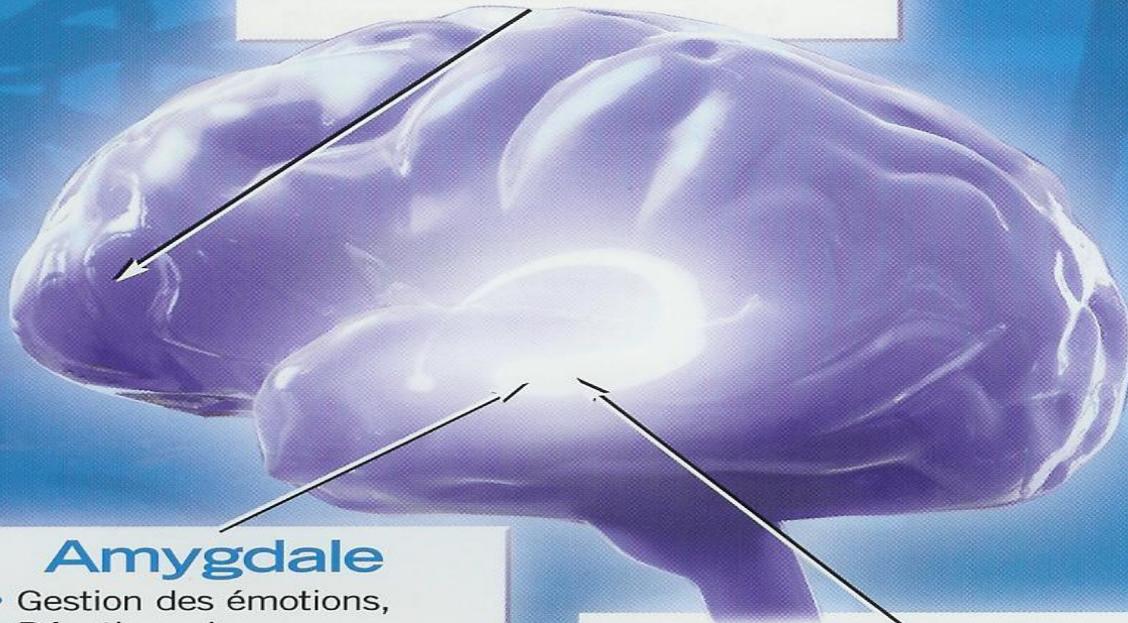
# Fonctions des structures cérébrales impliquées dans la symptomatologie dépressive

## Cortex préfrontal

- Mémoire à court terme liée à la prise de décisions, d'initiatives



- Patient «ralenti»<sup>3</sup>



## Amygdale

- Gestion des émotions,
- Réactions de peur,
- Anxiété, • Agressivité<sup>4</sup>



- Patient irritable, agressif, pessimiste
- Patient anxieux

## Hippocampe

- Contrôle de l'humeur
- Mémorisation, concentration
- Acquisition des connaissances

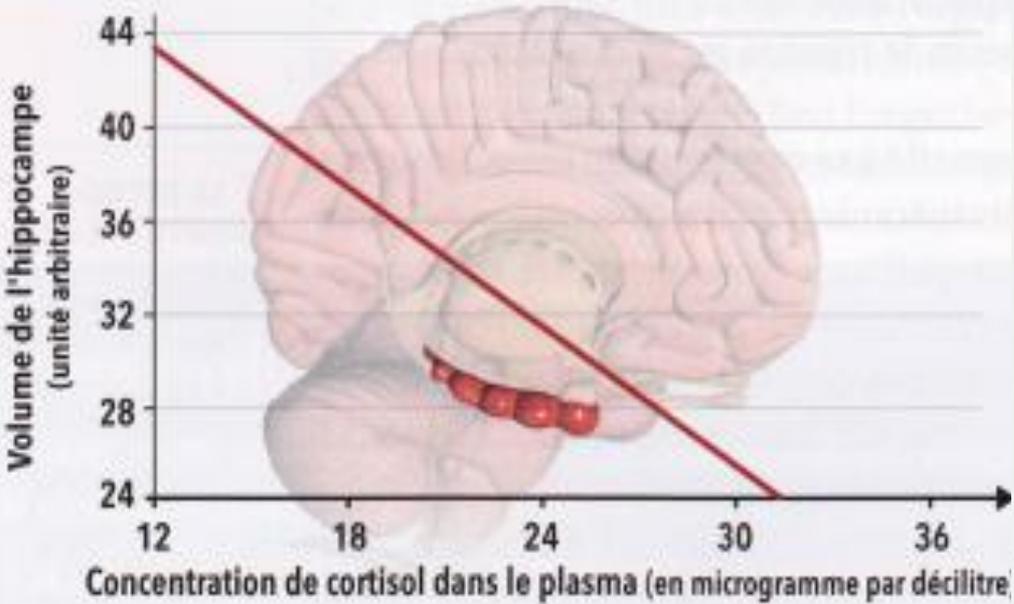


- Patient avec des déficits mnésiques et intellectuels marqués<sup>1-2</sup>

1. Van der Flier w et al. *J Neurol* 2004. 2. Von Gunten A et al. *Eur Psychiatry* 2004.

3. Harman MJ et al. *J Neurosychiatry Clin Neurosci* 2004. 4. Sheline Y et al. *Neuroreport* 1998.

# L'impact du cortisol sur l'hippocampe

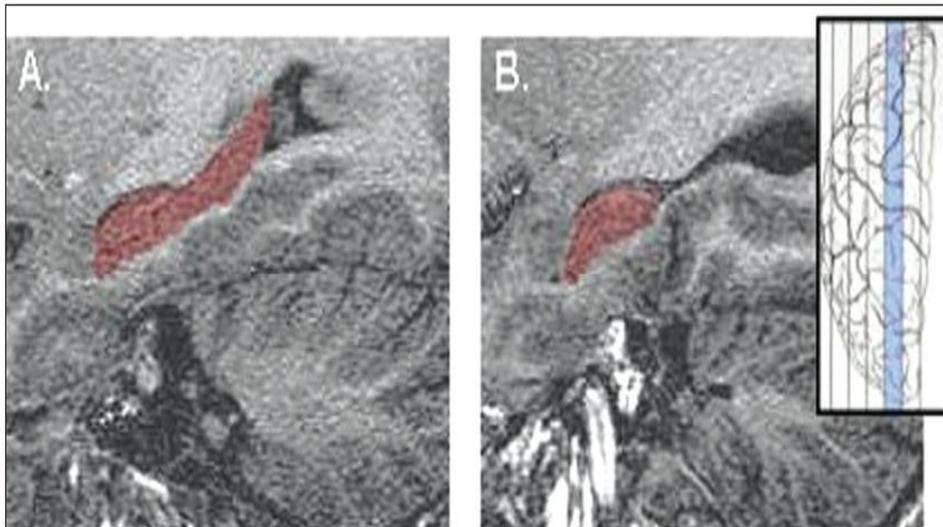
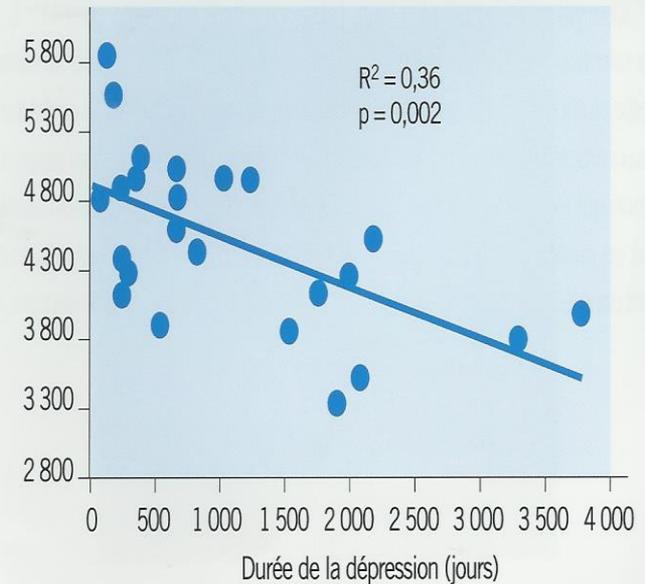


L'hippocampe est une des structures cérébrales dont le volume est le plus précocement diminué lors des états dépressifs.

Cette diminution est habituellement corrélée à la durée de l'épisode dépressif. Le stress, très fréquemment associé aux états dépressifs conduit aussi à une atrophie neuronale avec diminution des connexions neuronales, particulièrement dans le gyrus dentelé de l'hippocampe. De même, le stress est associé à une augmentation de l'apoptose au niveau de l'hippocampe et du cortex temporal. On constate aussi lors des épisodes dépressifs une diminution de l'activité du **cortex préfrontal**. Ce dernier, impliqué dans les processus mnésiques et dans la mise en œuvre et le maintien des stratégies cognitives, ne permet plus de gérer l'afflux affectif provenant des aires limbiques.

La diminution du volume de l'hippocampe est corrélée à la durée de la dépression<sup>1</sup>

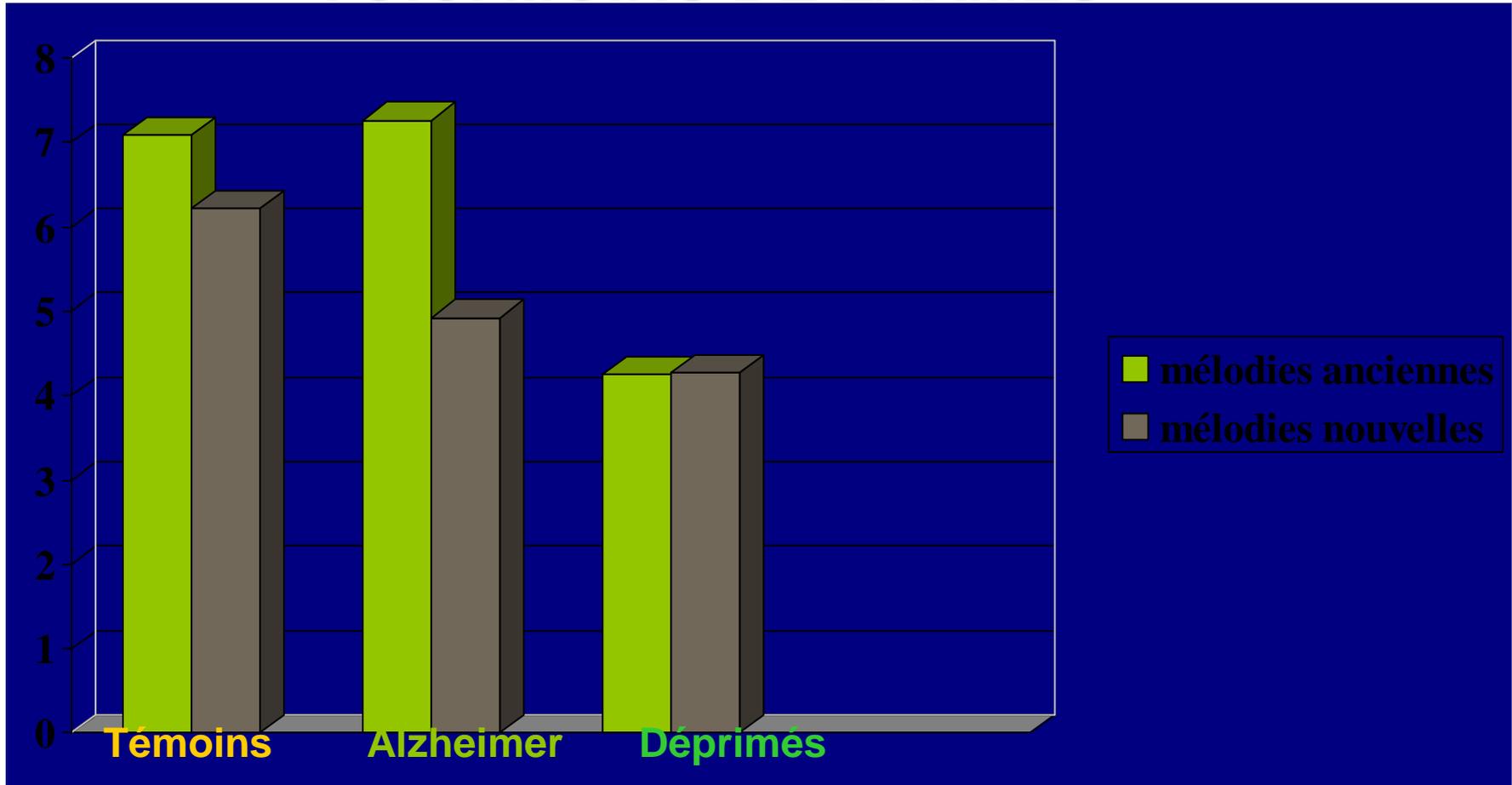
Volume de l'hippocampe (mm<sup>3</sup>)



1 - Sheline YI, Sanghavi M, Mintun MA, Gado MH. Depression duration but not age predicts hippocampal volume loss in medically healthy women with recurrent major depression. *J Neurosci*. 1999;19(21):5022-5032

# Effet de présentation et jugement de préférence

## VOICI MOINS DE LARMES



# Chez la personne âgée ATTENTION AU PASSAGE à L'ACTE SUICIDAIRE

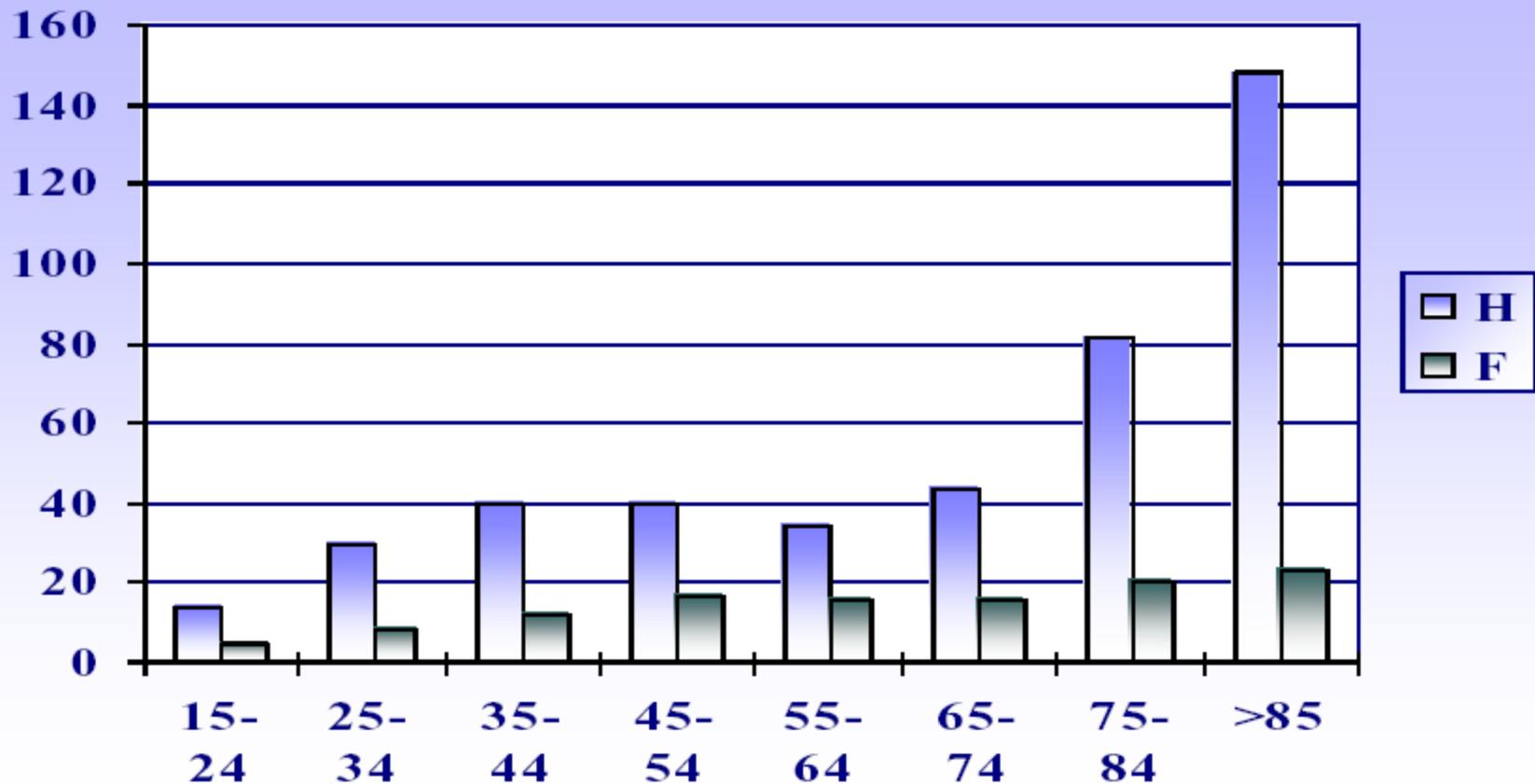
- Les idées suicidaires sont rarement spontanément exprimées
- Elles ne doivent pas être banalisées par l'entourage
- Les manifestations de la crise psychique peuvent comporter une attitude de repli sur soi, un refus de s'alimenter, un manque de communication, une perte d'intérêt pour les activités, un refus de soin et des ébauches de passage à l'acte
- Le contexte de vulnérabilité comporte de façon quasi constante
  - une **dépression**
    - Méconnue
    - Masquée
    - Trompeuse
    - Peu parlante
    - Non reconnue
    - Niée
    - Minimisée
    - Atypique
    - (...)
  - des maladies somatiques
  - sources de handicap et de douleur
  - des conflits, une maltraitance
  - un changement d'environnement (entrée en maison de retraite, admission à l'hôpital) , un isolement accru,
  - veuvage pour les hommes

# Particularités du sujet âgé

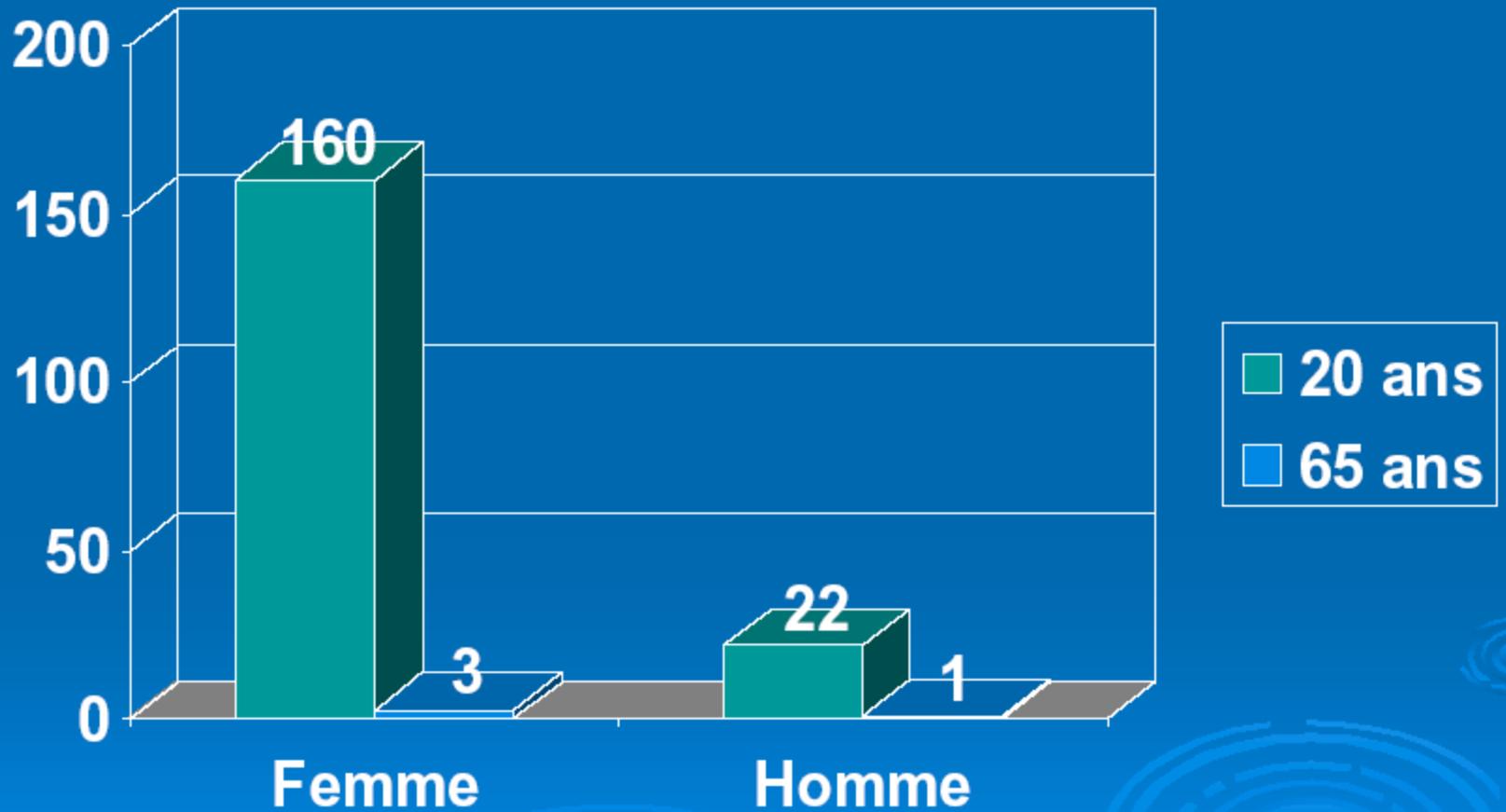
- **En France un suicide toutes les 40 mn et une T.S. toutes les 4 mn**
- **30% des suicides = P.A. soit près de 4000 pour 12000/an**
- 80% des P.A. sont vues par le M.G dans le mois avant le passage à l'acte et 50% 7 J. avant
- ***Facteurs de risque:***
- 70% des suicidés ont une dépression, TAG ,alcool
- Isolement affectif, social, veuvage, deuil, hospitalisation (42%).
- N'exprime pas sa douleur morale , début de MA
- Sexe masculin > 65 ans ,
- Comorbidité somatique , consommation médicamenteuse
- **La T.S. se répète dans 60% des cas le délais entre 2T.S. est de moins d'1 an**
- **RISQUE SUICIDAIRE** Personne âgée dépressive:
- Faire très attention aux situations de rupture, chutes, perte animal familier,
- Hospitalisations, changements de chambre, institutionnalisation..
- Prendre très au sérieux le sentiment d'inutilité, de charge pour les proches, la suspension des soins médicaux en cours, l'annonce d'un cancer ou d'une MA;

# Taux de mortalité par suicide

Nombre annuel de décès / 100 000 individus de la tranche d'âge



# Nombre de TS pour 1 suicide



# Généralités sur la prise en charge

\* L'objectif de la prise en charge thérapeutique est :

**d'offrir les meilleures conditions de vie possible au patient comme à sa famille**

**une mobilisation des fonctions cognitives résiduelles,**

**une compensation des fonctions défailtantes,**

**tout en tenant compte du retentissement psycho-affectif des troubles.**



# TRAITEMENTS DE LA DEPRESSION DU SUJET AGE

## 4 difficultés

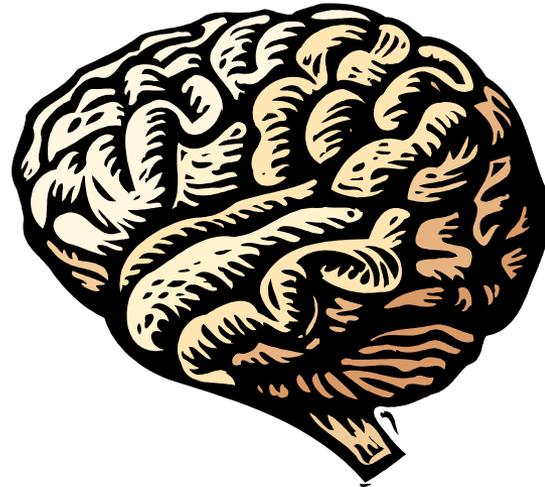
- l'âge : modifications de l'absorption, du volume de distribution et de la clearance des psychotropes
- La comorbidité somatique ==> polymédication



- La iatrogénie



- Le déficit en acétylcholine



## MODES DE PRESCRIPTION

# START LOW- GO SLOW

Mais atteindre la dose thérapeutique efficace =  
celle de l'adulte jeune.

### Durée de prescription :

- 1er accès : six mois minimum
- Prévention des rechutes : 1 an
- Si plus de 2 rechutes : à vie

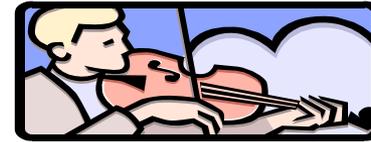
# LES I. S. R. S. en première intention

- Bon rapport efficacité tolérance
- Effets secondaires, transitoires: nausées, vertiges, courbatures
- Bon index thérapeutique = diminution du risque toxique en cas de T.S.
- Faire un sevrage progressif à l'arrêt pour éviter le SD serotoninergique: nausées, état grippal, vertiges.
- Cibles symptomatiques visées:
- Troubles cognitifs, irritabilité, anxiété, t.o.c.
- Dépression caractérisée.
- DEROXAT, PROZAC, FLOXIFRAL, SEROPRAM, SEROPLEX, ZOLOFT

# TRAITEMENTS NON PHARMACOLOGIQUE

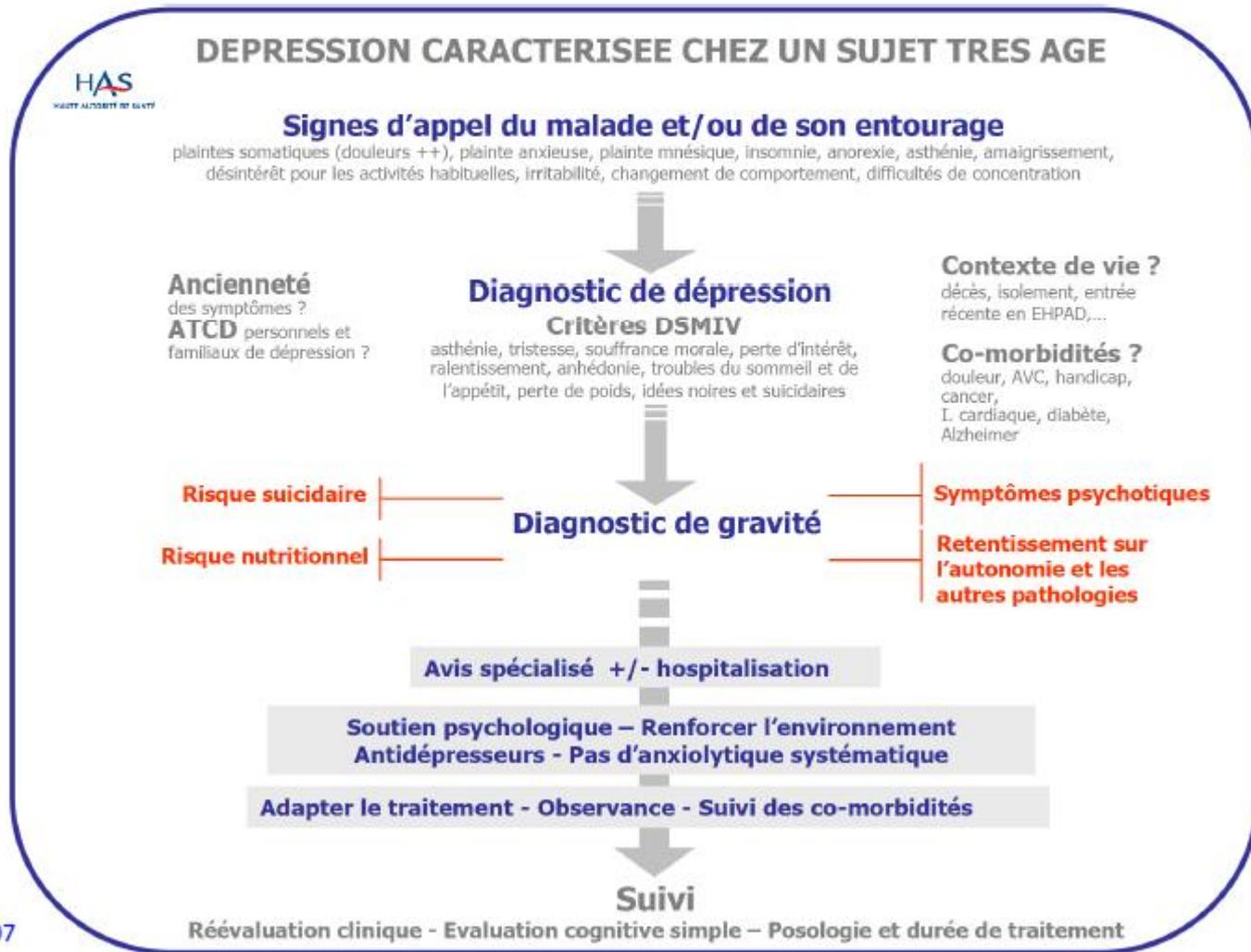


- Psychothérapies interpersonnelles, de soutien, familiales.
- Groupes de paroles, musico-thérapies, arts-thérapies.
- Groupes de stimulation cognitives (ateliers mémoire)



- Socio-thérapie (sorties culturelles et ludiques)
- Association de familles (aides aux aidants)

# DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE – ARBRE DÉCISIONNEL



# Dépression

## CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

REPÉRER, ÉVALUER, IDENTIFIER LES RISQUES SUICIDAIRES  
ET PRENDRE EN SOINS

### EN EHPAD ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



## Présentation de l'outil

PROMOTION DE L'AMÉLIORATION  
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Dans le cadre du programme MobiQual



Mise en œuvre : Société Française de Gériatrie et Gérologie,  
sous l'égide du Ministère délégué chargé des Personnes âgées et de l'Autonomie,  
avec le soutien de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.



MINISTÈRE  
DÉLÉGUÉ CHARGÉ  
DES PERSONNES ÂGÉES  
ET DE L'AUTONOMIE



En collaboration avec :  
Fédération Française de Psychiatrie  
Société de Psychogériatrie de Langue Française  
Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD.





- **8 fiches pratiques**

- 1 Repérer les signes de dépression** : *parce que le risque de dépression chez la personne âgée doit être une préoccupation constante du soignant ...*
- 2 Repérer la crise suicidaire** : *parce que l'évaluation du risque suicidaire doit être systématique en cas de dépression.. [Lien vers fiche](#)*
- 3 Dépression et deuil** : *parce que tous les deuils ne doivent pas être médicalisés mais entendus et accompagnés..*
- 4 Dépression et troubles cognitifs** : *parce que la présence de troubles cognitifs est fréquemment associée à une dépression tardive chez la personne âgée..*
- 5 Dépression et apathie** : *parce que l'apathie peut être présente en même temps que les symptômes dépressifs mais peut exister de manière isolée..*
- 6 Traitement médicamenteux de la dépression** : *parce que le traitement d'un épisode dépressif caractérisé doit être entrepris sans délai..*
- 7 Prévenir la dépression** : *parce que la prévention de la dépression en EHPAD associe des mesures complémentaires*
- 8 Dépression et maltraitance (habeo)** suivie de 4 situations cliniques



- **13 outils d'évaluation**

- 1 Échelle de dépression gériatrique - MINI GDS [lien vers Mini GDS](#)
- 2 Échelle de dépression gériatrique - GDS (15 items)
- 3 Échelle de dépression de Cornell
- 4 Inventaire Apathie soignant (en institution)
- 5 Inventaire Apathie soignant (ambulatoire)
- 6 Inventaire Apathie patient
- 7 Inventaire Apathie accompagnant
- 8 Mini Mental State Examination (MMSE)
- 9 Inventaire neuropsychiatrique NPI-ES item dépression
- 10 Inventaire neuropsychiatrique NPI-ES item apathie
- 11 Inventaire neuropsychiatrique NPI-ES item anxiété
- 12 Fiche de transmission
- 13 Arbre décisionnel

# En conclusion

