

# Pharmacothérapie de la dépression chez les aînés

Christopher Frank MD FCFP

## Résumé

**Objectif** Discuter du traitement pharmacologique de la dépression chez les personnes âgées, y compris le choix des antidépresseurs, le titrage de la dose, la surveillance de la réponse et des effets secondaires et le traitement des cas réfractaires.

**Sources des données** Les lignes directrices de 2006 de la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health sur l'évaluation et le traitement de la dépression ont servi comme source principale. Pour recenser les articles publiés après les lignes directrices, on a procédé à une recherche documentaire dans MEDLINE de 2007 à 2012 à l'aide des expressions en anglais *depression, treatment, drug therapy and elderly*.

**Message principal** Le but du traitement devrait être la rémission des symptômes. L'amélioration des symptômes peut être surveillée en fonction des objectifs du patient qu'on a identifiés ou en se servant d'outils cliniques comme le Patient Health Questionnaire-9. On devrait envisager le traitement en 3 étapes: l'étape du traitement aigu pour obtenir la rémission des symptômes, une étape de continuation pour prévenir la récurrence d'un même épisode de la maladie (rechute) et une étape

de maintien (prophylaxie) pour prévenir de futurs épisodes (récurrence). Le dosage initial devrait être la moitié de la dose de départ habituelle chez l'adulte et il devrait être titré régulièrement jusqu'à ce que le patient réponde, jusqu'à ce que la dose maximale soit atteinte ou encore que les effets secondaires en limitent l'augmentation. Parmi les effets secondaires fréquents, on peut mentionner les chutes, la nausée, les étourdissements, les céphalées et, moins communément, l'hyponatrémie et des changements dans l'intervalle QT. Des stratégies pour changer ou augmenter les antidépresseurs sont présentées. Les patients plus âgés devraient être traités pendant au moins un an à compter de l'observation d'une amélioration clinique et ceux qui ont une dépression récurrente ou des symptômes sévères devraient continuer le traitement indéfiniment. La prise en charge de situations particulières comme une dépression profonde ou une dépression avec psychose est discutée, y compris le recours à une thérapie électroconvulsive. Les critères pour demander une consultation en psychiatrie gériatrique sont indiqués; par ailleurs, de nombreux médecins de famille n'ont pas aisément accès à une telle ressource ou à d'autres stratégies cliniques non pharmacologiques.

**Conclusion** L'efficacité de la pharmacothérapie de la dépression n'est pas considérablement influencée par l'âge. L'identification de la dépression, le choix du traitement approprié, le tritage des médicaments, la surveillance des effets secondaires et la durée suffisante du traitement amélioreront les résultats pour les patients plus âgés.

## Cas

*M. C. est un homme de 85 ans qui se plaint de fatigue, de ne pas avoir d'appétit et d'avoir perdu 2,5 kg depuis les 6 derniers mois. Il signale aussi des changements dans sa mémoire à court terme. Ses antécédents médicaux ne révèlent qu'une maladie cardiovasculaire et il prend actuellement un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et une statine.*

*Vous lui administrez l'Évaluation cognitive de Montréal<sup>1</sup> pour mesurer sa fonction cognitive et il réussit bien, avec un score de 26 sur 30. Vous faites une anamnèse complète et un examen physique et aucune maladie physique sous-jacente n'est détectée. Vous vous demandez si M. C. pourrait souffrir de dépression majeure. Vous vous servez de la mnémotechnique SIC E CAPS (Tableau 1)<sup>1</sup> pour dépister les symptômes.*

*Ses habitudes de sommeil ont changé dernièrement et il indique qu'il s'inquiète fortement que ses symptômes soient les signes d'un cancer sous-jacent. Il était auparavant actif au club Rotary local et marchait 3 km par jour avec un groupe d'aînés mais, maintenant, il*

## POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- La dépression majeure touche jusqu'à 20 % des personnes de plus de 65 ans. L'évaluation et la prise en charge de la dépression sont difficiles chez les patients plus âgés, en particulier ceux qui sont frêles et souffrent de plusieurs maladies concomitantes.
- Les patients plus âgés atteints de dépression devraient être informés de leur diagnostic, étant donné que de nombreux aînés qui prennent des antidépresseurs ne sont pas au courant de leur diagnostic de dépression. Si le patient et sa famille comprennent mieux la situation, les résultats pourraient en être meilleurs du fait d'une plus grande observance de la thérapie.
- De nombreux patients plus âgés souffrant de dépression ont des comorbidités importantes. L'optimisation de leur état de santé et le choix des antidépresseurs dans le but de minimiser les interactions médicamenteuses revêtent donc beaucoup d'importance. Des troubles psychiatriques concomitants peuvent aussi influencer les résultats. Parmi les facteurs servant à orienter le choix des antidépresseurs figurent les réponses antérieures au médicament, les problèmes concomitants, le type de dépression, les autres médicaments pris et le risque de surdose.



Cet article donne droit à des crédits Mainpro-M1. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien vers Mainpro.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2014;60:e95-100

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the February 2014 issue on page 121.

*...passe une bonne partie de son temps à se reposer dans son fauteuil. Il ne prend plus de plaisir aux visites hebdomadaires de ses petits-enfants. Il nie avoir des pensées suicidaires ou des intentions autodestructrices.*

La dépression majeure touche jusqu'à 15 % à 20 % des personnes de plus de 65 ans<sup>1</sup>. Elle a de sérieuses conséquences pour la santé, notamment un fonctionnement diminué, un médiocre apport nutritionnel et un risque accru de décès par suicide. Il est difficile de poser un diagnostic de dépression, en particulier chez les personnes frêles ayant des maladies concomitantes. Chez les personnes plus âgées, la dépression peut se présenter de manière variable et atypique (**Tableau 1**)<sup>1,2</sup>.

Il peut aussi être difficile d'obtenir des résultats optimaux chez des patients frêles plus âgés. Quoique les médicaments ne soient qu'une seule partie du traitement de la dépression, cet article insiste sur la pharmacothérapie, y compris le choix des antidépresseurs, le titrage des doses et le traitement des cas réfractaires.

### Sources des données

Les lignes directrices de 2006 de la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health sur l'évaluation et le traitement de la dépression ont servi comme source principale. Pour recenser les articles publiés en anglais après les lignes directrices, on a procédé à une recherche documentaire dans MEDLINE de 2007 à 2012 à l'aide des expressions en anglais *depression, treatment, drug therapy* et *elderly*. Les articles cités dans les ouvrages ont aussi été passés en revue et mis en référence, le cas échéant.

### Message principal

**Amorce de la thérapie.** M. C. semble avoir un épisode dépressif unipolaire majeur sans caractéristiques psychotiques. Comme première étape, il importe de lui faire connaître le diagnostic. Des données probantes font valoir que de nombreux patients plus âgés qui prennent des antidépresseurs ne sont pas au courant de leur diagnostic de dépression<sup>3,4</sup> et si eux et leur famille étaient au fait de la situation, les résultats pourraient être meilleurs en raison d'une observance plus grande du traitement. La communication du diagnostic donne aussi l'occasion de cerner les objectifs thérapeutiques de chaque patient, ce qui importe pour mesurer la réponse et titrer la dose des médicaments. Par exemple, l'anxiété est une manifestation courante de la dépression chez les personnes plus âgées et peut être établie comme un symptôme possible à cibler.

Le but du traitement a traditionnellement été d'améliorer les symptômes à l'aide d'une échelle validée (p. ex. une réduction de 50 % à l'échelle de mesure de la dépression de Hamilton ou du Patient Health Questionnaire-9)<sup>5</sup>. Par ailleurs, l'objectif idéal serait la rémission des symptômes<sup>6</sup>. Si on choisit un objectif moins agressif, il est plus probable que le traitement soit insuffisant ou un « nihilisme thérapeutique », susceptible d'être plus fréquent lorsque l'on traite des patients plus âgés<sup>7</sup>. Il pourrait être utile de surveiller la réponse à l'aide

d'un outil clinique administré par l'intéressé comme le Patient Health Questionnaire-9.

*Étant donné les symptômes que présente M. C., il est recommandé de lui administrer des médicaments antidépresseurs ou une psychothérapie ou une combinaison des 2 (force de la recommandation de la CCSMH : A. Les recommandations de classe A se fondent directement sur les données probantes tirées de méta-analyses d'études randomisées contrôlées ou d'au moins 1 étude randomisée contrôlée). Dans la plupart des centres au Canada, l'accès à des services de psychologues ou à la psychothérapie est limité (à moins que le médecin de famille puisse les offrir), étant donné la faible probabilité que les patients plus âgés bénéficient d'une assurance par une tierce partie qui rembourse les soins privés).*

On devrait envisager le traitement en 3 étapes :

- une étape de traitement aigu pour obtenir une rémission des symptômes;
- une étape de continuation pour prévenir la récurrence du même épisode de la maladie (rechute); et
- une étape de maintien (prophylaxie) pour prévenir des épisodes futurs (récurrence)<sup>8</sup>.

Quelle que soit la thérapie choisie, il importe de prendre en considération le contexte social et environnemental de chaque patient<sup>9</sup>. Des données probantes indiquent qu'une meilleure socialisation et des approches de soutien, comme le bilan de vie<sup>10</sup>, la thérapie par la musique et l'activité physique peuvent prévenir et améliorer la dépression (recommandation A). Les psychothérapies recommandées pour une dépression gériatrique incluent la thérapie comportementale, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie par solution de problèmes, la thérapie dynamique brève, la thérapie interpersonnelle et la thérapie par réminiscence (recommandation A).

*M. C. concède à contrecœur que votre diagnostic pourrait être exact et consent à commencer à prendre un antidépresseur. Vous travaillez avec lui à déterminer les objectifs thérapeutiques: améliorer le sommeil, reprendre les activités au Club Rotary et être capable de recommencer à marcher avec son groupe. Son but le plus important est de recommencer à prendre plaisir à voir ses petits-enfants.*

**Traitement pharmacologique.** De nombreux patients plus âgés atteints de dépression ont des comorbidités substantielles, comme de l'insuffisance cardiaque, le diabète et le cancer. La maladie chronique est un facteur de risque de développer une dépression. La prise en charge de la dépression comporte, entre autres, l'optimisation de l'état de santé et le choix des antidépresseurs dans le but de minimiser les interactions médicamenteuses. Des troubles psychiatriques concomitants comme l'anxiété et la démence peuvent influencer les résultats, mais les antidépresseurs ont une efficacité semblable chez les patients plus âgés ou plus jeunes<sup>12,13</sup>. Même si la présence d'une maladie médicale peut compliquer le diagnostic de la dépression, il n'y a pas de données probantes claires que

**Tableau 1. Présentation de la dépression chez les aînés:**  
*X indique que le symptôme est proéminent; XX indique le symptôme est très proéminent.*

SYMPTÔMES TYPIQUES	PROÉMINENT CHEZ LES AÎNÉS	PROÉMINENT CHEZ LES PATIENTS PLUS JEUNES
<b>SIC E CAPS</b>		
• Sommeil (insomnie ou sommeil excessif)	XX	X
• Intérêt (anhédonie)	X	X
• Culpabilité	X (se sentir souvent comme un fardeau pour la famille)	XX
• Énergie	XX	X
• Concentration	X	X
• Affect (dysphorie)		XX
• Psychomotricité changée	XX	X
• Suicide	X (taux plus élevé, surtout chez les hommes plus âgés)	X
<b>Autre</b>		
• Anxiété	XX	X
• Perte d'appétit ou de poids	X	X
• Plaintes de perte de mémoire	XX	
• Douleur	X	
• Fatigue	XX	X

Données tirées de la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health<sup>1</sup>

la comorbidité diminue considérablement l'efficacité des antidépresseurs<sup>14</sup>.

Il peut être difficile de traiter la dépression chez les patients atteints de démence. De récentes données probantes font valoir que les antidépresseurs sont moins efficaces chez les patients ayant une démence<sup>15,16</sup>. Les inhibiteurs de la cholinestérase devraient être envisagés dans le traitement de symptômes dépressifs comme l'apathie et l'initiative à la baisse, car les antidépresseurs pourraient ne pas être utiles pour de tels symptômes<sup>17</sup>.

Parmi les facteurs qui peuvent guider le choix des antidépresseurs (Tableau 2), on peut mentionner la réponse antérieure à ce médicament, les problèmes concomitants (p. ex. éviter les agents anticholinergiques chez les hommes ayant une hypertrophie bénigne de la prostate), le type de dépression (p. ex. bipolaire par rapport à unipolaire, présence de caractéristiques psychotiques), les autres médicaments que prend le patient et le risque de surdose<sup>1,18</sup>. Certaines données probantes font aussi valoir que les choix peuvent aussi être guidés par des symptômes concurrents (p. ex. nortriptyline ou duloxétine pour une douleur concomitante<sup>19</sup> et mirtazapine avec l'anxiété<sup>20</sup>).

On n'a pas beaucoup étudié les psychostimulants chez les aînés et ils ont le potentiel de contribuer à l'agitation et à l'insomnie. Une revue Cochrane a identifié de légers bienfaits cernés lors de petites études<sup>21</sup>.

Les benzodiazépines ont, au mieux, un rôle à court terme très limité dans la prise en charge des symptômes liés à l'anxiété et l'insomnie jusqu'à ce que des antidépresseurs plus complets commencent à fonctionner.

**Effets secondaires.** Les effets secondaires sont fréquents; jusqu'à 12 % des participants dans les études se retirent en raison des effets secondaires<sup>22,23</sup>. Les antidépresseurs ont des profils d'effets secondaires semblables: la nausée, la constipation ou la diarrhée, les étourdissements, les maux de tête, l'insomnie ou la somnolence et la dysfonction sexuelle sont communément signalés<sup>24</sup>. Les patients qui passent d'un agent à l'autre rapportent souvent des effets secondaires semblables avec l'agent de remplacement<sup>24</sup>. Quoique les antidépresseurs tricycliques (ATC), en particulier l'amitriptyline, aient empiriquement des effets considérables sur la cognition et les anomalies de la conduction cardiaque, ils sont aussi bien tolérés que les agents plus récents selon des études<sup>22</sup>. Si on utilise des ATC, la nortriptyline et la désipramine ont le fardeau anticholinergique le plus faible. Il est essentiel de porter attention aux autres médicaments pour éviter les réactions et interactions médicamenteuses indésirables<sup>23</sup>.

On connaît bien le risque accru de chutes comme étant un effet secondaire des antidépresseurs, y compris des agents plus récents<sup>25</sup>. Les patients à risque élevé de chutes devraient faire l'objet d'une évaluation à cet égard pour atténuer ce risque avant qu'ils prennent des antidépresseurs.

Environ 8 % de ceux qui commencent à prendre des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) ou de la venlafaxine développeront une hyponatrémie liée au syndrome de la sécrétion inappropriée d'hormones antidiurétiques. Cet état est réversible mais devrait être surveillé au moyen d'une vérification des taux sanguins environ 1 mois après le début de la thérapie (recommandation C; les recommandations C sont directement fondées sur des données provenant d'études descriptives non expérimentales ou sont extrapolées à partir d'études plus rigoureuses). Une revue systématique de 2009 n'a trouvé aucune association entre l'utilisation d'ISRS et le suicide chez les patients plus âgés<sup>26</sup>. Par contre, les personnes âgées sont à risque plus élevé de suicide dans l'ensemble et il est important d'identifier le risque de suicide au moment de l'évaluation et durant le suivi<sup>26</sup>.

En mai 2012, Santé Canada a publié une mise en garde concernant les doses plus élevées de citalopram et d'escitalopram, mentionnant des préoccupations à propos de la prolongation de l'intervalle QT<sup>27</sup>. Des directives officielles n'ont pas découlé de cette recommandation, mais il faut être prudent lorsqu'on prescrit des doses plus élevées que 20 mg de citalopram et 10 mg d'escitalopram à des patients de plus de 65 ans et porter attention à la prescription simultanée d'autres agents susceptibles d'influencer l'intervalle QT. Un électrocardiogramme (ECG) comme point de repère peut aider à orienter cette décision et un ECG de suivi peut être envisagé si le traitement

**Tableau 2. Choix d'antidépresseurs pour les patients plus âgés**

NOM GÉNÉRIQUE	NOM COMMERCIAL	DOSE DE DÉPART, MG/J	DOSE MOYENNE, MG/J	DOSE MAXIMALE RECOMMANDÉE, MG/J	COMMENTAIRES ET AVERTISSEMENTS
<b>ISRS</b>					
• Citalopram	Celexa	10	20–40	20 pour les plus de 65 ans 40 pour les autres	Prolongation du QTc
• Escitalopram	Cipralext	5	10–20	10 pour les plus de 65 ans 20 pour les autres	Prolongation du QTc
• Sertraline	Zoloft	25	50–150	200	Comme avec tous les ISRS, risque de nausée, du SSIHA
<b>IRSN</b>					
• Venlafaxine	Effexor	37,5	75–225	375*	Pourrait augmenter la pression artérielle
<b>Autre</b>					
• Bupropion	Wellbutrin	100	100, 2 fois par jour	150, 2 fois par jour	Pourrait causer des convulsions
• Mirtazapine	Remeron	15	30–45	45	Pourrait causer de la sédation, surtout à doses plus faibles
<b>Tricycliques</b>					
• Desipramine	Norpramin	10–25	50–150	300	Propriétés anticholinergiques; effets secondaires cardiovasculaires; surveiller les taux sanguins
• Nortriptyline	Aventyl	10–25	40–100	200	Propriétés anticholinergiques; effets secondaires cardiovasculaires; surveiller les taux sanguins

SSIHA—syndrome de la sécrétion inappropriée d'hormones antidiurétiques, IRSN—inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS—inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

\*Pour la dépression profonde

Modifications du matériel de la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health avec sa permission<sup>1</sup>

est amorcé chez des patients ayant un intervalle QT de élevé à normal ou si des médicaments ayant un risque d'interaction sont amorcés.

**Titration et surveillance.** Les lignes directrices de la CCSMH recommandent de commencer avec la moitié de la dose «habituelle» mentionnée dans le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*<sup>28</sup>, selon un titrage échelonné en fonction de la tolérance et de la réponse. Il est avisé d'élaborer un plan de titrage au moment de l'amorce et de revoir les objectifs du patient et du médecin qui détermineront s'il y a réponse. En l'absence d'un tel échec, les patients pourraient prendre plus de temps à atteindre les doses thérapeutiques et endurer une plus longue période de symptômes<sup>29</sup>. Il est recommandé que les doses soient augmentées périodiquement jusqu'à ce que la dose maximale citée soit atteinte, que les effets secondaires limitent d'autres augmentations ou

qu'il se produise de bonnes améliorations des symptômes. L'adage en gériatrie «commencer à faible dose et aller lentement» devrait être modifié par «commencer à faible dose, aller lentement, mais y aller!».

*M. C. commence à prendre 10 mg de citalopram et ressent un peu de nausée et une certaine augmentation de l'anxiété. Après 10 jours, sa dose est augmentée à 20 mg et elle est tolérée. Après 2 semaines, il signale une légère amélioration dans son sommeil et son anxiété. Il est allé marcher avec son groupe quelques fois, mais il passe encore une bonne partie de son temps à la maison. Après 1 mois de traitement, on vérifie son taux de sodium sérique pour exclure la possibilité d'un syndrome de sécrétion inappropriée des hormones antidiurétiques et ses résultats d'analyse sont normaux. Un ECG ne montre aucun changement dans le QTc (<450 millisecondes), et*

la dose est augmentée à 30 mg sans changement à l'ECG. Après 4 semaines à cette dose, vous passez en revue les symptômes ciblés.

Si le titrage permet d'atteindre la dose maximale, il est important que les patients reçoivent la thérapie à cette dose pendant une période suffisante. Il importe de vérifier la conformité au traitement, parce que les patients pourraient sans le vouloir omettre de signaler des doses manquées accidentellement ou volontairement en raison des effets secondaires. Il y aurait lieu d'envisager de changer de médicament si le patient n'y répond pas après 4 semaines à la dose maximale ou qu'il n'y répond que partiellement après 8 semaines de traitement (recommandation C). L'approche optimale à l'endroit du changement ou de l'augmentation du traitement n'est pas clairement établie. S'il n'y a pas eu de bienfaits, l'agent peut être changé par un autre médicament de la même classe ou d'une classe différente. Quoique le risque de toxicité à la sérotonine et les effets secondaires puissent être accrus avec plus de 1 agent, il n'est habituellement pas nécessaire de cesser complètement un antidépresseur avec de commencer un nouvel agent; habituellement, une personne peut commencer un nouvel agent à la dose la plus faible du médicament initial. Si la fluoxétine est l'antidépresseur initial, un sevrage de plusieurs semaines sera nécessaire étant donné sa longue demi-vie d'élimination et son potentiel d'interaction<sup>30</sup>.

L'augmentation comporte habituellement l'ajout d'un autre antidépresseur, de lithium ou d'un antipsychotique atypique. Le lithium est le plus recommandable chez les patients ayant une maladie bipolaire possible et devrait être évité chez les patients qui ont de nombreux problèmes médicaux et un risque d'interactions médicamenteuses. Il n'y a que peu de données probantes favorables au renforcement de la thérapie à l'aide d'antipsychotiques chez les personnes très âgées qui ont un risque plus élevé d'événements indésirables, y compris des symptômes extrapyramidaux<sup>31-33</sup>. Les médecins de famille qui n'ont pas d'expérience dans l'augmentation de la thérapie devraient envisager une demande de consultation en psychiatrie gériatrique.

Environ 10 % à 20 % des patients développent des symptômes dépressifs chroniques en dépit des traitements et 25 % à 30 % des patients ne répondent pas à la thérapie initiale. Parmi les facteurs de risque d'une réponse médiocre figurent la démence concomitante, la toxicomanie et des incapacités physiques considérables.

*M. C. signale une amélioration partielle de ses symptômes; il ne fait des promenades que quelques fois par semaine. Les visites de ses petits-enfants demeurent difficiles et il dort mal. Vous diminuez son citalopram à 20 mg et procédez au sevrage progressif, simultanément avec l'administration de 37,5 mg de venlafaxine. La dose de venlafaxine est augmentée aux 2 semaines et, à 150 mg par jour, il signale un meilleur sommeil, un plus grand intérêt et des visites plus agréables avec les*

*petits-enfants. Il vous demande combien de temps il lui faudra continuer à prendre ses médicaments.*

**Traitement de continuation et de maintien.** Il existe certaines données probantes étayant des taux plus élevés de rechute après l'arrêt du traitement chez les patients plus âgés par rapport aux plus jeunes<sup>34</sup>, et il est recommandé de poursuivre le traitement pendant au minimum 12 mois à partir du moment de la rémission (et ce, pendant jusqu'à 2 ans) (recommandation B; les recommandations B se fondent directement sur des données probantes tirées d'études non randomisées contrôlées ou d'autres études quasi-expérimentales, ou extrapolées à partir de données probantes venant d'études randomisées contrôlées). Dans une revue systématique sur l'étape de la «continuation du traitement» (études d'une durée allant de 24 semaines à 3 ans), le ratio interventions/bénéfices (RIB) pour tous les antidépresseurs afin de prévenir 1 rechute additionnelle ou la récurrence était de 3,6 (IC à 95 % de 2,8 à 4,8). Il est intéressant de constater que le RIB pour les ATC était de 2,9 (IC à 95 % de 2,2 à 4,6), par rapport à un RIB de 4,2 (IC à 95% de 3,2 à 5,9) pour les ISRS.<sup>22</sup>

Si on décide d'arrêter les antidépresseurs, la dose devrait être diminuée sur une période de quelques mois avec une surveillance de toutes rechutes (recommandation D; les recommandations D se fondent sur l'opinion d'experts). Un traitement indéfini devrait être envisagé chez les patients qui ont une dépression profonde, des antécédents de dépression récurrente, ont besoin d'une thérapie électroconvulsive (TEC) ou n'ont qu'un soulagement partiel des symptômes (recommandation D).

### Circonstances particulières

**Dépression psychotique:** En présence d'une psychose, il faudrait demander une consultation en psychiatrie gériatrique, compte tenu que la morbidité et la mortalité augmentent et que la prise en charge est plus difficile. On devrait envisager la TEC tôt dans une dépression psychotique<sup>1</sup>. Si on utilise une pharmacothérapie, des antipsychotiques et des antidépresseurs en combinaison avec une TEC devraient être considérés si le traitement n'est pas efficace (recommandation D)<sup>35</sup>.

**Thérapie électroconvulsive:** La thérapie électroconvulsive peut aussi être un traitement qui préserve la vie dans des cas où le dérangement métabolique ou nutritionnel est grave ou lorsque les pensées suicidaires ne réagissent pas aux autres traitements. Elle devrait être envisagée dans les cas de dépression sévère ou lorsque les autres stratégies thérapeutiques échouent. Pour certains patients, l'ETC pourrait être le seul traitement qui aide à améliorer la qualité de vie et à réduire les effets sur la santé de la dépression (recommandation D)<sup>36</sup>.

**Critères pour les demandes de consultation:** On présente à l'Encadré 1 les critères à suivre pour demander une consultation en psychiatrie. Les psychiatres gériatriques ont une expertise spécifique dans le diagnostic et le traitement de la dépression tard dans la vie, mais de nombreux médecins de famille n'ont pas accès à des services de psychiatrie gériatrique. Les patients en soins prolongés ont fréquemment des maladies concomitantes et des complexités qui compliquent la prise en charge, mais ils n'ont souvent qu'un accès limité aux services de psychiatrie. Il vaut la peine de s'informer à

### Encadré 1. Critères pour une demande de consultation

Au moment du diagnostic, les cliniciens devraient demander une consultation en services psychiatriques, s'ils sont accessibles, pour les patients qui ont les problèmes suivants:

- dépression psychotique
- trouble bipolaire
- dépression avec pensées ou intentions suicidaires

Les patients ayant les problèmes suivants pourraient aussi bénéficier d'une telle demande de consultation:

- dépression avec toxicomanie concomitante
- épisode dépressif majeur ou dépression profonde
- dépression avec démence concomitante

De plus, si les médecins sont dans l'une des situations suivantes, une demande de consultation serait peut-être appropriée:

- incertitude au sujet de la prise en charge d'une dépression totalement ou partiellement réfractaire
- inexpérience avec l'utilisation des options et des agents d'augmentation de la thérapie

Modifications du matériel de la Canadian Coalition for Seniors' Mental Health avec sa permission<sup>1</sup>

propos des ressources pour la dépression dans sa région, surtout en raison du vieillissement de la population et de la complexité accrue des patients.

*Après 1 an de rémission, vous discutez du sevrage progressif des antidépresseurs avec M. C. Il est sceptique, étant donné les préoccupations entourant la rechute. Après 18 mois, il trouve qu'il prend trop de médicaments et accepte d'arrêter la venlafaxine. Il est sevré progressivement sur une période de 4 mois, sans qu'il ait de symptômes de sevrage et 6 mois plus tard, il ne signale aucune récurrence des symptômes.*

**D<sup>r</sup> Frank** est professeur agrégé au Département de médecine de la Queen's University et directeur clinique de la gériatrie spécialisée au St Mary's of the Lake Hospital à Kingston, en Ontario.

#### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

#### Correspondance

**D<sup>r</sup> Christopher Frank**, St Mary's of the Lake Hospital, 340 Union St, Kingston, ON K7L 5A2; téléphone 613 548-7222, poste 2208; télécopieur 613 544-4017; courriel frankc@pccchealth.org

#### Références

1. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. *National guidelines for seniors' mental health*. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors' Mental Health; 2006.
2. Korten NC, Comijs HC, Lamers F, Penninx BW. Early and late onset depression in young and middle aged adults: differential symptomatology, characteristics and risk factors? *J Affect Disord* 2012;138(3):259-67.
3. George K, Davison TE, McCabe M, Mellor D, Moore K. Treatment of depression in low-level residential care facilities for the elderly. *Int Psychogeriatr* 2007;19(6):1153-60.
4. Harris T, Carey IM, Shah SM, DeWilde S, Cook DG. Antidepressant prescribing in older primary care patients in community and care home settings in England and Wales. *J Am Med Dir Assoc* 2012;13(1):41-7.
5. MacArthur Initiative on Depression and Primary Care. *Patient health questionnaire*. Hanover, NH: MacArthur Initiative on Depression and Primary Care; 2012. Accessible à: [www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9](http://www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9). Accédé le 5 décembre 2012.
6. Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. *Treating depression effectively: applying clinical guidelines*. 2<sup>e</sup> éd. Londres, RU: Martin Dunitz, Ltd; 2004.
7. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract* 2006;23(3):369-77.
8. Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Heo M, Ten HT, Raue P et collab. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2005;162(4):718-24.

9. Bosworth HB, Voils CI, Potter GG, Steffens DC. The effects of antidepressant medication adherence as well as psychosocial and clinical factors on depression outcome among older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008;23(2):129-34.
10. Serrano Selva JP, Latorre Postigo JM, Ros Segura L, Navarro Bravo B, Aguilar Córcoles MJ, Nieto López M et collab. Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with clinical depression. *Psychothera* 2012;24(2):224-9.
11. Rimer J, Dwan K, Lawlor DA, Greig CA, McMurdo M, Morley W et collab. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(7):CD004366.
12. Gerson S, Belin TR, Kaufman A, Mintz J, Jarvik L. Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harv Rev Psychiatry* 1999;7(1):1-28.
13. Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, Busto UE, Lanctot KL, Liu BA et collab. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997;46(3):191-217.
14. Rayner L, Price A et collab, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, Hotopf M. Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(3):CD007503.
15. Nelson JC, Devenand DP. A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia. *J Am Geriatr Soc* 2011;59(4):577-85.
16. Banerjee S, Hellier J, Dewey M, Romeo R, Ballard C, Baldwin R et collab. Sertraline or mirtazapine for depression in dementia (HTA-SADD): a randomised, multicentre, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2011;378(9789):403-11.
17. Berman K, Brodaty H, Withall A, Seeher K. Pharmacologic treatment of apathy in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012;20(2):104-22.
18. Alexopoulos GS. Pharmacotherapy for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2011;72(1):e04.
19. Robinson M, Oakes TM, Raskin J, Liu P, Shoemaker S, Nelson JC. Acute and long-term treatment of late-life major depressive disorder: duloxetine versus placebo. *Am J Geriatr Psychiatry* 2012 Jul 21. Cyberpub. avant impression.
20. Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, Churchill R et collab. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(12):CD006528.
21. Candy B, Jones L, Williams R, Tookman A, King M. Psychostimulants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD006722.
22. Kok RM, Heeren TJ, Nolen WA. Continuing treatment of depression in the elderly: a systematic review and meta-analysis of double-blinded randomized controlled trials with antidepressants. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19(3):249-55.
23. Mark TL, Joish VN, Hay JW, Sheehan DV, Johnston SS, Cao Z. Antidepressant use in geriatric populations: the burden of side effects and interactions and their impact on adherence and costs. *Am J Geriatr Psychiatry* 2011;19(3):211-21.
24. Katz AJ, Dusetzina SB, Farley JF, Ellis AR, Gaynes BN, Castillo WC et collab. Distressing Adverse Events After Antidepressant Switch in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR\*D) trial: influence of adverse events during initial treatment with citalopram on development of subsequent adverse events with an alternative antidepressant. *Pharmacotherapy* 2012;32(3):234-43.
25. Sterke CS, Ziere G, van Beeck EF, Looman CW, van der Cammen TJ. Dose-response relationship between selective serotonin re-uptake inhibitors and injurious falls: a study in nursing home residents with dementia. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73(5):812-20.
26. Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ* 2009;180(3):291-7.
27. Lundbeck Canada Inc. *Health Canada endorsed important safety information on Celexa (citalopram)*. Ottawa, ON: Santé Canada; 2012. Accessible à: [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca). Accédé le 5 décembre 2012.
28. Repchinsky C, rédacteur en chef. *Compendium of pharmaceuticals and specialties. The Canadian drug reference for health professionals*. Ottawa, ON: Association des pharmaciens du Canada; 2013.
29. Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. *Guidelines on depression in older people; practicing the evidence*. Londres, RU: Martin Dunitz, Ltd; 2002.
30. Solai LK, Mulsant BH, Pollock BG. Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging* 2001;18(5):355-68.
31. Lenze EJ, Sheffrin M, Driscoll HC, Mulsant BH, Pollock BG, Dew MA et collab. Incomplete response in late-life depression: getting to remission. *Dialogues Clin Neurosci* 2008;10(4):419-30.
32. Nelson JC, Papakostas GI. Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Am J Psychiatry* 2009;166(9):980-91.
33. Nelson JC, Thase ME, Bellocchio EE, Rollin LM, Eudicone JM, McQuade RD et collab. Efficacy of adjunctive aripiprazole in patients with major depressive disorder who showed minimal response to initial antidepressant therapy. *Int Clin Psychopharmacol* 2012;27(3):125-33.
34. Rost K, Nutting P, Smith JL, Elliott CE, Dickinson M. Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *BMJ* 2002;325(7370):934.
35. Weissman J, Flint A, Meyers B, Ghosh S, Mulsant B, Rothschild A et collab. Factors associated with non-completion in a double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline versus olanzapine plus placebo for psychotic depression. *Psychiatry Res* 2012;197(3):221-6.
36. Stek M, van der Wurff FFB, Hoogendijk W, Beekman A. Electroconvulsive therapy (ECT) for depression in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003593.