

MAI 2006

LIGNES DIRECTRICES NATIONALES LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE

Évaluation et prise en charge de la dépression



COALITION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES ÂGÉES
CANADIAN COALITION FOR SENIORS' MENTAL HEALTH

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
a/s Baycrest Centre for Geriatric Care
3560, rue Bathurst, pièce 311, aile ouest du vieil hôpital
Toronto (Ontario)
M6A 3E1
Téléphone : 416 785-2500, poste 6331
Télécopieur : 416 785-2492
fmalach@baycrest.org
www.ccsmh.ca

La Coalition souligne l'appui du
FONDS POUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA*

*Les points de vue exprimés ici sont ceux des auteurs et des chercheurs,
et ils ne représentent pas nécessairement la politique officielle de l'Agence de la santé publique du Canada

LA CCSMPA tient à remercier la firme AIRD & BERLIS LLP de ses conseils sur la question du droit d'auteur
et de sa collaboration à la formulation de l'énoncé sur la dénégalation de responsabilité.

La Coalition exprime sa gratitude aux sociétés suivantes qui ont offert des subventions éducatives sans restrictions
pour favoriser la diffusion des lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée :



AstraZeneca Canada Inc.



Organon Canada Ltd



Eli Lilly and Company



RBC Foundation



Janssen-Ortho Inc.



Institut du vieillissement -
Instituts de recherche en santé du Canada

Dénégalation de responsabilité : Le présent document est publié à des fins d'information exclusivement, et il ne saurait être interprété ou utilisé à titre de norme de pratique médicale. Tout a été mis en œuvre pour s'assurer de l'exactitude du contenu du document, néanmoins l'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la réalisation du document déclinent toute responsabilité quant à l'exactitude, l'exhaustivité ou le caractère actuel du contenu. Le document est publié sachant que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à la rédaction, n'y proposent des conseils professionnels. Il incombe aux médecins et aux lecteurs de déterminer la prise en charge clinique appropriée en fonction de chaque patient d'après toutes les données cliniques disponibles à ce sujet. L'éditeur et toutes les personnes qui ont participé à la rédaction du présent document se déga- gent également de toute responsabilité à l'égard de qui que ce soit concernant le contenu ou les conséquences découlant de son utilisation dans le cadre d'une entente contractuelle ou à la suite de négligence ou d'un autre motif d'action.

Préambule

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) s'est constituée à l'issue d'un symposium de deux jours tenu en 2002 et parrainé par l'Académie Canadienne de psychiatrie gériatrique. Ce symposium visait à identifier les lacunes dans les services de santé mentale des aînés en établissements de soins de longue durée. À titre de co-présidents de la Coalition, Dr David Conn et Dr Ken Le Clair ont alors pris l'initiative de s'associer à d'importants organismes canadiens afin de définir la mission de la Coalition: *promouvoir la santé mentale des aînés en créant des liens entre les personnes, les idées et les ressources.*

Un comité directeur, composé de bénévoles, veille alors à la planification stratégique, au leadership et à l'orientation de l'organisme. De plus, la Coalition s'est assurée la participation de représentants des personnes âgées (organisations ou individus), de familles, de dispensateurs de soins, de professionnels de la santé, de chercheurs et de décideurs. À ce jour, la Coalition compte, parmi ses membres, plus de 750 personnes et 85 organismes à travers le Canada. Ces membres représentent des instances locales, provinciales, territoriales ou fédérales.

Lignes directrices

Les lignes directrices de pratique clinique se définissent comme étant " des recommandations portant sur la prise en charge clinique et élaborées de façon méthodique et dont le but est d'éclairer le praticien et le patient quant aux décisions concernant les soins appropriés dans une situation donnée " (Lohr et Field, 1992).

La Coalition se réjouit de l'élaboration des premières lignes directrices cliniques d'envergure pancanadienne portant sur les pratiques qui touchent certains aspects de la santé mentale de la personne âgée. Rédigées par une équipe interdisciplinaire, elles s'adressent à tous les professionnels canadiens de la santé.

Les lignes directrices ont pour but d'améliorer l'évaluation, le traitement, la prise en charge et la prévention de problèmes de santé mentale chez les aînés. Ces recommandations ont été établies en fonction des données les plus probantes, disponibles au moment de la publication. Le cas échéant, l'opinion consensuelle du groupe d'élaboration des lignes directrices s'y ajoute.

Remerciements

Le financement du projet des lignes directrices de la CCSMPA provient du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada. La Coalition exprime toute sa gratitude à l'Agence de la santé publique du Canada pour son appui et son engagement indéfectibles dans le domaine de la santé mentale des aînés. La Coalition remercie sincèrement les codirecteurs et les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices qui n'ont ménagé ni leur temps, ni leurs efforts, afin d'en rédiger les lignes directrices et les recommandations. Tout au long du projet, ces personnes ont fait preuve d'une énergie, d'un enthousiasme, d'une perspicacité, d'une sagesse et d'un dévouement remarquables.

La CCSMPA remercie les participants pour leurs observations et leurs conseils durant les ateliers portant sur les lignes directrices lors de la Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : Mise au point sur la santé mentale des personnes âgées, conférence tenue à Ottawa en septembre 2005.

La Coalition remercie également la firme Aird & Berlis, et particulièrement M. Howard Winkler qui a révisé le document d'un point de vue juridique et qui a offert à celle-ci de précieux conseils. Enfin, la Coalition ne saurait passer sous silence le dévouement exemplaire des membres des comités de direction.

Comité de direction du projet des lignes directrices de la CCSMPA

<i>Président</i>	D ^r David Conn
<i>Directrice du projet</i>	M ^{me} Faith Malach
<i>Gestionnaire du projet</i>	M ^{me} Jennifer Mokry
<i>Adjointe du projet</i>	M ^{me} Kimberley Wilson
<i>Codirecteur, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en SLD</i>	D ^r David Conn
<i>Codirectrice, Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en SLD</i>	D ^{re} Maggie Gibson
<i>Codirecteur, Évaluation et prise en charge du délire</i>	D ^r David Hogan
<i>Codirectrice, Évaluation et prise en charge du délire</i>	D ^{re} Laura McCabe
<i>Codirectrice, Évaluation et prise en charge de la dépression</i>	D ^{re} Diane Buchanan
<i>Codirectrice, Évaluation et prise en charge de la dépression</i>	D ^{re} Marie-France Tourigny-Rivard
<i>Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide</i>	D ^r Adrian Grek
<i>Codirecteur, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide</i>	D ^r Marnin Heisel
<i>Codirectrice, Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide</i>	D ^{re} Sharon Moore

Comité de direction de la CCSMPA

<i>Académie canadienne de psychiatrie gériatrique</i>	D ^r David Conn (co-chair)
<i>Académie canadienne de psychiatrie gériatrique</i>	D ^r Ken Le Clair (co-chair)
<i>Société Alzheimer du Canada</i>	M. Stephen Rudin
<i>Association canadienne des individus retraités</i>	M ^{me} Judy Cutler
<i>Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux</i>	M ^{me} Marlene Chatterson
<i>Coalition canadienne des aidantes et aidants naturels</i>	M ^{me} Esther Roberts
<i>Société de gériatrie du Canada</i>	D ^r David Hogan
<i>Association canadienne des soins de santé</i>	M. Allan Bradley
<i>Association canadienne pour la santé mentale</i>	M ^{me} Kathryn Youngblut
<i>Association des infirmières et des infirmiers du Canada</i>	D ^{re} Sharon Moore
<i>Société canadienne de psychologie</i>	D ^{re} Maggie Gibson / D ^{re} Venera Bruto
<i>Association canadienne des pharmaciens consultants</i>	D ^{re} Norine Graham Robinson
<i>Collège des médecins de famille du Canada</i>	D ^r Chris Frank
<i>Agence de la santé publique du Canada – rôle consultatif</i>	D ^{re} Louise Plouffe/ M ^{me} Simone Powell
<i>Directrice générale</i>	M ^{me} Faith Malach

Groupe d'élaboration des lignes directrices : dépression

D^{re} Marie-France Tourigny-Rivard, médecin, FRCPC
Codirectrice

Professeure et chef de la Division de gérontopsychiatrie, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa; directrice des services cliniques, Programme de gérontopsychiatrie, Hôpital Royal d'Ottawa; Ottawa (Ontario)

Diane Buchanan, inf. aut., DNSc, GNC (C)
Codirectrice

Professeure adjointe, École des sciences infirmières, Queen's University, Kingston (Ontario)

Philippe Cappeliez, Ph. D.

Membre

Professeur, École de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

D^{re} Chris Frank, médecin, FCFP

Membre

La personne âgée, professeur adjoint, Département de médecine, Queen's University, Kingston (Ontario)

Pronica Janikowski, R.Ph., B.Sc.Pharm. CGP

Membre

Pharmacienne spécialisée en gériatrie, conseillère en soins de longue durée, Pharmacie clinique Picton, Picton (Ontario)

Faith Malach, MHSc, MSW, RSW

Directrice du projet

Directrice générale, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; professeure adjointe de pratique, Faculté de travail social, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Jennifer Mokry, MSW, RSW

Coordonnatrice du projet

Gestionnaire de projet, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto (Ontario)

Lily Spanjevic, inf. aut., BScN, MN, CPMHN(C), GNC(C)

Membre

Chef de l'avancement de la pratique, Programme de réadaptation gériatrique, Institut de réadaptation de Toronto, Toronto (Ontario)

D^{re} Alastair Flint, MB, FRCPC, FRANZCP

Conseiller

Professeur de psychiatrie, Université de Toronto
Chef du programme de gérontopsychiatrie, University Health Network, Toronto (Ontario)

D^{re} Nathan Herrmann, médecin, FRCPC

Conseiller

Chef, Division de gérontopsychiatrie, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre; professeur de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

TABLE DES MATIÈRES

Aperçu du projet des lignes directrices

Section	Page
Contexte	2
Nécessité des lignes directrices	2
But et objectifs	2
Principes et hypothèses	3
Auditoire cible	3
Élaboration des lignes directrices	3
Recherche documentaire	5
Formulation des recommandations	7
Notions, définitions et sigles	8
Recommandations.....	9
Partie 1 : Contexte	16
Partie 2 : Dépistage et évaluation	17
2.1 Dépistage	17
2.1.1 Facteurs de risque.....	17
2.1.2 Instruments de dépistage.....	17
2.2 Évaluation de la dépression décelée au dépistage ou présumée.....	18
2.2.1 Information complémentaire	21
Partie 3 : Traitement	23
3.1 Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.....	23
3.2 Trouble dépressif mineur.....	23
3.3 Trouble dysthymique	24
3.4 Épisode isolé ou récurrent, de gravité légère ou modérée, du trouble dépressif majeur	24
3.4.1 Épisode isolé ou récurrent, grave mais sans psychose, du trouble dépressif majeur	24
3.4.2 Épisode isolé ou récurrent, grave accompagné de signes psychotiques, du trouble dépressif majeur	25
3.5 Renvoi en psychiatrie au moment du diagnostic.....	26
3.6 Rémission	26

Partie 4 : Psychothérapies et interventions psychosociales	27
4.1 Psychothérapies de fondement empirique.....	27
4.2 Interventions psychothérapeutiques	27
4.3 Synthèse des constatations de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie	28
4.4 Interventions psychosociales	30
4.5 Approfondir la recherche sur la psychothérapie	30
4.6 Préambule des recommandations	30
Partie 5 : Traitement médicamenteux	32
5.1 Choix du médicament	32
Tableau 5.1 – Antidépresseurs d'usage courant	33
5.2 Surveillance des effets indésirables et des interactions médicamenteuses	34
Tableau 5.2 – Interactions attribuables au cytochrome P450	35
5.3 Optimisation de la dose	36
5.4 Fréquence de la surveillance.....	37
Partie 6 : Surveillance et traitement de longue durée	39
6.1 Surveillance après la réponse initiale au traitement.....	39
6.2 Facteurs exerçant une influence sur la rémission et la rechute	39
6.3 Durée du traitement.....	39
Partie 7 : Éducation et prévention.....	41
Partie 8 : Populations particulières.....	43
8.1 Maladie affective bipolaire	43
8.2 Démence	44
8.3 Dépression vasculaire	45
8.4 Résidents des centres d'accueil et d'hébergement.....	45
8.5 Les personnes âgées autochtones	45
Partie 9 : Systèmes de soins	46
9.1 Milieux de soins	46
9.2 Modèles de prestation des soins	46
Partie 10 : Synthèse	49
Sources de référence	50
Annexe A : Ordinogramme de l'élaboration des lignes directrices.....	58
Annexe B : Les enzymes du cytochrome P450	59

Aperçu du projet des lignes directrices

Contexte

La CCSMPA a pour mission de promouvoir la santé mentale chez les personnes âgées en créant des liens entre les personnes, les idées et les ressources. Dans cette optique, la Coalition poursuit les objectifs suivants :

- s'assurer que la santé mentale des aînés soit une priorité en santé et mieux-être au Canada
- favoriser les initiatives visant à améliorer et à promouvoir le développement des ressources en santé mentale des personnes âgées
- assurer la croissance et la viabilité du CCSMPA.

Afin d'atteindre ses objectifs, la Coalition favorise certaines initiatives stratégiques axées sur les aspects suivants :

- La sensibilisation du public et la défense des intérêts des aînés
- La recherche
- L'éducation
- Les ressources humaines
- La promotion des pratiques exemplaires en évaluation et traitement
- Les aidants naturels

En janvier 2005, le CCSMPA a reçu un appui financier provenant du Fonds pour la santé de la population de l'Agence de la santé publique du Canada pour diriger et faciliter l'élaboration de recommandations dans le cadre de lignes directrices nationales sur les pratiques exemplaires en matière de santé mentale chez les aînés. Ces recommandations s'appuient sur les données les plus probantes et touchent les aspects suivants :

1. l'évaluation et la prise en charge du **délirium**;
2. l'évaluation et la prise en charge de la **dépression**;
3. l'évaluation et la prise en charge de **problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée** (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement);
4. l'évaluation du **risque suicidaire** et la prévention du **suicide**.

D'avril 2005 à février 2006, les quatre groupes d'élaboration de lignes directrices ont examiné les lignes directrices recensées, analysé la documentation initiale et, selon leur champ d'intérêt, ont rédigé leurs recommandations.

Nécessité des lignes directrices

Présentement, le nombre de personnes âgées au Canada connaît une hausse fulgurante. En 2021, les adultes âgés (les personnes âgées de 65 ans ou plus) représenteront près de 18 % de la population du pays (Santé Canada, 1999). À l'heure actuelle, 20% des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'une maladie mentale (MacCourt, 2005). Bien

que cette proportion ressemble à la prévalence de la maladie mentale dans d'autres groupes d'âge, elle ne reflète pas la prévalence élevée de la maladie mentale dans les établissements de santé et de services sociaux. Ainsi, il est de notoriété publique que de 80 % à 90 % des résidents en centre d'accueil et d'hébergement sont atteints d'un trouble mental quelconque ou d'un déficit cognitif (Drance, 2005;Rovner et collab., 1990).

On a noté une absence de lignes directrices nationales interdisciplinaires concernant la prévention, l'évaluation, le traitement et la prise en charge des principaux troubles de santé mentale dont souffrent les aînés canadiens, à l'exception des recommandations issues d'une conférence consensuelle sur l'évaluation et la prise en charge de la démence (Patterson et collab., 1999; mise à jour à paraître en 2007). Eut égard à la croissance prévue de ce segment démographique, l'absence de normes pancanadiennes pour encadrer la prestation des soins de santé mentale à la personne âgée représente une grave lacune. Nous nous devons de répertorier les connaissances sur les pratiques efficaces en matière d'évaluation et de traitement en santé mentale de la personne âgée et d'en assurer la diffusion. C'est dans ce contexte que le projet des lignes directrices nationales de la CCSMPA a vu le jour afin de formuler des recommandations qui combleront ce déficit.

But et objectifs

Dans le cadre de lignes directrices sur les pratiques exemplaires, le projet a pour but de formuler des recommandations touchant les quatre aspects de la santé mentale de la personne âgée identifiés plus haut et fondées sur des données probantes.

Objectifs du projet :

1. Répertorier les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de santé mentale de la personne âgée, publiées au Canada ou à l'étranger.
2. Faciliter la collaboration entre les chefs de file dans le domaine de la santé mentale de la personne âgée afin d'examiner les lignes directrices existantes et analyser la documentation sur la santé mentale des aînés.
3. Favoriser l'établissement d'un partenariat entre les principaux chefs de file et les intervenants afin de formuler un ensemble de recommandations touchant des aspects particuliers de la santé mentale de la personne âgée.
4. Diffuser aux participants à la Conférence sur les pratiques exemplaires 2005 de la Coalition la version préliminaire des recommandations ou des lignes directrices pour examen et révision en vue de la rédaction de la version finale.
5. Diffuser les lignes directrices définitives aux professionnels de la santé et aux intervenants de tout le pays.

Principes et hypothèses

Principes directeurs du projet :

- La nature factuelle de l'information
- La vaste portée
- L'inclusion de toute la gamme des milieux de soins
- La clarté, la concision et l'intelligibilité
- Le caractère pratique

Portée et application

- Le fondement multidisciplinaire
- L'applicabilité à l'adulte âgé exclusivement
- La pertinence pour tous les milieux de soins
- L'attention particulière accordée à la disparité entre les établissements, les organismes de services de santé, les communautés, les régions et les provinces du pays, notamment sur les plans des services, des définitions ou de l'accès
- La nécessité d'identifier les éléments de chevauchement entre les quatre ensembles de lignes directrices nationales en matière de santé mentale de la personne âgée

- Quoique quatre documents seront créés, leur concordance pourra être vérifiée
- L'identification des lacunes dans certains domaines
- La nécessité d'inclure les questions touchant la recherche, l'éducation et la prestation des services. Ainsi, les lignes directrices se pencheront sur les questions des " services optimaux ", des " aspects organisationnels ", de la " recherche " et de l' " éducation " .

En outre, chacun des groupes d'élaboration des lignes directrices examinera des aspects différents selon son champ d'intérêt particulier.

Auditoire

Les lignes directrices s'adressent à de nombreux publics, notamment les équipes soignantes interdisciplinaires, les professionnels de la santé, les administrateurs et les décideurs qui oeuvrent auprès des aînés. Les lignes directrices pourraient aussi s'avérer utiles dans la planification et l'évaluation de modèles de prestation des services de santé, de plans de ressources humaines, de normes d'agrément, d'exigences de formation et d'enseignement, des besoins de la recherche et de décisions de financement.

Élaboration des lignes directrices

Formation du groupe d'élaboration des lignes directrices

La Coalition a rassemblé des experts en santé mentale de la personne âgée provenant de diverses disciplines afin de former quatre groupes d'élaboration des lignes directrices. Forts des conseils de différents individus et d'organismes, certains membres du comité de direction de la Coalition ont désigné les codirecteurs des groupes d'élaboration des lignes directrices. Ces derniers ont alors formé les groupes des lignes directrices en s'assurant de respecter la volonté des membres de former des équipes interdisciplinaires et représentatives de plusieurs provinces du pays.

Élaboration des lignes directrices

En mai 2005, les groupes d'élaboration des lignes directrices se sont réunis à Toronto (Ontario) pour un atelier de deux jours. Les discussions en sous-groupes et en séance plénière ont abouti à un consensus touchant la portée de chaque ensemble de lignes directrices, leur structure commune, la recension des ressources perti-

nentes, le calendrier d'exécution et la répartition des responsabilités. Afin de réduire au minimum le risque de biais dû à des conflits d'intérêts possibles dans la formulation des recommandations, certains mécanismes ont été prévus. En deux occasions durant le projet, les membres des groupes d'élaboration des lignes directrices ont dû divulguer à l'équipe de projet tous les liens qui pourraient engendrer des conflits d'intérêts. Les déclarations de conflits d'intérêts sont disponibles sur demande auprès de la CCSMPA. Par souci de transparence, des intervenants externes oeuvrant dans des domaines connexes ont attentivement et, à plusieurs reprises, examiné les lignes directrices.

Les quatre groupes d'élaboration des lignes directrices se réunissaient mensuellement soit en personne ou par téléconférence et, au besoin, communiquaient par courrier électronique et par téléphone. À la suite de plusieurs rencontres et, selon leurs domaines d'expertise et d'intérêts, les membres ont rédigé les lignes directrices. Au nom de la Coalition, la gestionnaire et la directrice du projet se chargeaient de faciliter tout le processus.

Phase I: Administration et préparation en vue de la rédaction (d'avril à juin 2005)

- Désignation des codirecteurs et formation des groupes d'élaboration des lignes directrices
- Réunions des codirecteurs et de chacun des groupes d'élaboration des lignes directrices
- Précision du mandat, des principes directeurs et de la portée de chaque ensemble de lignes directrices
- Établissement du calendrier d'exécution et répartition des responsabilités
- Création de la structure commune dans la formulation des lignes directrices
- Analyse documentaire exhaustive
- Recherche documentaire approfondie pour relever les lignes directrices pertinentes
- Relevé des instruments d'analyse documentaire et d'instruments d'évaluation des données probantes

Phase II: Rédaction de la version préliminaire des lignes directrices (de mai à septembre 2005)

- Réunions des codirecteurs et des groupes de travail
- Inventaire, examen et évaluation de lignes directrices et de la documentation pertinentes
- Synthèse des données probantes, identification des lacunes et formulation des recommandations
- Rédaction de la version préliminaire des lignes directrices
- Révision de la version préliminaire des lignes directrices

Phase III: Diffusion et consultation (de mai à décembre 2005)

La diffusion à trois groupes d'intervenants externes des lignes directrices préliminaires (en périodes intercalées) :

Groupe 1 : Diffusion des lignes directrices aux membres du groupe d'élaboration (de mai à décembre 2005)

Les membres du groupe d'élaboration ont révisé la version préliminaire des lignes directrices de façon continue.

Groupe 2 : Diffusion des lignes directrices aux participants à la Conférence sur les pratiques exemplaires de la CCSMPA (septembre 2005)

Afin d'étudier les questions touchant les pratiques en information, éducation, évaluation et traitement, la Coalition a parrainé une conférence pancanadienne les 26 et 27 septembre 2005, " **La Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : mise au point sur la santé mentale des personnes âgées** ". Cette conférence avait pour but de permettre entre les participants un partage des connaissances et des pratiques exemplaires en santé mentale des aînés. Les participants à la conférence ont pu profiter de l'occasion pour contribuer à l'élaboration de lignes directrices nationales. Lors d'ateliers d'une journée, ils ont révisé la version préliminaire des lignes directrices nationales et ont défini les stratégies de diffusion.

Les ateliers se sont déroulés comme suit :

- Examen de la démarche et analyse de la documentation et des lignes directrices recensées
- Examen de la version préliminaire des lignes directrices
- Évaluation et analyse exhaustives, en sous-groupes et en plénière, de la version préliminaire des lignes directrices
- Relevé méthodique des modifications proposées en sous-groupes et en séance plénière
- Précision des étapes suivantes de révision et de diffusion des lignes directrices et planification des interventions à venir.

Groupe 3 : Diffusion des lignes directrices à des experts conseils et à d'autres intervenants (d'octobre 05 à janvier 06)

La Coalition a invité les intervenants externes à lui transmettre leurs observations et à répondre à des questions spécifiques. Les groupes d'élaboration des lignes directrices ont alors examiné ces observations et les ont incorporés dans la version préliminaire des lignes directrices. Les groupes suivants comptent parmi les intervenants : les experts conseils participant au projet, l'Agence de la santé publique du Canada, des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des membres de la CCSMPA et des organisations participantes, les participants des ateliers de la Conférence sur les pratiques exemplaires de la Coalition et l'Académie canadienne de psychiatrie gériatrique.

Phase IV : Révision de la version préliminaire des lignes directrices (d'octobre 2005 à janvier 2006)

- Analyse des observations issues des ateliers de la Conférence sur les pratiques exemplaires par les groupes d'élaboration des lignes directrices
- Examen des observations des intervenants externes
- Établissement d'un consensus au sein de chacun des groupes d'élaboration concernant le contenu des recommandations
- Dernière révision des lignes directrices

Phase V: Rédaction de la version définitive des lignes directrices (de décembre 2005 à avril 2006)

- Dernière révision des lignes directrices par les groupes d'élaboration des lignes directrices
- Rédaction de la version définitive des lignes directrices et des recommandations
- Présentation des lignes directrices et des recommandations à l'Agence de la santé publique du Canada

Phase VI: Diffusion des lignes directrices (d'avril 2006 à →)

- Liste des destinataires
- Traduction, mise en page et impression
- Diffusion des lignes directrices en version électronique et sur papier
- Promotion des lignes directrices à l'aide de bulletins d'information, de conférences, de publications etc.

L'ordinogramme de l'élaboration des lignes directrices (voir annexe A).

Recherche documentaire

Le groupe a procédé à une recherche et une analyse documentaires méthodiques et exhaustives sur le sujet de l'évaluation et de la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

Stratégie de recherche des données probantes

Des membres de la Coalition et des bibliothécaires conseils participant au projet des lignes directrices et la Coalition ont effectué une recherche documentaire électronique afin de relever des documents fondés sur des données probantes, notamment des lignes directrices, des méta-analyses et des études documentaires méthodiques, et des articles originaux ne figurant pas dans ces sources d'information. Les critères suivants ont orienté la sélection des documents :

- Les documents de langue anglaise seulement
- L'information portant précisément sur la dépression
- L'exclusion des thèses et des dissertations
- La période de publication des lignes directrices, des méta-analyses et des études de janvier 1995 à mai 2005
- Les articles originaux publiés durant la période de janvier 1999 à juin 2005

Recherche documentaire visant à relever des lignes directrices, des méta-analyses et des études documentaires méthodiques

La première recherche documentaire visant à relever des articles de synthèse fondés sur des données probantes (ex., des lignes directrices, des protocoles) a porté sur les grandes bases de données que sont Medline, EMBASE, PsychInfo, CINAHL, AgeLine et The Cochrane Library. Les termes de recherche suivants ont servi de mots clés: "depression", "major depression", "depressive disorder", "bi-polar disorder", "elderly", "older adult(s)", "aged", "geriatric", "depression guideline(s)", "elderly depression guideline(s)", "practice guideline(s) depression", "practice guideline(s) older adults depression", "protocol(s) depression", "clinical pathways", "clinical practice guideline(s)", "best practice guideline(s)" et "clinical guideline(s)".

En outre, une liste de sites Web a été dressée en fonction des sites connus renfermant de l'information factuelle au sujet des pratiques et des recommandations provenant d'organismes réputés et d'élaboration de lignes directrices et des recommandations. On a noté les résultats et les dates de recherche et consulté les sites Web suivants :

- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org/>
- American Psychiatric Association : <http://www.psych.org/>
- American Psychological Association : <http://www.apa.org/>

- Annals of Internal Medicine : <http://www.annals.org/>
- Association for Gerontology in Higher Education : <http://www.aghe.org/site/aghewebsite/>
- Association canadienne pour la santé mentale : <http://www.cmha.ca/bins/index.asp>
- Société canadienne de psychologie : <http://www.cpa.ca/>
- National Guidelines Clearinghouse : <http://www.guideline.gov/>
- National Institute on Aging : <http://www.nia.nih.gov/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence : <http://www.nice.org.uk/>
- National Institute of Mental Health : <http://www.nimh.nih.gov/>
- Association médicale de l'Ontario : <http://www.oma.org/>
- Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario : <http://www.rnao.org/>
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists : <http://www.ranzcp.org/>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk/>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/>
- Royal College of Psychiatrists : <http://www.rcpsych.ac.uk/>
- Organisation mondiale de la santé : <http://www.who.int/en/>

Cette recherche documentaire a permis de retracer 24 ensembles de lignes directrices pertinentes. Le groupe d'élaboration des lignes directrices a examiné ces résultats pour déterminer si les sources d'information recensées portaient précisément sur le sujet en question et étaient disponibles en version électronique, en publication ou auprès des auteurs. Après avoir ensuite évalué la qualité des lignes directrices selon la méthode préconisée dans Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument (AGREE; AGREE Collaboration, 2001), sept ensembles de lignes directrices ont été sélectionnés :

- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series: Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. A Postgrad Med Special Report. New York: McGraw-Hill; 2001.
- Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people: practicing the evidence. London: Martin Dunitz Ltd; 2002.
- Kurlowicz LH. Nursing protocol standard of practice protocol: depression in elderly patients. Geriatric Nursing 1997;18(5):192-200.
- Peck S. Clinical guideline for the care and treatment of older people with depression in a general hospital setting. Isle of Wight Healthcare; 2003. [en ligne]. Disponible à : <http://www.iow.nhs.uk/Department/mental/older/pdfs/Depression%20Guideline.pdf>

- Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario. Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario; 2004. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C4_caregiving_elders_ddd.asp
- Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario. Dépistage du délire, de la démence et de la dépression chez les personnes âgées. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario; 2003. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C3_ddd.asp
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. New Zealand; 2004. [en ligne]. Disponible à : <http://www.ranzcp.org/pdf/files/cpgs/Depression%20Clinician%20Full.pdf>

Recherche documentaire supplémentaire

Les membres du groupe ont établi que ces lignes directrices constituaient une source d'information fiable concernant la documentation publiée avant 1999 et ont choisi de concentrer la recherche sur les documents publiés de 1999 à 2005.

Chacune des bases de données (Medline, PsycINFO, HealthStar, Embase, CINAHL, Cochrane Library) a fait l'objet de la recherche documentaire générale, en modifiant au besoin les syntagmes de recherche. Dans toutes les bases de données, la recherche portant sur l'être humain a été limitée à la documentation en langue anglaise et publiée entre 1999 et 2005.

Chaque fois, la recherche a été structurée selon les termes suivants : " endogenous depression ", " reactive depression ", " spreading depression ", " recurrent depression ", " involuntal depression ", " anaclitic depression ", " treatment resistant depression ", " depression ", " major depression ", " depressive disorder ", " bi-polar disorder ", " affective disorder ", " evidence based practice ", " best practice ", " meta analysis ", " systematic review ", " empirical studies ", " clinical trial(s) ", " interdisciplinary treatment approach ", " care plan ", " medical diagnosis ", " diagnosis ", " therapy ", " treatment ", " prevention ", " rehabilitation ", " drug therapy ", " professional practice ", " research based ", " geriatric ", " aged " et " elderly ". Les co-directeurs du groupe d'élaboration ont répertorié 200 articles et, après un examen des résumés, en ont retenu sélectionné 149 afin d'en ont examiné la version intégrale. Au fil de l'élaboration des lignes directrices, d'autres documents se sont ajoutés, tels des articles de synthèse, des comptes rendus de recherche ou articles recommandés par les experts du groupe d'élaboration des lignes directrices. Le fichier des sources de référence compte ainsi plus de 200 références.

Formulation des recommandations

Afin de formuler des recommandations fondées sur les données les plus probantes du point de vue clinique, les membres ont répertorié et évalué la documentation appropriée. En fonction de leur expertise, les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices ont été répartis en sous-groupes pour formuler les recommandations de la section qui leur a été dévolue. Les recommandations des sous-groupes, établies par consensus, ont ensuite été fondues en un seul document. Les recommandations soumises sont fondées sur les données de recherche et conformes à l'opinion d'experts.

Le système à deux paliers de Shekelle et ses collègues ("Categories of Evidence and Strength of Recommendations, 1999) a servi de paramètre afin d'attribuer aux recommandations une cote de valeur basée sur les données probantes et l'opinion de groupes d'experts. Avant la tenue de la conférence de la Coalition sur les pratiques exemplaires, les codirecteurs du groupe d'élaboration des lignes directrices ont évalué les versions préliminaires et approuvé les recommandations finales. A la suite de cette conférence, les sous-groupes d'élaboration des lignes directrices ont révisé leurs recommandations respectives et examiné les divergences et les sujets de controverse. Après la résolution des désaccords, les recommandations amendées ont été entérinées. Pour être retenue dans la version définitive des lignes directrices, une recommandation devait faire l'objet d'un consensus d'au moins 80 % des membres du groupe d'élaboration des lignes directrices alors que le groupe a réussi à adopter à l'unanimité les recommandations de la version définitive des lignes directrices.

Catégories de données probantes aux fins de détermination de la causalité et de l'application dans le traitement

Données probantes issues d'une méta-analyse d'essais cliniques comparatifs et randomisés	Ia
Données probantes issues d'au moins un essai clinique comparatif et randomisé	Ib
Données probantes issues d'au moins une étude comparative sans randomisation	IIa
Données probantes issues d'au moins une étude quasi-expérimentale d'un autre type	IIb
Données probantes issues d'études descriptives non expérimentales, telle une étude comparative, une étude corrélationnelle ou une étude cas-témoin	III
Données probantes issues de rapports ou de l'opinion de comités d'experts, ou de l'expérience clinique de sommités	IV

(Shekelle et collab., 1999)

Les recommandations sont ensuite cotées selon une échelle de 4, soit A B C D (voir ci-après) en fonction de la masse des données disponibles (c.-à-d. toutes les études portant sur le sujet) et l'opinion des experts du groupe d'élaboration des lignes directrices.

À titre d'exemple, la cote D est attribuée aux données tirées de la documentation portant sur une population plus jeune que la population cible ou à ce qui est considéré comme étant une saine pratique par le groupe d'élaboration des lignes directrices. Étant donné le nombre limité d'études et la problématique particulière (d'ordre pragmatique, éthique et conceptuel) de l'essai clinique comparatif et randomisé auprès de personnes âgées souffrant de dépression, les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices se devaient d'évaluer et de tenir compte des données issues d'essais cliniques de conception quasi-expérimentale (Tilly et Reed, 2004).

Ces cotes de A à D doivent être interprétées en tant que synthèse de toutes les données probantes à l'appui de la recommandation et non pas comme indication de l'importance de la recommandation en pratique clinique. Certaines recommandations qui ont une cote plus basse, dû au manque de données scientifiques, sont en réalité d'importance critique dans l'évaluation et le traitement de la dépression chez la personne âgée..

Système de cotation ABCD

Recommandation appuyée par des données probantes de catégorie I	A
Recommandation appuyée par des données probantes de catégorie II ou extrapolée à partir de données probantes de catégorie I	B
Recommandation appuyée par des données probantes de catégorie III ou extrapolée de données probantes de catégorie I ou II	C
Recommandation appuyée par des données probantes de catégorie IV ou extrapolée de données probantes de catégorie I, II ou III	D

(Shekelle et collab., 1999)

Notions, définitions et sigles

Dépistage : s'applique au processus de détection des cas de dépression dans une population donnée.

Dépression : désigne un ensemble de symptômes dépressifs présents de façon presque constante pendant au moins deux semaines, dont l'intensité représente un changement dans l'état habituel du patient.

Évaluation : le processus qui fait suite à la détection et comprend l'examen qui permet de poser un diagnostic et d'élaborer un plan de traitement.

Rechute : La réapparition du plein syndrome dépressif dans les six mois de la rémission de l'épisode initial et représente probablement la persistance d'un même épisode.

Système de soins : désigne le regroupement structuré de réseaux de soins travaillant en collaboration afin d'assurer la prise en charge de la personne âgée souffrant de dépression.

Trouble dépressif mineur : un épisode d'au moins deux semaines de symptômes dépressifs qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques de la dépression majeure.

Trouble dysthymique : Trouble de l'humeur caractérisé par une humeur dépressive persistante et quotidienne d'une durée d'au moins 2 ans, signalée par la personne ou observée par d'autres.

Sigles qui apparaissent dans le document :

ATC : Antidépresseur tricyclique

BASDEC : Évaluation sommaire de la personne âgée (Brief Assessment Schedule for Depression Cards)

CAMDEX : Examen mental Cambridge de la personne âgée (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination)

CARE : Évaluation globale et aiguillage (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation)

CES-D : Échelle de la dépression – Centre d'études épidémiologiques (Center for Epidemiological Studies-Depression Scale)

CIE : Entrevue Canberra de la personne âgée (Canberra Interview for the Elderly)

DMAS : Échelle d'évaluation de l'humeur dans la démence (Dementia Mood Assessment Scale)

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition

ECG : Électrocardiogramme

GDS : Échelle d'évaluation de la dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale)

GMSS : Examen mental gériatrique (Geriatric Mental State Schedule)

ICD-10 : Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 10e édition

IMPACT : Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment

ISRS : Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

NNT : Nombre nécessaire à traiter (Number Needed to Treat)

PROSPECT : The Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial

PTI : Psychothérapie interpersonnelle

SAI : Syndrome d'antidiurèse inappropriée

Sig : E caps : Acronyme des symptômes typiques de la dépression gériatrique – Sommeil perturbé baisse d'intérêt sentiment de culpabilité démesuré (guilt) baisse d'énergie concentration difficile modification de l'appétit ralentissement psychomoteur ou agitation pensées morbides ou suicidaires.

SLD : Soins de longue durée

TC : Thérapie comportementale

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TCD : Traitement communautaire dynamique

TCDI : Thérapie comportementale dialectique

TDB : Thérapie dynamique brève

TR : Thérapie par la reminiscence

TRP : Thérapie par la résolution de problèmes

Résumé des recommandations

Les recommandations sont regroupées au début du document afin d'en faciliter l'utilisation. Chaque section comprend une analyse de la littérature pertinente suivie des recommandations elles-mêmes. Nous prions le lecteur de prendre

connaissance du corps du document et de ne pas se limiter au seul résumé des recommandations. Chaque recommandation est accompagnée du numéro de page où figure le texte correspondant.

Recommandations : Dépistage et évaluation

Recommandations : Dépistage et évaluation – Facteurs de risque (p. 22)

Le prestataire de soins connaît les facteurs de risque physiques, psychologiques et sociaux des troubles dépressifs chez la personne âgée et, en présence de facteurs de risque, procède au dépistage de la dépression. [D]

On recommande le dépistage systématique de la dépression chez la personne âgée qui se retrouve dans les situations suivantes :

- deuil récent avec réaction ou symptômes inhabituels (par exemple : intention suicidaire, sentiments de culpabilité n'ayant aucun lien avec la personne décédée, ralentissement psychomoteur, idées délirantes congruentes à l'humeur, une incapacité fonctionnelle importante persistant deux mois après le décès, ou réaction disproportionnée face à la perte)
- réaction de deuil qui persiste trois à six mois suivant la perte
- isolement social
- plaintes subjectives et persistantes de trouble de la mémoire
- présence de maladie chronique invalidante
- diagnostic récent d'une maladie grave (dans les trois derniers mois)
- trouble du sommeil persistant
- préoccupations somatiques excessives ou nouveaux symptômes d'anxiété
- refus de s'alimenter ou laisser-aller dans les soins personnels
- hospitalisation prolongée ou à répétition
- diagnostic de démence, de maladie de Parkinson ou d'Accident Vasculaire Cérébral
- admission récente dans un centre d'accueil et d'hébergement ou dans un établissement de soins de longue durée (SLD) [B]

Recommandations : Dépistage et évaluation – Dépistage et outils de dépistages (p. 22)

Le prestataire de soins possède les connaissances et les aptitudes nécessaires à l'application d'instruments appropriés de dépistage et d'évaluation de la dépression chez la personne âgée. [D]

En milieu hospitalier, le dépistage de la dépression chez la personne âgée à risque se fait à l'arrivée ou dès que l'état de la personne se stabilise. [D]

Les instruments appropriés pour le dépistage de la dépression chez la personne âgée exempte de déficit cognitif, en milieu de soins médicaux généraux ou gériatriques, sont l'échelle d'autoévaluation de la dépression gériatrique (GDS, *Geriatric Depression Scale*), l'échelle d'autoévaluation SELFCARE, et l'évaluation sommaire de la personne âgée (BASDEC, *Brief Assessment Schedule Depression Cards*) pour le malade hospitalisé. [B]

En présence de déficit cognitif modéré ou grave, on recommande d'utiliser un questionnaire qui tient compte des observations des soignants, telle l'échelle Cornell de dépression pour la démence plutôt que l'échelle GDS. [B]

Le protocole d'évaluation en établissement de SLD (Soin de longue durée) prévoit que le dépistage des symptômes dépressifs et comportementaux ait lieu dès que possible après l'admission et, par la suite, à intervalles réguliers et aussi, lors d'un changement clinique important. [D]

Recommandations : Dépistage et évaluation – Évaluation des cas identifiés lors du dépistage (p. 22)

Si le dépistage indique la présence probable d'une dépression, une évaluation bio-psycho-sociale exhaustive est indiquée. Celle-ci inclura :

- la vérification de la conformité aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR ou de l'ICD-10
- la détermination de la gravité et de la présence de symptômes psychotiques ou catatoniques
- l'évaluation du risque suicidaire
- une revue des antécédents personnels et familiaux de troubles de l'humeur (incluant leur traitement)
- des informations détaillées sur la consommation médicamenteuse et l'usage de substances alcoolisées ou autres
- l'examen des conditions de vie actuelles et du niveau de stress présent
- l'estimation de l'état fonctionnel ou de l'incapacité;
- l'examen de la situation familiale, de l'intégration sociale, du soutien social et des atouts personnels;
- l'examen de l'état mental et des fonctions cognitives;
- l'examen physique et les épreuves de laboratoire afin de déceler les problèmes médicaux pouvant causer les symptômes dépressifs ou imiter un tableau dépressif. [D]

Recommandations : Dépistage et évaluation – Évaluation du risque de suicide (p. 22)

Si le clinicien soupçonne une dépression, il doit évaluer le risque suicidaire en demandant directement au patient s'il a des idées suicidaires, une intention de suicide ou un plan d'action. Si le risque suicidaire est élevé, le patient est acheminé vers un professionnel ou un service spécialisé en santé mentale qui pourra procéder, de façon prioritaire, à une évaluation approfondie et à l'élaboration d'un traitement et d'une stratégie de prévention du suicide. [D]

Recommandation : Traitement selon le type de dépression et sa sévérité

Recommandation : Traitement du trouble d'adaptation avec humeur dépressive (p. 23)

En premier lieu, on recommande une intervention psychosociale de soutien ou une psychothérapie comme modalités de traitement. Si les symptômes s'aggravent et correspondent aux critères diagnostiques DSM IV du trouble dépressif ou s'ils persistent lorsque le stressor disparaît, il convient d'opter pour un changement de traitement, soit une pharmacothérapie soit une psychothérapie plus spécifique et intensive. [D]

Recommandations : Traitement du trouble dépressif mineur (p. 24)

L'épisode dépressif mineur de moins de 4 semaines est traité par une psychothérapie de soutien ou des interventions psychosociales. [D]

Si les symptômes persistent au-delà de 4 semaines malgré la mise en oeuvre d'interventions psychosociales, une pharmacothérapie ou une psychothérapie d'efficacité établie sont recommandées. [D]

Recommandations : Traitement du trouble dépressif dysthymique (p. 24)

Le traitement du trouble dysthymique englobe une pharmacothérapie pouvant être accompagnée d'une psychothérapie et la réponse clinique est réévaluée de façon périodique. [B]

Si le patient refuse l'antidépresseur proposé, la psychothérapie représente le seul traitement possible. Son efficacité doit être réévaluée périodiquement. [D]

Recommandation : Traitement d'un épisode de dépression majeure, isolé ou récurrent, de gravité légère à modérée (p. 24)

La dépression unipolaire majeure, de gravité légère ou modérée, est traitée par un antidépresseur, une psychothérapie ou une combinaison de ces deux modalités. [A]

Recommandations : Traitement d'un épisode de dépression majeure, grave sans psychose (p. 25)

La dépression unipolaire grave est traitée par une combinaison d'un antidépresseur et d'une psychothérapie, si les services appropriés sont disponibles et qu'il n'existe aucune contre-indication à l'application de ces modalités de traitement. [D]

La sismothérapie est envisagée si la pharmacothérapie et la psychothérapie se sont avérées insuffisantes ou si l'état de santé du patient s'est détérioré à cause de la dépression. [D]

Recommandation : Traitement du trouble dépressif majeur grave avec éléments psychotiques, épisode isolé ou récurrent (p. 26)

En l'absence de contre-indication et selon la disponibilité, la sismothérapie est proposée comme traitement de la dépression psychotique. Sinon, une combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique est indiquée.

On se doit de proposer une sismothérapie dans les situations suivantes:

- échec ou intolérance de la pharmacothérapie,
- risque de suicide ou de dérèglement métabolique sévère,
- persistance de symptômes dépressifs sévères en dépit de 4 à 8 semaines de traitement pharmacologique,
- amélioration insuffisante ou rémission partielle des symptômes dépressifs malgré une durée de 8 à 12 semaines de traitement pharmacologique à doses optimales. [D]

Recommandation : Acheminement vers les services psychiatriques

Recommandation : Acheminement vers les services psychiatriques au moment du diagnostique (p. 26)

Le clinicien devrait acheminer vers les services psychiatriques les personnes âgées souffrant des troubles suivants :

- dépression psychotique
- maladie affective bipolaire
- dépression accompagnée d'idées ou d'intention suicidaires.

En outre, le transfert peut s'avérer bénéfique dans les cas suivants :

- dépression accompagnée de toxicomanie
- épisode dépressif majeur, grave
- dépression accompagnée de démence [D]

Recommandations : Psychothérapies et interventions psychosociales

Recommandations : Psychothérapies et interventions psychosociales (p. 31)

Tous les patients souffrant de dépression devraient bénéficier de soins de soutien. [B]

Dans le traitement de la dépression chez la personne âgée, on a démontré l'efficacité des psychothérapies suivantes : la thérapie comportementale, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie par la résolution de problèmes, la thérapie dynamique brève, la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie par la reminiscence. [A]

Une psychothérapie ou des interventions psychosociales devraient être offertes dans le traitement des troubles dys-thymiques, de dépression mineure ou de symptômes dépressifs causés par une réaction de deuil normale. [B]

Dans le traitement de la dépression majeure, la psychothérapie peut être proposée initialement, seule ou en combinaison avec un antidépresseur si le patient exprime sa préférence pour cette modalité et est en mesure d'y participer activement en toute sécurité (absence de symptômes psychotiques ou de déficits cognitifs). [A]

Une combinaison de psychothérapie et d'un antidépresseur doit être disponible dans le traitement de la dépression majeure grave, chronique ou récurrente. [A]

Selon les besoins et les préférences du patient et selon les ressources disponibles, on doit au moins offrir un type d'intervention psychosociale qui devrait être dispensé par un professionnel qualifié dans la prestation de soins gériatriques. [C]

Les équipes en santé mentale travaillant auprès de personnes âgées atteintes de trouble dépressif doivent compter parmi eux des professionnels qui possèdent les qualifications et les compétences appropriées dans l'application de psychothérapies jugées efficaces dans le traitement de la dépression. Lorsque la psychothérapie est impossible, il faudra envisager des soins de soutien et d'autres interventions psychosociales. [D]

Recommandations : Pharmacothérapie

Recommandations : Choix de l'antidépresseur (p. 34)

Chez la personne âgée, le taux de réponse aux antidépresseurs est semblable à celui de l'adulte d'âge moyen. Le clinicien a toutes les raisons de faire preuve d'optimisme thérapeutique à l'égard de la personne âgée souffrant de dépression. [A]

Même en présence de maladies concomitantes graves, les antidépresseurs sont indiqués. Leur efficacité est la même que chez la personne âgée en bonne santé. Il faut toutefois choisir judicieusement un antidépresseur qui posera le moins de risque d'aggraver leurs problèmes médicaux (par exemple, on évitera les antidépresseurs qui augmentent la pression artérielle chez les personnes souffrant d'hypertension sévère). [B]

Le clinicien doit tenir compte de la possibilité de troubles psychiatriques concomitants telles l'anxiété généralisée et les toxicomanies car ces troubles aggravent la dépression et en compliquent le traitement. En début de traitement de la dépression, il est possible que les benzodiazépines soient utilisées afin de prévenir un sevrage aigu ou pour diminuer l'anxiété, en attendant que l'antidépresseur ou la psychothérapie produisent un effet positif. Le clinicien doit réévaluer périodiquement l'usage des benzodiazépines afin de les discontinuer le plus tôt possible. [B]

Recommandations : Surveillance des effets indésirables et des interactions médicamenteuses (p. 36)

Si le patient consomme déjà plusieurs médicaments, le clinicien choisit un antidépresseur à faible risque d'interactions médicamenteuses tels le citalopram, la sertraline, la venlafaxine, le bupropion et la mirtazapine. [C]

Lorsqu'un antidépresseur est prescrit à un patient qui consomme déjà plusieurs médicaments, le médecin et le pharmacien consultent les sources d'information les plus actuelles au sujet des interactions médicamenteuses. [C]

Dans le choix d'un médicament d'une classe pharmacologique particulière, le clinicien choisit l'antidépresseur le plus sécuritaire pour la personne âgée (p. ex., l'antidépresseur ayant le moins d'effets anti-cholinergiques). [D]

En prescrivant un antidépresseur (p. ex., ISRS ou venlafaxine), le clinicien est à l'affût d'effets indésirables liés à la sérotonine, telle l'agitation, et de la possibilité de l'aggravation des symptômes dépressifs en début de traitement. [B]

Quel que soit l'antidépresseur choisi, le clinicien doit demeurer vigilant afin de déceler l'émergence d'idées suicidaires (le risque suicidaire étant plus élevé en début de traitement). [C]

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) sont à éviter en présence d'hypotension orthostatique ou d'anomalies de la conduction cardiaque décelées à l'électrocardiographie (ECG). [B]

Si le clinicien opte pour un ATC, il surveille l'hypotension orthostatique, les symptômes cardiaques, les effets indésirables anti-cholinergiques et vérifie périodiquement la concentration sérique du médicament. [D]

Un mois après le début d'un traitement avec un ISRS, le clinicien vérifie la natrémie, surtout si le patient prend d'autres médicaments susceptibles de causer de l'hyponatrémie, tel un diurétique. [C]

Le clinicien vérifie la natrémie si la patient présente des symptômes suggérant une hyponatrémie (fatigue, malaise, délirium) ou s'il désire changer d'antidépresseur à cause d'une réponse insuffisante ou d'intolérance. [C]

Recommandations : Optimisation de la dose de l'antidépresseur et durée de traitement (p. 37 – 38)

Lorsqu'il prescrit un antidépresseur, le médecin prévoit un suivi hebdomadaire pendant plusieurs semaines afin d'évaluer les éléments suivants : la réponse clinique, le risque suicidaire, la possibilité d'aggravation des symptômes dépressifs et les effets indésirables de l'antidépresseur. Lors de ces visites, le clinicien optimise la posologie du médicament et offre des interventions psychosociales de soutien. [D]

Chez la personne âgée, on recommande de débiter le traitement médicamenteux à une dose réduite (la moitié de celle recommandée chez l'adulte d'âge moyen) et, si le médicament est bien toléré, d'augmenter la posologie lors des visites hebdomadaires jusqu'à une dose moyenne sur une période d'environ un mois. [D]

En l'absence d'amélioration après au moins deux semaines à dose moyenne, le médecin continue d'augmenter la posologie de façon progressive jusqu'à ce qu'une certaine amélioration clinique se produise, ou jusqu'à l'apparition d'effets indésirables intolérables qui empêchent d'augmenter la dose ou jusqu'à l'obtention de la dose maximale recommandée. [D]

Avant d'opter pour un autre médicament, le clinicien s'assure que l'essai a été adéquat (posologie et durée suffisantes). Le remplacement du médicament est indiqué si :

- il n'y a aucune amélioration symptomatique après au moins 4 semaines à la dose maximale tolérée ou recommandée;
- l'amélioration est insuffisante après huit semaines à la dose maximale tolérée ou recommandée. [C]

Si, à la suite d'un essai valable, le clinicien constate une nette amélioration mais pas de rémission complète, il envisage les options suivantes :

- de prolonger le traitement pendant 4 semaines, en ajoutant peut-être un autre antidépresseur, du lithium ou une psychothérapie, telle la PTI, la TCC ou la thérapie par la résolution de problèmes;
- de remplacer l'antidépresseur par un autre (de la même ou d'une autre classe) après avoir averti le patient de la possibilité de voir disparaître momentanément les effets bénéfiques du premier antidépresseur. [C]

L'emploi de combinaison de psychotropes, ou de stratégie de potentialisation médicamenteuse, nécessite la supervision d'un médecin d'expérience. [D]

Lors de la substitution, il est recommandé de diminuer la dose du médicament en cours tout en commençant le nouveau médicament à une faible dose. Pendant la phase de chevauchement, le clinicien vérifie les interactions médicamenteuses possibles car les antidépresseurs interagissent souvent, augmentant le risque d'effets indésirables. [C]

Bien que l'efficacité de la fluoxétine soit bien établie, celle-ci, à cause de sa longue demi-vie et du risque accru d'interactions médicamenteuses, n'est pas recommandée dans le traitement de la personne âgée. [C]

Les antidépresseurs, particulièrement les ISRS, ne doivent pas être cessés brusquement, mais progressivement sur une période de 7 à 10 jours. [C]

Recommandations : Surveillance et traitement de longue durée

Recommandations : Surveillance et traitement de longue durée (p. 40)

Pendant les 2 premières années de traitement, les prestataires de soins exercent, de façon continue, une surveillance de la récurrence de la dépression, axée sur les symptômes dépressifs qui étaient présents lors de l'épisode initial. [B]

Pendant le traitement de longue durée, l'intervention de spécialistes peut être nécessaire dans les situations suivantes : dépression psychotique, idées suicidaires, dépression liée à un trouble affectif bipolaire, dépression réfractaire au traitement, l'émergence de symptômes graves entraînant une détérioration de l'état fonctionnel ou de l'état de santé du patient. [D]

Après rémission des symptômes d'un premier épisode de dépression, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant au moins un an (jusqu'à deux ans) avec la pleine dose thérapeutique. [B]

Après une rémission de 2 ans, le clinicien peut sur une période de plusieurs mois diminuer graduellement la posologie de l'antidépresseur. Durant cette période, le clinicien doit surveiller de près la réapparition des symptômes dépressifs et être prêt à re-prescrire la pleine dose face au moindre signe de rechute ou de récurrence. [D]

En cas de rechute ou de rémission incomplète, l'ajout d'une psychothérapie jugée efficace constitue une option thérapeutique valable. [B].

Face à une résolution partielle des symptômes, le clinicien continue de viser une rémission complète en employant des stratégies de potentialisation ou de combinaisons médicamenteuses, ou en considérant l'utilisation de la sismothérapie. [B]

Chez la personne âgée, à moins de contre-indication spécifique, on poursuit indéfiniment le traitement d'entretien aux antidépresseurs dans les situations suivantes: plus de deux épisodes dépressifs, dépression particulièrement grave ou difficile à traiter, dépression nécessitant la sismothérapie. [D]

La sismothérapie d'entretien peut s'avérer nécessaire si le traitement d'entretien habituel est inefficace ou si le patient a auparavant bien répondu à la sismothérapie. [D]

En établissement de SLD, le suivi se fait au mois après la stabilisation de l'état dépressif et, par la suite, lors des réunions trimestrielles et de l'évaluation annuelle. La décision de maintenir ou de cesser le traitement antidépresseur dépend de :

- la durée de la rémission e.g. rémission complète d'au moins 1 an
- le traitement est encore bien toléré malgré les problèmes de santé du patient;
- les risques de l'interruption du traitement (c.-à-d. la réapparition des symptômes dépressifs) sont moindres que les risques de continuer le traitement. [D]

Recommandations : Éducation et prévention (p. 41 - 42)

Tous les programmes d'études et de perfectionnement dans les sciences de la santé devraient inclure des volets portant sur l'évaluation et le traitement de la dépression chez la personne âgée. [D]

Une formation spécialisée en santé mentale de la personne âgée devrait être offerte aux dispensateurs de soins travaillant auprès de personnes âgées souffrant de dépression. [D]

Tout en tenant compte des atouts et de la vulnérabilité des personnes âgées souffrant de dépression, les professionnels de la santé leur offrent de l'information sur la nature de la dépression, ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, sur les stratégies d'adaptation efficaces et sur les modifications à apporter à leur mode de vie et susceptibles de favoriser le rétablissement. [B]

Il est essentiel de fournir à la famille de la personne âgée souffrant de dépression, l'information concernant les signes et symptômes de la maladie ainsi que d'expliquer comment la maladie peut influencer l'attitude et le comportement de leur parent atteint de cette maladie. On explorera la réaction des membres de la famille face à la dépression de leur proche afin d'établir certaines stratégies d'adaptation tout en décrivant les options thérapeutiques disponibles et les avantages du traitement. [D]

Les campagnes d'éducation publique devraient insister sur la prévention de la dépression et du suicide chez la personne âgée. [D]

Recommandations : Populations particulières :

Recommandations : Maladie bipolaire (p. 43 – 44)

La personne âgée de plus de 65 ans qui présente un premier épisode de symptômes maniaques ou hypomaniaques requiert une évaluation approfondie afin d'en déceler les causes médicales possibles. [C]

Les thymoleptiques tel le lithium sont les médicaments de premier choix dans le traitement de la maladie affective bipolaire. Si nécessaire, on ajoute un antidépresseur lorsque des symptômes dépressifs se manifestent malgré un niveau thérapeutique du thymoleptique. [B]

Les facteurs suivants orientent le choix du thymoleptique: la réponse antérieure à l'utilisation d'un thymoleptique spécifique, les caractéristiques de la maladie tels cycles rapides, la présence de contre-indications médicales tels les effets indésirables susceptibles d'aggraver un problème médical préexistant, et le risque d'interactions médicamenteuses. [C]

La prescription d'un thymoleptique nécessite un suivi à court et long terme afin de déceler les effets indésirables. [B]

Recommandations : Démence (p. 45)

Face à des symptômes dépressifs légers ou de courte durée, on offre d'abord des interventions psychosociales de soutien. [D]

Dans les cas de dépression majeure associée à la démence, le traitement médicamenteux est recommandé. [B]

Dans la planification du traitement pharmacologique de la dépression associée à la démence, le clinicien choisit les médicaments ayant le moins d'effets anti-cholinergiques: citalopram, escitalopram, sertraline, moclobémide, venlafaxine ou bupropion. [C]

Dans les cas de démence, la thérapie psychosociale fait partie intégrante du traitement de la dépression. La thérapie se veut, d'une part, souple, afin de tenir compte du déclin de l'état fonctionnel, et d'autre part, multidimensionnelle afin de s'attaquer aux différents problèmes auxquels sont confrontés le patient et l'aidant naturel. Le clinicien offrant la thérapie demeure conscient de la vulnérabilité et de la fragilité de la personne âgée souffrant de démence. La thérapie permet aussi aux aidants naturels de mieux réagir face à la maladie de leur proche. [A]

En présence de dépression psychotique associée à la démence, la combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique est indiquée. Si les médicaments sont inefficaces ou s'il est nécessaire d'obtenir une réponse rapide afin d'assurer la sécurité du malade, la sismothérapie demeure une option. [D]

Recommandations : Dépression vasculaire (p. 45)

On doit surveiller de près l'apparition de symptômes dépressifs chez le patient victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) car la dépression est une complication fréquente de l'AVC même si l'humeur n'est pas dépressive. [B]

Le traitement du patient souffrant de dépression à la suite d'une seule ou de multiples lésions vasculaires cérébrales est établi conformément aux lignes directrices mentionnées ci-haut en s'assurant de ne pas aggraver les facteurs de risque vasculaire existants. [D]

Recommandations : Systèmes de soins (p. 48)

Les professionnels de la santé et les établissements de soins établissent un système de soins qui tient compte de l'état physique et fonctionnel ainsi que des besoins psychosociaux de la personne âgée souffrant de dépression. Étant donné la complexité des soins nécessaires, ce système sera vraisemblablement fondé sur l'interdisciplinarité, que ce soit en milieu de soins primaires ou en milieu de soins spécialisés en santé mentale. [B]

Les professionnels de la santé et les établissements de soins créent un système de soins qui favorise la continuité des soins dispensés par les prestataires de soins primaires. [B]

Partie 1 : Contexte

Introduction : La dépression au troisième âge

La dépression en fin de vie est un problème de santé mentale grave qui prend de l'ampleur (Blazer, 2002a). Des études de prévalence, basées sur le contenu d'entrevues dirigées ou semi-dirigées par des cliniciens britanniques et américains, révèlent que de 14,7 % à 20 % des personnes âgées vivant dans la communauté présentent des symptômes dépressifs évidents. D'une part, Copeland (1992) rapporte un taux de 11,5 % de diagnostic de trouble dépressif à Liverpool, alors que Gurland (1983) constate que la fréquence de la " dépression clinique " est de 13% à Londres, et de 12,4 % à New York. Blazer et Williams (1980) font état d'une fréquence de 14,7% de symptômes dépressifs marqués dont 3,7 % de dépression majeure chez les personnes âgées résidant dans le comté de Durham. Les études fondées sur des critères diagnostiques, tel le Manuel statistique et diagnostique (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA), et des entrevues dirigées par des interrogateurs qualifiés, révèlent un pourcentage de cas beaucoup plus bas soit 1 % de dépression majeure et 2 % de trouble dysthymique. (Bland, 1988; Weissman, 1988), la dépression liée aux affections physiques et à une réaction de deuil compliquée ayant été exclue. Même si l'on s'en tient aux bas taux rapportés dans ces études, force est de constater que, au Canada, un grand nombre de personnes âgées vivant dans la communauté (plus de 100 000) souffrent d'un trouble dépressif, et que 400 000 autres présentent des symptômes dépressifs significatifs. Ces personnes bénéficieraient certainement de traitement. La recherche démontre que le taux de dépression est encore plus élevé chez les personnes âgées hospitalisées (21 % selon Cooper, 1987; 12 % à 45 % d'après Koenig, 1988) ou hébergées en établissements de soins de longue durée, où les taux atteignent 40 % (Ames, 1990; Ames, 1988). Chez les personnes âgées, la dépression représente le problème de santé mentale le plus fréquent et se répercute sur tous les aspects de leur vie, sans compter ses effets dévastateurs sur la famille et la communauté. En dépit de sa prévalence, la dépression ne doit pas être considérée comme un phénomène normal du vieillissement. Les symptômes dépressifs, tel la baisse d'énergie et d'intérêt, le sommeil perturbé et l'inquiétude accrue face aux problèmes de santé, ne sont pas des changements inévitables de vieillissement, mais bien des signes d'une maladie traitable.

Certaines maladies, plus fréquentes chez la personne âgée, peuvent être associées à la dépression, ou en compliquer le traitement soit, la démence, l'AVC et la maladie de Parkinson. Quel que soit le groupe d'âge, la détection et le diagnostic de la dépression demeurent complexes, et davantage chez les personnes âgées, où le risque d'une sous-esti-

mation du problème ou une erreur de diagnostic s'avère plus élevé. Les entraves à la communication tel le déficit auditif, la présence de démence ou de déclin cognitif empêchent parfois la personne âgée de relater avec exactitude la nature et la durée de ses symptômes dépressifs. La démence, plus fréquente dans ce groupe d'âge, peut être à l'origine des symptômes dépressifs ou simuler une dépression, surtout en début de maladie lorsque l'apathie et le repli sur soi sont les symptômes prédominants. La stigmatisation sociale de la maladie mentale et/ou la méconnaissance du processus normal de vieillissement peuvent empêcher ou retarder le diagnostic de dépression. Dans ce contexte, les personnes âgées sont moins susceptibles de faire état de leurs symptômes dépressifs ou de consulter un médecin pour un trouble de l'humeur. Enfin, il est bien difficile d'établir clairement si les changements physiques sont dus à la dépression ou à une maladie physique concomitante.

La dépression entraîne chez les personnes âgées des conséquences fâcheuses dans sa vie courante et, parfois même, sur le plan financier. En effet, la dépression en fin de vie peut causer un déclin fonctionnel important, un stress dans la famille, un risque accru de maladie physique, un prolongement de la période de récupération ou un décès prématuré par suicide ou autres causes (Blazer, 2001; Charney, 2003; Unutzer, 2000). Comme la dépression entraîne souvent une incapacité fonctionnelle et un épuisement des ressources communautaires, il est possible qu'un placement devienne nécessaire afin d'obtenir une aide appropriée.

Le clinicien doit connaître la prévalence de la dépression, les défis diagnostiques et la complexité de la prise en charge de la personne âgée souvent atteinte de maladies physiques concomitantes. Le prestataire de soins doit être conscient de la possibilité du traitement de la dépression chez la personne âgée et, qu'au moyen d'un traitement efficace, la personne âgée peut faire de véritables gains sur les plans physiques, psychologiques, fonctionnels et sociaux.

Aperçu des lignes directrices

La première section des lignes directrices porte sur les divers aspects du dépistage et de l'évaluation de la dépression et aborde les modalités thérapeutiques (la psychothérapie et la pharmacothérapie) selon le type de dépression et sa gravité. Les sections qui suivent présentent en détail les options thérapeutiques et les recommandations touchant la surveillance clinique. Les dernières sections s'attardent à l'éducation des populations particulières et aux systèmes de soins relatifs à la dépression chez la personne âgée.

Partie 2 : Dépistage et évaluation

2.1. Dépistage

Le terme, dépistage, renvoie à la détection de cas de dépression dans une population donnée. Le terme, "évaluation" désigne le processus qui fait suite à la détection et consiste en une évaluation approfondie du patient en vue de poser un diagnostic de dépression et, le cas échéant, d'élaborer un plan de traitement.

En vertu des lignes directrices canadiennes actuelles, le dépistage de la dépression, en milieu de soins primaires n'a lieu que s'il est possible d'offrir un traitement et un suivi efficaces (Ames, 1990; MacMillan, 2005). Quoique les services gériatriques spécialisés en santé mentale soient limités dans de nombreuses régions du pays et dans les établissements de soins de longue durée (Conn, 1992), les médecins oeuvrant en soins primaires sont en mesure d'offrir un traitement efficace et un suivi approprié à un grand nombre de personnes âgées souffrant de dépression. Dans certaines régions, ils peuvent compter sur l'appui de professionnels de la santé mentale tels des psychologues ou des psychiatres généralistes. Si le clinicien identifie un incident déclencheur ou une perte récente chez le patient, il procède au dépistage d'un trouble de l'humeur. Une foule de facteurs physiques, psychologiques et sociaux augmentent le risque de dépression chez la personne âgée. Il s'ensuit donc qu'une bonne connaissance de ces facteurs permettra au clinicien d'être à l'affût des troubles de l'humeur chez la personne âgée.

2.1.1 Facteurs de risque

L'Association mondiale de psychiatrie (1999) et Baldwin (2002) identifient de nombreux facteurs de risque de dépression chez la personne âgée :

- le sexe féminin
- le veuvage ou le divorce
- des antécédents de dépression
- des anomalies cérébrales ou problèmes vasculaires
- le type de personnalité évitante ou dépendante ou incapable de conserver des liens affectifs et sociaux
- les maladies physiques graves et incapacitantes
- certains médicaments tels les antihypertenseurs à action centrale; bêta-bloqueur, inhibiteur calcique, digoxine, les analgésiques, les corticostéroïdes, les anti-parkinsoniens, les benzodiazépines et les antipsychotiques
- la consommation excessive d'alcool
- des facteurs sociaux (ex., groupes défavorisés et manque de soutien social)
- le fait de soigner un proche souffrant d'une maladie grave telle la démence

Les *facteurs précipitants* suivants :

- le deuil récent
- le placement en établissement tel le centre d'accueil et d'hébergement, surtout pendant la première année

- des événements stressants, tel une séparation, un deuil, une crise financière
- le stress chronique dû à une détérioration de l'état de santé, à des problèmes conjugaux ou familiaux ou d'isolement social
- un trouble persistant du sommeil

Puisque la dépression est un trouble récurrent, le clinicien doit toujours envisager la possibilité d'une récurrence. L'influence du processus biologique du vieillissement sur le risque de la dépression ne fait pas l'unanimité (Krishnan, 2002). Chez tous les groupes d'âges, une hyperactivité et une perturbation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien sont reliées à la dépression, mais également à des affections plus fréquentes du troisième âge, telle la démence. L'augmentation de la monoamine oxydase cérébrale et la fluctuation du niveau de d'autres neurotransmetteurs, dont la noradrénaline et la sérotonine, seraient à l'origine, du moins en partie, de l'apparition de la dépression chez la personne âgée (Kenney, 1982). L'AVC, la maladie de Parkinson et la démence augmentent le risque de dépression, particulièrement si ces maladies s'accompagnent de problèmes fonctionnels (Robinson, 1999). Des facteurs de risque de la maladie vasculaire cérébrale, tels l'hypertension, le tabagisme et la surconsommation alcool, sont aussi associés à un taux accru de dépression, même en l'absence de détérioration fonctionnelle (Hamalainen, 2001)IIa. En milieu de soins primaires, le risque de dépression est plus élevé lors une maladie physique récente ou grave, d'une maladie chronique invalidante qui nécessite beaucoup de soins à domicile. Les personnes âgées qui perdent leur conjoint courent un risque neuf fois plus élevé de souffrir de dépression que les adultes mariés du même âge (Turvey, 1999). Outre le deuil récent, l'isolement social et les troubles persistents du sommeil représentent des facteurs de risque importants de dépression (Baldwin, 2002)IIb. Plus le dépistage est axé sur les groupes à risque, plus il est efficace. Tel que mentionné ci-haut, la présence de facteurs de risque de dépression devrait inciter le clinicien à utiliser un instrument de dépistage ou à orienter son examen selon les critères diagnostiques d'un trouble dépressif.

2.1.2 Instruments de dépistage

Divers instruments sont conçus pour dépister et évaluer la dépression chez la personne âgée. Ces instruments ont été développés en fonction du tableau particulier de la dépression chez la personne âgée et de différents aspects spécifiques à ce groupe d'âge telle la co-morbidité accrue. Burns et ses collègues (1999) ont publié une solide étude et un répertoire des échelles d'évaluation appropriées pour la population gériatrique.

Les instruments de dépistage sommaire suivants sont indiqués en médecine générale, en milieu hospitalier ou en centre d'accueil et d'hébergement :

- **L'échelle d'évaluation de la dépression gériatrique (GDS, Geriatric Depression Scale)** est une échelle d'autoévaluation de 30 items dont le seuil est 11, la sensibilité de 84 % et la spécificité de 95 % (Almeida et Almeida, 1999; Hoyl, 1999; Yesavage, 1982). L'échelle existe également en 15 énoncés, dont le seuil recommandé est sept, et présente une sensibilité et une spécificité équivalentes (Leshner et Berryhill, 1994; Shiekh et Yesavage, 1986). L'efficacité de l'échelle GDS diminue, semble-t-il, en présence de déficits cognitifs (Burke, 1989; Feher, 1992). Des versions encore plus abrégées existent, soit une échelle à quatre items et une autre à 10 items (Katona, 1994; Shah, 1997, 1996).
- **L'évaluation sommaire de la personne âgée (BASDEC, Brief Assessment Schedule for Depression Cards)** est un jeu de 19 cartes où figurent un énoncé dépressif et l'interrogateur demande au patient de les ordonner selon que la véracité de l'énoncé i.e. vrai, faux ou incertain (Adshead, 1992). L'instrument de dépistage a été utilisé auprès de patients hospitalisés souffrant de maladie physique (Adshead, 1992)IIb. Un score de 7 ou moins est révélateur de la présence probable d'un trouble dépressif.
- **L'échelle SELFCARE (D)** est une échelle de 12 items tirée de l'outil d'évaluation globale et aiguillage CARE (Comprehensive Assessment and Referral Evaluation) (Bird, 1987). Le seuil de 5 ou 6 s'accompagne d'une sensibilité de 77 %, d'une spécificité de 98 %, et d'une valeur prédictive positive de 96 %.

Dans le cadre d'enquêtes communautaires, les instruments suivants ont été utilisés :

- **L'échelle de dépression – Centre d'études épidémiologiques (CES-D, Center for Epidemiological Studies- Depression Scale)** est une échelle d'autoévaluation de 20 items couramment utilisée en recherche épidémiologique (Radloff, 1990; Radloff et Teri, 1986). Par contre, elle ne s'applique pas si la personne est atteinte d'une trouble visuel ou cognitif. Un score de 16 sur le maximum de 60 points suggère une dépression légère, un score de 23 ou plus, une dépression d'importance clinique.
- **L'examen mental gériatrique (GMSS, Geriatric Mental State Schedule)** est une entrevue de 45 minutes structurée et dirigée par un interviewer qualifié (Copeland, 1976; Gurland, 1976) et est utile au dépistage d'une vaste gamme de psychopathologies chez la personne âgée. Le contenu a été traduit en plusieurs langues et l'entrevue peut se faire à l'aide d'un ordinateur portatif.

Les instruments de dépistage de la dépression concomitante à la démence ou à des troubles cognitifs importants :

- **L'échelle Cornell de dépression dans la démence** est un questionnaire comprenant 19 items à compléter lors d'une courte

entrevue avec un membre de la famille ou un aidant naturel (20 min) et avec le patient (10 min) (Alexopoulos, 1988). Le questionnaire a été mis au point pour faciliter la détection de la dépression chez les personnes atteintes de démence. Partout au Canada, l'instrument est intégré à de nombreux protocoles d'évaluation gériatrique.

- **L'échelle d'évaluation de l'humeur dans la démence (DMAS, Dementia Mood Assessment Scale)** du National Institute of Mental Health est une échelle de 24 items qui utilise une observation directe et une entrevue semi-dirigée, menée par un interrogateur qualifié visant à évaluer l'humeur chez des personnes souffrant d'un déclin cognitif (Sunderland, 1988). L'échelle DMAS s'inspire en partie de l'échelle Hamilton Depression Rating Scale, et a été validée comparativement à l'échelle GDS et à l'échelle Montgomery and Asberg Depression Rating Scale.
- **L'entrevue Canberra de la personne âgée (CIE, Canberra Interview for the Elderly)** est une entrevue avec le patient et des proches servant à détecter la démence et la dépression et est surtout utilisée en recherche (MacKinnon, 1993).
- **L'examen mental Cambridge de la personne âgée (CAMDEX, Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination)** comporte une entrevue avec le patient et des proches. L'instrument a été conçu dans le but de diagnostiquer la démence mais comprend aussi des questions de dépistage de la dépression (Roth M., 1986).

Ces échelles d'évaluation et instruments de dépistage ont été étudiés dans divers milieux cliniques et utilisés dans diverses disciplines et leur efficacité dans la détection et l'évaluation de la dépression a été démontrée. Néanmoins, les échelles et les instruments de dépistage ou d'évaluation soulèvent des inquiétudes en ce qui concerne les biais possibles liés à la langue ou à la culture, biais qui pourraient influencer leur efficacité dans le diagnostic de la dépression et dans la surveillance de la réponse au traitement.

En milieu hospitalier, la maladie physique aiguë ayant motivé l'admission doit être stabilisée avant de procéder au dépistage de la dépression. Le dépistage de la dépression est nécessaire dans les situations suivantes: hospitalisation à répétition ou prolongée, ou présence des facteurs de risque déjà mentionnés. Toutefois, rien ne démontre l'efficacité du dépistage à améliorer l'état de santé des personnes âgées hospitalisées (Cole, 2006)IIa. Les personnes admises dans un établissement de soins de longue durée (SLD) devraient bénéficier d'un dépistage de la dépression puisque le placement en établissement est reconnu comme étant un facteur précipitant de la dépression, et que les personnes hébergées dans ces établissements présentent souvent d'autres facteurs de risque de dépression (Dwyer et Byrne, 2000; Jongenelis, 2004; Soon et Levine, 2002). Prière de se reporter aux Lignes directrices nationales – La santé mentale de la personne âgée – Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement) (CCSMPA, 2006).

2.2 Évaluation de la dépression décelée au dépistage

Si, après le dépistage, le résultat est positif, le clinicien doit procéder à une évaluation plus approfondie. Il doit posséder de solides connaissances au sujet des critères diagnostiques de la dépression et de la manifestation, parfois unique, du trouble dépressif chez la personne âgée.

Critères diagnostiques

Plusieurs ensembles de *critères diagnostiques* de dépression sont proposés mais aucun n'est spécifique à la personne âgée. La durée, la fluctuation et l'intensité des symptômes permettent de distinguer les troubles dépressifs de la mélancolie et de la tristesse qui, dans certaines circonstances, sont des réactions appropriées. Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition (DSM-IV-TR) (APA, 2000) et la Classification internationale des maladies, 10^e édition (ICD-10) (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2003) définissent les symptômes fondamentaux et complémentaires requis afin de poser un diagnostic de dépression. Chez la personne âgée, les données probantes disponibles ne permettent pas de classer la dépression majeure chez la personne âgée dans une catégorie à part mais le vieillissement peut en accentuer certains signes et en atténuer d'autres. Le sentiment de tristesse illustre parfaitement cette affirmation, la personne âgée s'en plaignant beaucoup moins que l'adulte d'âge moyen. Cette particularité ne serait pas entièrement attribuable aux facteurs sociaux ou à la scolarisation des cohortes actuelles de personnes âgées et pourrait dépendre de facteurs biologiques. Souvent, la personne âgée ne se reconnaît pas d'une humeur dépressive et elle insistera plutôt sur ses symptômes somatiques, ses problèmes anxieux ou cognitifs, ce qui explique parfois la sous-estimation ou l'erreur diagnostique chez la personne âgée souffrant de dépression. En effet, les plaintes ou préoccupations somatiques, telles la fatigue et la douleur, peuvent suggérer une hypocondrie ou déclencher une longue investigation médicale (consensus du National Institute of Health, 1992). À cause du risque élevé de maladie physique concomitante chez la personne âgée, il est souvent difficile d'évaluer l'origine des symptômes physiques liés à la dépression. La présence d'anxiété, nouvelle ou préexistante qui s'aggrave et la présence de troubles du sommeil peuvent entraîner un diagnostic erroné d'un trouble anxieux et à la prescription d'une benzodiazépine tout comme les plaintes subjectives de problèmes de mémoire peuvent entraîner un diagnostic inapproprié de démence (Baldwin, 2002; consensus du National Institute of Health, 1992).

Le terme dépression s'emploie lorsqu'un ensemble de symptômes dépressifs est présent pratiquement toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins deux semaines, et que les symptômes atteignent une intensité qui représente un changement par rapport au fonctionnement habituel de la personne. Selon le DSM-IV et l'ICD-10 (APA, 2000; OMS, 2003), ces symptômes dépressifs sont :

- L'humeur dépressive

- La diminution de l'intérêt ou du plaisir dans les activités courantes et, auparavant, reconnues comme agréables
- La diminution du niveau d'énergie et fatigue accrue
- La perturbation du sommeil
- Le sentiment de culpabilité inapproprié ou excessif
- La diminution de la capacité de penser ou de se concentrer
- La perturbation de l'appétit, une perte d'appétit et de poids étant plus fréquente chez la personne âgée
- L'agitation ou ralentissement psychomoteur
- Les idées suicidaires ou pensées morbides récurrentes

À titre de symptômes supplémentaires, l'ICD-10 mentionne la diminution de l'assurance ou de l'estime de soi. (OMS, 2003), les sentiments de désespoir ou de dévalorisation ou de vacuité, l'évitement des interactions sociales, la difficulté à entreprendre des projets et le sentiment d'impuissance. D'après la présence de deux ou trois symptômes fondamentaux et de quatre ou six symptômes dépressifs secondaires, l'ICD-10 classe la dépression selon trois intensités : légère, modérée ou grave. Au Canada, les cliniciens ont surtout adopté le DSM-IV-TR pour diagnostiquer les types de troubles dépressifs (APA, 2000) :

- L'épisode dépressif majeur (dans la maladie affective bipolaire ou unipolaire, ou secondaire à une affection physique);
- Le trouble dysthymique;
- Les troubles dépressifs non précisés qui englobent le trouble dépressif mineur, le trouble dépressif psychotique de la schizophrénie et les troubles dépressifs d'étiologie incertaine (ex. primaires ou secondaires à une affection physique générale ou à une toxicomanie).

Il convient de préciser que l'épisode dépressif mineur (épisode d'au moins deux semaines de symptômes dépressifs qui sont moins nombreux que les cinq requis pour un diagnostic de la dépression majeure) est fréquent chez la personne âgée. Le qualificatif mineur peut être trompeur, cette affliction n'est sûrement pas banale ou dénuée de conséquences. En effet, la dépression mineure aurait les mêmes effets négatifs que la dépression majeure et peut occasionner une détérioration de la santé physique. (Tannock et Katona, 1995).

Le DSM-IV-TR catégorise les épisodes dépressifs majeurs en fonction de leur gravité (légère, modérée, grave sans signes psychotiques) ou selon des signes particuliers qui influencent le choix du traitement (symptômes psychotiques, catatoniques, mélancoliques ou atypiques) (APA, 2000).

Problèmes que pose le diagnostic chez la personne âgée

Cette section décrit plus en détails les problèmes que pose le diagnostic de la dépression chez la personne âgée tels :

- a) l'absence d'humeur dépressive
- b) la présence possible de déficits cognitifs, de démence ou de délirium
- c) la présence de plaintes somatiques excessives
- d) le deuil récent.

a) Diagnostic de dépression en l'absence d'humeur dépressive

Chez la personne âgée, certains signes cliniques de la dépression sont accentués tandis que d'autres sont atténués. Par exemple, la personne âgée atteinte de dépression affiche une tristesse moins marquée que l'adulte d'âge moyen et peut exprimer son humeur dépressive en termes de symptômes physiques. Depuis plusieurs années, ce trait caractéristique a été mis en évidence lorsqu'un groupe de Boston a regroupé les principaux symptômes de la dépression gériatrique dans une mnémonique (Sig : E Caps) (Jenike, 1988). Les lettres représentent chacun des symptômes notés dans les critères diagnostiques du DSM-IV : sommeil perturbé, intérêt diminué, culpabilité excessive (guilt), énergie diminuée, concentration difficile, appétit modifié, ralentissement psychomoteur ou agitation et pensées morbides ou idées suicidaires. La présence de cinq de ces huit symptômes à chaque jour ou presque, pendant au moins deux semaines, signale la dépression majeure. L'abréviation devient pour le clinicien un aide-mémoire des critères diagnostiques de la dépression gériatrique et lui permet d'inclure ces symptômes dans son entrevue clinique.

Tandis que l'humeur déprimée peut être absente dans la dépression gériatrique, l'anxiété incite souvent la personne âgée atteinte de dépression à consulter ou à demander à son médecin une ordonnance d'anxiolytiques (Forsell et Winbald, 1998). Il faut hésiter avant d'utiliser les benzodiazépines chez la personne âgée à cause du risque de chute et d'aggravation de troubles cognitifs et dépressifs. Conscient de l'association fréquente de l'anxiété à la dépression chez la personne âgée, le clinicien évalue toujours la possibilité d'une dépression lorsqu'une personne âgée se plaint d'anxiété ou demande une benzodiazépine.

b) Diagnostic de dépression en présence de problèmes cognitifs

Comparativement à l'adulte d'âge moyen, la personne âgée souffrant de dépression se plaint plus souvent de troubles de mémoire. Avant de conclure à une démence, le clinicien doit éliminer la possibilité d'une dépression, spécialement lorsque confronté à un aîné qui reconnaît ses problèmes cognitifs. Même si nous savons désormais que le trouble dépressif est souvent associé à la démence (Green, 2003), nous pouvons éviter une détérioration de la qualité de vie du patient et de sa famille si la dépression est reconnue et traitée. Après un traitement adéquat de la dépression, on procède à une évaluation approfondie du statut cognitif.

La démence concomitante complique beaucoup le diagnostic de dépression (Burns, 1990; Dwyer et Byrne, 2000). La personne souffrant d'aphasie est souvent incapable de décrire ses symptômes dépressifs ou de faire la démonstration de ses capacités cognitives. Lorsque la démence est avancée, la vocalisation ou le comportement perturbateur seront peut-être les seuls moyens pour le malade de communiquer ses symptômes dépressifs. La collaboration de la famille ainsi que des dispensateurs de soin est essentielle afin de bien évaluer les symptômes dépressifs dans les cas de démence. Alors l'utilisation des échelles d'évaluation fondées sur l'observation plutôt que sur l'autoévaluation est conseillée. Les *Lignes directrices sur la santé mentale de la per-*

sonne âgée : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement) (CCSMPA, 2006) abordent ce sujet parce que de nombreux résidents de ces établissements souffrent de dépression et de démence.

Le délirium peut aussi se manifester par des changements affectifs que l'on pourrait confondre avec les symptômes de dépression, tel que l'instabilité de l'humeur (sautes d'humeur), l'apathie, la baisse de l'intérêt, la fatigue extrême souvent associé au délirium hypo-actif. Le clinicien ne doit pas diagnostiquer une dépression en cas de délirium aigu et doit attendre que le délirium se soit estompé avant de procéder à l'évaluation des symptômes dépressifs. Le lecteur est prié de se reporter aux *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge du délirium* (CCSMPA, 2006) pour plus de renseignements sur la distinction entre la dépression, le délirium et la démence.

c) Diagnostic de dépression en présence de problèmes somatiques ou physiques

Chez la personne âgée souffrant de dépression, les préoccupations somatiques excessives sont très fréquentes. Les changements physiques inhérents à la dépression gériatrique, tels que la perturbation de la digestion, la baisse d'énergie, la fatigue souvent importante et le ralentissement psychomoteur accentuent sûrement les inquiétudes et les plaintes de la part du patient âgé. Le clinicien est aussi conscient de l'association de la dépression à la maladie physique et du fait qu'un trouble physique non-diagnostiqué risque de nuire au rétablissement du patient. Face à des préoccupations somatiques excessives ou à des symptômes physiques inexpliqués, il importe d'écarter la possibilité de la dépression (diagnostic différentiel) et, lorsque confrontés à des symptômes dépressifs, d'évaluer les problèmes médicaux sous-jacents. L'investigation clinique, incluant un examen physique et des épreuves de laboratoire appropriées, sert à éliminer les causes endocriniennes ou métaboliques, dont l'hypo ou l'hyperthyroïdie, la dysfonction surrénale, l'hypercalcémie, la carence en vitamine B12, les affections neurologiques ou cérébrales (AVC, la maladie de Parkinson ou la maladie d'Alzheimer), le cancer (cancer du poumon, cerveau ou du pancréas), l'infection chronique (neuro-syphilis ou brucellose). On doit aussi se rappeler que les affections physiques suivantes se compliquent souvent d'une dépression : le cancer, l'AVC, la maladie de Parkinson, la maladie cardiovasculaire et la maladie pulmonaire obstructive chronique (Baldwin, 2002).

d) Diagnostic de dépression à la suite d'un deuil récent

Il est normal qu'une personne endeuillée manifeste certains signes dépressifs. En général, ces symptômes s'estompent progressivement pendant la première année du deuil. Toutefois, certains symptômes demeurent inhabituels dans le cadre d'une réaction de deuil normale et sont presque toujours associés à un trouble dépressif majeur : une intention suicidaire allant au-delà du souhait passif de mourir, des idées délirantes congruentes à l'humeur, une détériora-

tion fonctionnelle importante empêchant l'exécution des activités quotidiennes après les deux premiers mois suivant le décès, un sentiment de culpabilité excessive n'ayant aucun lien avec la personne décédée, la dépréciation de soi, le ralentissement psychomoteur ou une réaction disproportionnée à l'ampleur de la perte (APA, 2000). On recommande aussi d'évaluer la personne qui présente une réaction de deuil prolongée ou qui manifeste des symptômes dépressifs importants six mois après la perte pour la présence possible de dépression.

Si le diagnostic d'épisode dépressif majeur est confirmé, le traitement approprié (voir la partie 3.4) est instauré. Face à l'expression d'une intention suicidaire, le clinicien adopte les mesures appropriées de prévention du suicide. En présence d'idées délirantes congruentes à l'humeur, telles que des idées délirantes de culpabilité, le clinicien suivra les recommandations de traitement de la dépression psychotique. Pour plus de renseignements, consulter la partie 3 sur le traitement et les Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide (CCSMPA, 2006).

2.2.1 Information complémentaire

Si le clinicien soupçonne une dépression, il procède à une investigation approfondie des signes et symptômes de la maladie. Le GDS vient compléter l'entrevue du patient qui ne présente aucun déficit cognitif et qui peut décrire ses symptômes dépressifs. L'échelle Cornell de dépression dans la démence est utile en cas de démence modérée ou avancée lorsque le patient ne peut fournir d'informations. Cette échelle permet de tenir compte des observations de la famille et des soignants. L'évaluation de la dépression ne saurait être complète sans une évaluation biopsychosociale exhaustive, afin de relever les facteurs déclencheurs tels une perte, une maladie physique ou des médicaments pouvant causer la dépression. Le diagnostic sera d'autant plus précis que le clinicien relèvera les antécédents de symptômes et de maladie mentale et procédera à l'examen de l'état mental, notamment de la fonction cognitive et à l'examen physique ainsi qu'à la vérification de la consommation de médicaments et de substance telle l'alcool.

L'information complémentaire recueillie auprès de membres de la famille, d'aidants naturels ou autres soignants représente une partie essentielle de l'évaluation de la dépression - fait qui est bien reconnu en gériatrie. Elle donne un aperçu objectif de l'humeur, de la personnalité et de l'état fonctionnel coutumier du malade ainsi que des changements observés par rapport à son fonctionnement habituel. Elle permet d'identifier des facteurs biopsychosociaux stressants qui pourraient être à l'origine de ces changements (ex., décès, conditions de vie, toxicomanie). À l'occasion, ces sources d'information peuvent se révéler plus ou moins fiables à cause d'une perturbation cognitive chez l'aidant naturel, d'une possibilité d'abus, surtout dans les

situations où il existe des problèmes familiaux importants. Les nouvelles dispositions législatives sur la protection de la vie privée prévoient que les cliniciens de l'équipe soignante aient un accès à l'information provenant des autres prestataires de soins afin qu'ils puissent recueillir toute l'information nécessaire à une évaluation la plus complète possible.

Risque suicidaire

La complication de la dépression la plus redoutée demeure le suicide. Dans l'évaluation de la dépression, il est essentiel de déterminer dans un premier temps si le patient a des idées suicidaires et, en second lieu, d'évaluer le risque suicidaire le plus précisément possible. Le clinicien doit demander directement à son patient s'il a des idées suicidaires, s'il a l'intention de passer à l'acte ou s'il a élaboré un plan à cet égard. Le clinicien doit connaître les facteurs de risque suicidaire suivants et en tenir compte même en l'absence d'intention suicidaire (Conwell, 2002; Shah et Ganesvaran, 1997; Waern, 2002).

Facteurs de risque non modifiables :

- L'âge avancé
- Le sexe masculin
- Le veuvage ou le divorce
- La tentative antérieure de suicide
- Les pertes (ex., santé, statut social, autonomie, relations significatives)

Facteurs de risque potentiellement modifiables :

- L'isolement social
- La présence de douleur chronique : douleur modérée (ratio d'incidence (odds ratio) de 1,9); douleur intense (ratio d'incidence de 7,5)
- La consommation excessive ou inappropriée d'alcool et de médicaments
- La présence et gravité de la dépression
- La présence de désespoir et d'idées suicidaires
- La disponibilité de moyens de passage à l'acte, particulièrement une arme à feu

Les comportements suivants augmentent le risque suicidaire et devraient alerter le clinicien :

- La présence d'agitation
- L'acte de se départir de ses biens personnels
- La révision du testament
- L'augmentation de sa consommation d'alcool
- La non-fidélité au traitement médical
- L'augmentation des comportements à risque
- Les préoccupations morbides

Pour plus de renseignements sur le suicide et la personne âgée, le lecteur est prié de consulter les Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide (CCSMPA, 2006).

Recommandations : Dépistage et évaluation

Recommandations : Dépistage et évaluation – Facteurs de risques

Le prestataire de soins connaît les facteurs de risque physiques, psychologiques et sociaux des troubles dépressifs chez la personne âgée et, en présence de facteurs de risque, procède au dépistage de la dépression. [D]

On recommande le dépistage systématique de la dépression chez la personne âgée qui se retrouve dans les situations suivantes :

- deuil récent avec réaction ou symptômes inhabituels (par exemple : intention suicidaire, sentiments de culpabilité n'ayant aucun lien avec la personne décédée, ralentissement psychomoteur, idées délirantes congruentes à l'humeur, une incapacité fonctionnelle importante persistant deux mois après le décès, ou réaction disproportionnée face à la perte)
- réaction de deuil qui persiste trois à six mois suivant la perte
- isolement social
- plaintes subjectives et persistantes de trouble de la mémoire
- présence de maladie chronique invalidante
- diagnostic récent d'une maladie grave (dans les trois derniers mois)
- trouble du sommeil persistant
- préoccupations somatiques excessives ou nouveaux symptômes d'anxiété
- refus de s'alimenter ou laisser-aller dans les soins personnels
- hospitalisation prolongée ou à répétition
- diagnostic de démence, de maladie de Parkinson ou d'Accident Vasculaire Cérébral
- admission récente dans un centre d'accueil et d'hébergement ou dans un établissement de soins de longue durée (SLD). [B]

Recommandations : Dépistage et évaluation – Dépistage et outils de dépistages

Le prestataire de soins possède les connaissances et les aptitudes nécessaires à l'application d'instruments appropriés de dépistage et d'évaluation de la dépression chez la personne âgée. [D]

Les instruments appropriés pour le dépistage de la dépression chez la personne âgée exempte de déficit cognitif, en milieu de soins médicaux généraux ou gériatriques, sont l'échelle d'autoévaluation de la dépression gériatrique (GDS, Geriatric Depression Scale), l'échelle d'autoévaluation SELFCARE, et l'évaluation sommaire de la personne âgée (BASDEC, Brief Assessment Schedule Depression Cards) pour le malade hospitalisé. [B]

En milieu hospitalier, le dépistage de la dépression chez la personne âgée à risque se fait à l'arrivée ou dès que l'état de la personne se stabilise. [D]

En présence de déficit cognitif modéré ou grave, on recommande d'utiliser un questionnaire qui tient compte des observations des soignants, tel l'échelle Cornell de dépression pour la démence plutôt que l'échelle GDS. [B]

Le protocole d'évaluation en établissement de SLD (Soin de longue durée) prévoit que le dépistage des symptômes dépressifs et comportementaux ait lieu dès que possible après l'admission et, par la suite, à intervalles réguliers et aussi, lors d'un changement important. [D]

Recommandations : Dépistage et évaluation – Dépistage et outils de dépistages

Si le dépistage indique la présence probable d'une dépression, une évaluation bio-psycho-sociale exhaustive est indiquée. Celle-ci inclura :

- La vérification de la conformité aux critères diagnostiques du DSM-IV-TR ou de l'ICD-10
- La détermination de la gravité et de la présence de symptômes psychotiques ou catatoniques
- L'évaluation du risque suicidaire
- Une revue des antécédents personnels et familiaux de troubles de l'humeur (incluant leur traitement)
- Des informations détaillées sur la consommation médicamenteuse et l'usage de substances alcoolisées ou autres
- L'examen des conditions de vie actuelles et du niveau de stress présent
- L'estimation de l'état fonctionnel ou de l'incapacité
- L'examen de la situation familiale, de l'intégration sociale, du soutien social et des atouts personnels;
- L'examen de l'état mental et des fonctions cognitives;
- L'examen physique et les épreuves de laboratoire afin de déceler les problèmes médicaux pouvant causer les symptômes dépressifs ou imiter un tableau dépressif. [D]

Recommandations : Dépistage et évaluation – Évaluation du risque de suicide

Si le clinicien soupçonne une dépression, il doit évaluer le risque suicidaire en demandant directement au patient s'il a des idées suicidaires, une intention de suicide ou un plan d'action. Si le risque suicidaire est élevé, le patient est acheminé vers un professionnel ou un service spécialisé en santé mentale qui pourra procéder, de façon prioritaire, à une évaluation approfondie et à l'élaboration d'un traitement et d'une stratégie de prévention du suicide. [D]

Partie 3 : Traitement

Selon des lignes directrices récentes (Alexopoulos, 2001; Baldwin, 2002), le traitement se déroule en trois phases :

- **Phase aiguë** qui se poursuit jusqu'à la rémission des symptômes
- **Phase de continuation** qui a pour but de prévenir une rechute (réapparition des symptômes de l'épisode initial)
- **Phase d'entretien (prophylaxie)** qui a pour objectif de prévenir les récurrences (apparition d'un épisode futur)

Dans le présent document, les divers aspects du traitement seront abordés dans les sections suivantes :

- **Partie 3: Traitement** – La section abordera le choix du traitement en fonction du diagnostic.
- **Partie 4: Psychothérapies et interventions psychosociales** – La section présente les interventions non pharmacologiques.
- **Partie 5: Traitement pharmacologique** – La section porte sur le traitement médicamenteux tout en soulignant que, dans la plupart des cas de dépression, il est aussi indiqué d'envisager des interventions biologiques, psychologiques et sociales.
- **Partie 6: Surveillance et traitement de longue durée**

Les parties 3, 4 et 5 renferment les diverses modalités dont l'efficacité a été démontrée dans le traitement de la dépression chez la personne âgée. À cause du grand nombre de modalités thérapeutiques disponibles, le choix de traitement peut représenter un défi pour le clinicien. Les éléments suivants influencent le choix du traitement : la préférence du patient, le coût et la disponibilité du traitement, les contre-indications (la présence d'un problème médical qui empêcherait l'utilisation d'un médicament ou d'un problème cognitif qui entraverait la psychothérapie) et la présence de certains facteurs étiologiques réversibles (des facteurs psychologiques, biologiques, physiques ou sociaux). Dans l'optique d'une démarche biopsychosociale, le clinicien évalue tous les facteurs, identifiés lors de l'évaluation approfondie des patients, et susceptibles d'être déterminants dans l'apparition de la maladie. Il propose alors une stratégie thérapeutique visant à corriger les facteurs potentiellement modifiables. Notons que le type de dépression et sa gravité demeurent des facteurs très importants dans le choix de traitement.

3.1 Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive

Le DSM-IV désigne ainsi ce trouble afin de bien souligner qu'il s'agit d'une réaction particulière à un stress ou à un incident précis. À titre d'exemple, citons la réaction peut-être négative à une maladie ou à une hospitalisation. Une impossibilité temporaire ou persistante de recourir à des mécanismes sains d'adaptation à cette situation difficile

peut déclencher une réaction excessivement négative. Dans ce cas, on offre en premier lieu les interventions psychosociales visant à atténuer les effets négatifs du stress et à renforcer les aptitudes d'adaptation de la personne. Si la situation stressante perdure, il importe de réévaluer le patient de façon périodique afin de déceler l'émergence possible d'un trouble dépressif (ex., un épisode dépressif majeur) qui nécessitera un traitement différent.

Recommandation : Traitement du trouble d'adaptation avec humeur dépressive

En premier lieu, on recommande une intervention psychosociale de soutien ou une psychothérapie comme modalités de traitement. Si les symptômes s'aggravent et correspondent aux critères diagnostiques DSM IV du trouble dépressif ou s'ils persistent lorsque le stress disparaît, il convient d'opter pour un changement de traitement, soit une pharmacothérapie soit une psychothérapie plus spécifique et intensive. [D]

3.2 Trouble dépressif mineur

Le trouble dépressif mineur est défini comme étant un épisode dépressif d'au moins deux semaines où les symptômes dépressifs sont moins nombreux que les cinq requis pour satisfaire aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur. Les symptômes dépressifs ne sont pas reliés précisément à un stress, à une perte ou à une maladie physique aiguë et/ou ne fait pas partie d'un trouble dys-thymique de longue durée.

Au moins une étude indique qu'en comparaison au placebo, les antidépresseurs sont bénéfiques lorsque la dépression mineure dure plus de quatre semaines. Toutefois, chez la personne âgée, le traitement du trouble dépressif mineur n'a pas été étudié. (Williams, 2000). Ainsi, rien ne démontre vraiment l'efficacité de la psychothérapie dans ce type de dépression (voir la partie 4 sur les psychothérapies et les interventions psychosociales) mais les experts s'entendent pour dire que la psychothérapie constitue une intervention d'appoint (Alexopoulos, 2001, IIa). Si la psychothérapie s'impose comme modalité thérapeutique, on recommande une psychothérapie fondée sur les données les plus probantes (voir la partie 4 sur les psychothérapies et les interventions psychosociales). Comme la plupart des psychothérapies ne produisent leur effet bénéfique qu'après quatre semaines, il est acceptable d'attendre un peu plus longtemps avant de prescrire un traitement médicamenteux surtout si l'alliance thérapeutique est solide et que les symptômes dépressifs ne s'aggravent pas.

Recommandations : Traitement du trouble dépressif mineur

L'épisode dépressif mineur de moins de 4 semaines est traité par une psychothérapie de soutien ou des interventions psychosociales. [D]

Si les symptômes persistent au-delà de 4 semaines malgré la mise en œuvre d'interventions psychosociales, une pharmacothérapie ou une psychothérapie d'efficacité établie sont recommandées. [D]

Si le patient refuse l'antidépresseur proposé, la psychothérapie représente le seul traitement possible. Son efficacité doit être réévaluée périodiquement. [D]

3.4 Épisode isolé ou récurrent, de gravité légère ou modérée, du trouble dépressif majeur

Les American Expert Consensus Guidelines (Alexopoulos 2001) recommandent l'usage des antidépresseurs *et* de la psychothérapie, soit la psychothérapie interpersonnelle [PTI], la thérapie cognitivo-comportementale [TCC], la thérapie par la résolution de problèmes [TRP] ou la psychothérapie de soutien à titre de traitement de première instance tandis que les antidépresseurs ou la psychothérapie (PTI, TCC, TRP ou thérapie dynamique brève [TDB]) sont recommandés dans les lignes directrices de l'Association mondiale de psychiatrie (Baldwin, 2002)^b. Alors que des études confirment la supériorité de la poly-thérapie dans certains cas, d'autres études indiquent que l'une ou l'autre modalité de traitement aboutiront à la rémission dans d'autres cas (voir également la partie 4 sur les psychothérapies et les interventions psychosociales). Quant au choix du traitement initial le plus approprié, le clinicien tiendra compte du coût, de la préférence du patient et de la disponibilité des psychothérapies

Recommandation : Traitement d'un épisode de dépression majeure, isolé ou récurrent, de gravité légère à modérée

La dépression unipolaire majeure, de gravité légère ou modérée, est traitée par un antidépresseur, une psychothérapie ou une combinaison de ces deux modalités. [A]

3.4.1 Épisode isolé ou récurrent, grave mais sans psychose, du trouble dépressif majeur

Dans le traitement de la dépression majeure, le jumelage d'un antidépresseur et d'une psychothérapie constitue le traitement de première ligne. La présence d'affections physiques n'empêche pas le traitement pharmacologique mais influence le choix de médicament. Même si de nombreuses études cliniques ont démontré l'efficacité des tricycliques dans le traitement de la dépression majeure, il est préférable de les éviter chez la personne âgée. Certains nouveaux antidépresseurs tel venlafaxine ou mirtazapine, ont démontré leur efficacité dans le cadre d'études portant sur le traitement de dépression grave (Davis et Wilde, 1996; Poirier et Boyer, 1999). La sismothérapie représente une solution de rechange, particulièrement si l'utilisation d'un antidépresseur ou la gravité de la dépression risque d'aggraver l'état de santé du patient. Une récente étude, Cochrane, souligne l'absence de preuves concernant l'utilisation de la sismothérapie chez la personne âgée, quoique, selon l'expérience

3.3 Trouble dysthymique

Selon le DSMIV, le trouble dysthymique se définit comme suit : un trouble de l'humeur caractérisé par une humeur dépressive présente presque toute la journée, signalée par la personne ou observée par d'autres, d'une durée d'au moins deux ans. Au moins deux des symptômes suivants doivent accompagner l'humeur dépressive : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, piètre concentration, difficulté à prendre des décisions et sentiment de désespoir. Un autre critère diagnostique veut qu'aucun épisode dépressif majeur n'ait été présent pendant les deux premières années de la condition actuelle et que les symptômes ne soient pas attribuables à un trouble dépressif majeur chronique en rémission partielle ou à des épisodes dépressifs de la maladie affective bipolaire.

Les données les plus probantes concernant le traitement du trouble dysthymique proviennent d'études touchant des populations de divers groupes d'âge. Chez la personne âgée, au moins une étude a démontré l'efficacité du traitement au moyen d'un antidépresseur et conclut que l'utilisation d'un antidépresseur devrait être considérée comme traitement de première ligne. (Williams, 2000). La place de la psychothérapie dans le traitement du trouble dysthymique de la personne âgée est incertaine, et les études à ce sujet, peu nombreuses jusqu'à maintenant, ne rapportent que peu de bénéfices (Arean et Cook, 2002; Bohlmeijer, 2003). Si la psychothérapie fait partie de la stratégie de prise en charge initiale, on doit ajouter un antidépresseur à moins que les symptômes ne s'améliorent dès le début du traitement psychothérapeutique ou qu'il y ait une contre-indication à l'utilisation d'un antidépresseur. (Alexopoulos, 2001). Il est important de souligner que la dépression majeure en rémission partielle peut ressembler à un trouble dysthymique. Dans ce cas, il faut poser un diagnostic "de dépression majeure en rémission partielle" et instituer un traitement conforme aux recommandations concernant ce diagnostic dans le but d'obtenir une rémission complète.

Recommandations : Traitement du trouble dépressif dysthymique

Le traitement du trouble dysthymique englobe une pharmacothérapie pouvant être accompagnée d'une psychothérapie et la réponse clinique est réévaluée de façon périodique. [B]

clinique, cette modalité tient une place importante dans le traitement de la dépression rebelle, surtout lorsqu'il est nécessaire d'obtenir une amélioration rapide afin d'assurer la sécurité du patient. (Vander Wurff, 2003).

Recommandations : Traitement d'un épisode de dépression majeure, grave sans psychose

La dépression unipolaire grave est traitée par une combinaison d'un antidépresseur et d'une psychothérapie si les services appropriés sont disponibles et qu'il n'existe aucune contre-indication à l'application de ces modalités de traitement. [D]

La sismothérapie est envisagée si la pharmacothérapie et la psychothérapie se sont avérées insuffisantes ou si l'état de santé du patient s'est détérioré à cause de la dépression. [D]

3.4.2 Épisode isolé ou récurrent, grave, accompagné de signes psychotiques, du trouble dépressif majeur

Selon les données probantes, l'utilisation d'un antidépresseur seulement n'est bénéfique que dans un petit nombre de cas et se révèle souvent insuffisant pour atteindre une rémission complète des symptômes dépressifs. (Baldwin, 2002). La combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique constitue un traitement initial approprié, mais des études révèlent que, chez les personnes âgées, le taux de rémission à la suite d'un traitement médicamenteux est plutôt bas (33 % selon Manly, 2000), et que le délai avant le rétablissement complet est souvent beaucoup plus long qu'avec la sismothérapie (Groupe d'études de la sismothérapie, R.U., 2003). Chez la personne âgée, on envisage d'emblée la sismothérapie si elle est facilement accessible. C'est en effet l'option thérapeutique la plus efficace, celle qui produit le plus haut taux de rémission, supérieur à 80 %, ainsi que la réponse la plus rapide et la plus complète (Baldwin, 2002)^{11a}.

En outre, des données émergentes laissent entrevoir que la personne âgée (particulièrement la personne très âgée) répondrait mieux que l'adulte d'âge moyen à la sismothérapie (Manly, 2000). Autre avantage de la sismothérapie: son efficacité à traiter les symptômes psychotiques, ce qui signifie qu'il sera peut-être possible d'éviter l'utilisation d'un antipsychotique et permettra d'utiliser seulement un antidépresseur pendant la phase de stabilisation post-sismothérapie. Rappelons que les antipsychotiques classiques (typiques), surtout si utilisés sur une longue période, augmentent le risque de dyskinésie tardive et d'effets secondaires extrapyramidaux tel le parkinsonisme. D'autre part, les antipsychotiques atypiques, si utilisés sur une longue durée, aggravent les facteurs de risque d'incidents cardiovasculaires et cérébro-vasculaires soit le gain pondéral, la dyslipidémie et le diabète, en plus de comporter un faible risque de dyskinésie tardive et de syndrome parkinsonien. Au chapitre des désavantages de la sismoth-

érapie, citons la crainte et les idées préconçues du patient et de la famille concernant ce traitement ainsi que les risques et les effets indésirables immédiats dont la perte de mémoire, la confusion, les chutes et le risque minime d'AVC. Il existe également des contre-indications à la sismothérapie, notamment l'infarctus du myocarde récent ou les lésions cérébrales actives (ex. tumeurs).

Dans l'espoir de diminuer les risques de syndrome parkinsonien et de dyskinésie tardive, on utilise les antipsychotiques atypiques tel rispéridone, olanzapine et quétiapine qui ont presque totalement remplacé les antipsychotiques classiques dans le traitement des psychoses chez la personne âgée. Il n'en demeure pas moins que l'usage des antipsychotiques atypiques soulève la controverse à cause de données récentes qui suggèrent un risque accru d'incidents cardiovasculaires et cérébro-vasculaires et une hausse de la mortalité (taux de mortalité accru d'un facteur de 1,6 chez la personne âgée souffrant de démence et traitée avec un antipsychotique atypique comparativement à la personne âgée atteinte de démence sous placebo) (Santé Canada, 2005; Schneider, 2005). Une étude des renseignements contenus dans une base de données ontarienne constate que le taux de mortalité global chez des personnes souffrant de démence augmente si on prescrit des antipsychotiques, mais on ne rapporte pas d'augmentation du taux d'AVC (Gill, 2005)^{11b}. Les répercussions cliniques de ces effets indésirables dans des groupes de personnes souffrant de dépression sont encore imprécises. Néanmoins, l'utilisation à long terme d'un antipsychotique atypique est moins susceptible d'entraîner la dyskinésie tardive et un syndrome parkinsonien grave que les antipsychotiques classiques. Bien qu'en général il s'agisse d'une question de mois, la durée de l'utilisation de l'antipsychotique dans le traitement de la dépression psychotique est variable, mais sera sans doute moins longue que la durée nécessaire à un traitement efficace de la schizophrénie. Il faut se rappeler que le retrait d'un antipsychotique peut provoquer la réapparition des symptômes dépressifs et psychotiques. Par conséquent, une surveillance étroite est nécessaire afin d'éviter une rechute qui amènerait soit un découragement ou risque accru de suicide.

Le taux de rémission à la suite d'un traitement jumelant un antidépresseur et un antipsychotique est inférieur à celui obtenu avec la sismothérapie. Étant donné la gravité de la dépression psychotique et les risques qui y sont associés, le clinicien doit viser une amélioration rapide des symptômes, en quelques semaines plutôt qu'en quelques mois. L'expérience clinique indique que si, après 8 à 12 semaines d'un traitement combinant un antidépresseur et un antipsychotique à la dose maximale recommandée ou tolérée et les interventions psychothérapeutiques appropriées, les symptômes ne sont pas disparus, le risque que la dépression devienne "réfractaire au traitement" est très élevé. On doit donc envisager la sismothérapie si la réponse clinique au traitement médicamenteux est insuffisante ou trop lente. La complexité de la prise en charge des patients souffrant de dépression psychotique impose un transfert urgent à un médecin spécialiste en vue du traitement le plus approprié. (Alexopoulos, 2001; Baldwin, 2002).

Recommandation : Traitement du trouble dépressif majeur grave avec éléments psychotiques, épisode isolé ou récurrent

En l'absence de contre-indication(s) et selon la disponibilité, la sismothérapie est proposée comme traitement de la dépression psychotique. Sinon, une combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique est indiquée.

On se doit de proposer une sismothérapie dans les situations suivantes :

- échec ou intolérance de la pharmacothérapie,
- risque de suicide ou de dérèglement métabolique sévère,
- persistance de symptômes dépressifs sévères en dépit de 4 à 8 semaines de traitement pharmacologique,
- amélioration insuffisante ou rémission partielle des symptômes dépressifs malgré une durée de 8 à 12 semaines de traitement pharmacologique à doses optimales. [D]

Recommandation : Acheminement vers les services psychiatriques au moment du diagnostic

Le clinicien devrait acheminer vers les services psychiatriques les personnes âgées souffrant des troubles suivants :

- dépression psychotique
- maladie affective bipolaire
- dépression accompagnée d'idées ou d'intention suicidaires

En outre, le transfert peut s'avérer bénéfique dans les cas suivants :

- dépression accompagnée de toxicomanie
- épisode dépressif majeur, grave
- dépression accompagnée de démence[D]

3.5 Acheminement vers la psychiatrie au moment du diagnostic

Pour des motifs d'efficacité et de sécurité, le patient qui présente des symptômes graves ou un risque suicidaire élevé nécessitera des services psychiatriques spécialisés, non disponibles dans la plupart des milieux de soins primaires. L'acheminement vers la psychiatrie est surtout indiqué dans la dépression psychotique ou dans la phase dépressive grave de la maladie affective bipolaire. Le patient déprimé qui souffre aussi d'une toxicomanie devrait bénéficier de services spécialisés en santé mentale ou d'un traitement dans un milieu supervisé afin de soigner ces deux troubles en toute sécurité. Si la dépression s'ajoute à la démence, le psychiatre aidera à identifier les causes peut-être réversibles de la démence, à choisir l'antidépresseur le plus approprié et à définir les stratégies visant à améliorer l'observance thérapeutique et la surveillance du traitement recommandé.

3.6 Rémission

De façon générale, les études sur l'efficacité de modalités thérapeutiques se sont attardées à l'évaluation du soulagement des symptômes dépressifs et à une réduction de 50 % du score de l'échelle de dépression telle l'échelle de Hamilton. Présentement, on met l'accent sur la rémission complète comme but ultime de la thérapie. La rémission se confirme lorsque le patient et les membres de sa famille sont en mesure d'affirmer " qu'il est redevenu celui qu'il était avant " ou lorsque les scores obtenus à l'échelle d'évaluation de la dépression chutent en deçà du seuil de la dépression probable. Les cliniciens s'entendent pour dire que la rémission est possible chez la personne âgée mais qu'il est souvent nécessaire d'utiliser plus d'une modalité thérapeutique afin d'atteindre ce but. Il est donc essentiel de surveiller étroitement la réponse au traitement et d'ajouter, au besoin, d'autres modalités thérapeutiques. Le clinicien d'expérience reconnaît que des troubles mentaux ou physiques non diagnostiqués ou non traités peuvent compromettre le rétablissement du patient; dans ce cas, une réévaluation qui mettra l'emphasis sur ces facteurs qui peuvent nuire à la rémission des symptômes s'imposera. Malgré le grand nombre de stratégies thérapeutiques jugées efficaces chez la personne âgée, nous disposons de peu de données concluantes pour guider le choix de traitement, définir les étapes à suivre (eg. algorithmes de traitement) et permettre ainsi une utilisation judicieuse des interventions thérapeutiques disponibles pour chaque individu déprimé.

Partie 4 : Psychothérapies et interventions psychosociales

La présente section aborde les psychothérapies dont l'efficacité a été le mieux démontrée par les données de recherche chez la personne âgée. Elle porte également sur les interventions psychosociales, telle la psychoéducation, le counselling familial, l'implication d'une infirmière visiteuse, le groupe d'entraide en cas de deuil, les programmes d'activités communautaires ou d'exercice physique, interventions qui s'ajoutent au traitement principal pharmacologique ou psychothérapeutique ou à la combinaison des deux. (Alexopoulos, 2001; Reynolds, 2004)^{iv}. Ces interventions ne répondent pas à la définition, ni aux critères, d'une psychothérapie spécifique, bien que la plupart s'inspirent des principes et stratégies de la théorie psychothérapeutique.

Par souci de sécurité et d'efficacité, il importe de souligner la nécessité que la psychothérapie soit appliquée par un professionnel spécialisé et qualifié. En effet, quand le thérapeute est titulaire d'un diplôme d'études supérieures (au moins du niveau de la maîtrise) et possède de l'expérience auprès de la personne âgée, l'amélioration de l'état dépressif est optimale (Pinquart et Sörensen, 2001)^{ib}. Tandis que la recherche fait progresser nos connaissances quant aux modalités d'application des diverses psychothérapies auprès des personnes cibles, un bon nombre de ces interventions sont encore relativement jeunes, et il existe toujours une pénurie de professionnels de la santé aptes à dispenser de tels services psychothérapeutiques.

Il faut noter que ces services ne sont pas tous disponibles dans la même mesure dans tous les types d'établissements de soins. Compte tenu du vieillissement de la population, une formation portant sur les psychothérapies jugées efficaces est recommandée pour les prestataires de soins présents et futurs.

Depuis le début des années 1990, les données probantes confirmant l'efficacité de psychothérapies dans la dépression chez la personne âgée se font de plus en plus nombreuses. Ces constatations sont issues de plus de vingt études documentaires qualitatives et de quatre méta-analyses (Bohlmeijer, 2003; Engels et Vermey, 1997; Pinquart et Sörensen, 2001; Scogin et McElreath, 1994). Présentement, le consensus veut que l'intervention psychothérapeutique soit une option de traitement de première ligne ou une intervention jumelée au traitement pharmacologique.

La pertinence des interventions psychothérapeutiques et psychosociales découle de la nature psychologique ou sociale de nombreux facteurs de risque modifiables de la dépression chez la personne âgée. (Reynolds, 2004)^{ib}. À ce stade de la vie, des aspects psychosociaux peuvent intervenir comme médiateurs de la dépression (telle l'incapacité physique menant à l'isolement social) ou comme modérateurs (des mécanismes d'adaptation modulant l'influence d'une perte sur la dépression). Des données probantes révèlent que la personne âgée préfère tout autant, voire plus, le traitement psychologique pour traiter leur dépression (Landreville, 2001; Rokke et Scogin, 1995). En outre, chez la personne

âgée souffrant de dépression qui présente une intolérance aux antidépresseurs ou une contre-indication à leur usage, la psychothérapie représente une option thérapeutique utile.

Des constatations de recherche laissent entrevoir que la psychothérapie exercerait des effets plus importants ou plus durables que la pharmacothérapie sur les plans suivants : la prévention de la rechute, l'amélioration des symptômes dépressifs résiduels après la fin de l'intervention active et l'amélioration du fonctionnement interpersonnel (Hollon, 2005)^{ib} ou une augmentation du bien-être psychologique (Pinquart et Sörensen, 2001)ⁱ

4.1 Psychothérapies de fondement empirique

Plus de cent études examinent l'effet de la psychothérapie dans la dépression chez la personne âgée, notamment plus de 50 essais cliniques randomisés sur diverses interventions psychothérapeutiques. Plusieurs méta-analyses de la documentation sur la dépression gériatrique (Bohlmeijer, 2003; Engels et Vermey, 1997; Pinquart et Sörensen, 2001; Scogin et McElreath, 1994) et certaines études qualitatives (ex., Areán et Cook, 2002; Bartels, 2003; Gatz, 1998; Karel et Hinrichsen, 2000; Mackin et Areán, 2005; Scogin, 2005; Teri et McCurry, 2000) confirment l'existence de psychothérapies efficaces dans la dépression chez la personne âgée.

La Coalition n'a pas retenu certaines études portant sur l'effet de la psychothérapie combinée au traitement médicamenteux (ex., des études sur la psychothérapie interpersonnelle) parce qu'elles ne précisent pas les effets particuliers de l'intervention psychologique.

4.2 Interventions psychothérapeutiques

Thérapie comportementale et thérapie cognitivo-comportementale

La thérapie comportementale (TC) et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) favorisent l'élaboration de stratégies et l'acquisition d'aptitudes visant l'activation comportementale et le traitement constructif de l'information sur soi et sur autrui. La TC vise principalement l'augmentation du niveau d'activité, particulièrement le repérage, la planification et l'augmentation du nombre d'activités agréables. La TCC, une intervention active et concertée, aide le patient à cerner et à modifier des schémas de pensée négative à l'origine de l'état dépressif. La TCC incorpore des techniques comportementales, telles l'activation comportementale et l'entraînement à l'affirmation de soi.

L'orientation didactique de la TC et de la TCC et la disponibilité de manuels sur le déroulement des interventions rendent les interventions propices à l'auto-administration. La biblio-thérapie suppose le recours à la lecture et à l'exécution d'exercices, conformément aux démarches comportementale et cognitive, dans un milieu au choix du patient et aussi, à son rythme (Floyd, 2004).

Grâce à la thérapie par la résolution de problèmes (TRP), le patient peut acquérir des aptitudes permettant d'envisager les problèmes que posent la vie, telle la maladie ou le placement en centre d'accueil ou d'hébergement, et de développer des stratégies d'adaptation dans une démarche de résolution de problèmes.

Psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle (PTI), une intervention brève, reprend des éléments de thérapies psychodynamiques, dont l'exploration et la clarification de l'affect et de la TCC, telles des techniques de modification comportementale ou l'épreuve de la réalité des perceptions et des interprétations. Dans ce type de thérapie, on s'attarde aux stress et aux défis actuels dans les relations interpersonnelles: les différends avec d'autres, le deuil suivant une perte, le changement de rôle et le manque de soutien social.

Thérapie dynamique brève

La thérapie dynamique brève (TDB) s'attarde avant tout aux conflits internes, examinés dans les relations passées et présentes du patient, ainsi que dans la relation avec le thérapeute. L'interprétation, comme principale technique, conduit le patient à cerner ses conflits, particulièrement dans le domaine des relations personnelles, à mieux se comprendre et ainsi, à s'assumer plus pleinement.

Thérapie par la réminiscence

La thérapie par la réminiscence (TR) sert à accompagner la personne âgée dans son passé pour qu'elle revive les moments agréables, réactive ses aptitudes d'adaptation et réévalue les bons et mauvais côtés de sa vie. Ainsi, elle pourra en reconstituer la trame et dégager le sens de son expérience.

4.3 Synthèse des constatations de la recherche sur l'efficacité de la psychothérapie

Efficacité des interventions psychothérapeutiques

À ce jour, la TCC est la forme de psychothérapie la plus étudiée sous l'angle de l'efficacité dans le traitement de la dépression chez la personne âgée (Mackin et Areán, 2005). La plupart des essais cliniques examinent la dépression majeure, seulement quelques-uns s'attardent à la dysthymie et à la dépression mineure. Les échantillons sont composés principalement de personnes de race blanche, relativement jeunes (60 à 75 ans), provenant de classe socioéconomique moyenne ou élevée. Les études sur la psychothérapie dans le traitement de la dépression chez la personne âgée souffrant également d'une maladie physique ou d'un autre trouble mental, d'un déficit cognitif ou d'une incapacité, sont soit inexistantes soit d'envergure négligeable. Le même constat s'applique s'il s'agit de personnes d'âge avancé à faible revenu ou résidant en région rurale.

- La TC se révèle efficace dans la dépression chez la personne âgée, soit d'efficacité supérieure à celle de l'intervention témoin soit d'efficacité égale à une autre forme de thérapie d'efficacité éprouvée telle la TCC ou la TDB (p. ex., Areán, 2004; Areán et Cook, 2002; Mackin et Areán, 2005; Pinquart et Sörensen, 2001; Scogin et McElreath, 1994; Scogin, 2005)^{1a}.
- La TCC constitue une modalité thérapeutique efficace dans la dépression chez la personne âgée (Areán, 2004; Areán et Cook, 2002; Mackin et Areán, 2005; Pinquart et Sörensen, 2001; Scogin et McElreath, 1994; Scogin, 2005)^{1a}. La TCC est soit d'efficacité supérieure à l'intervention témoin (c-à-d., les soins usuels, la gestion de la liste d'attente, le comprimé placebo) ou d'efficacité égale à une autre thérapie fondée sur des données probantes comme la TC ou la TDB. Des données probantes démontrent la durabilité des gains sur une période d'un à deux ans. (Areán et Cook, 2002; Reynolds, 2004)^{1b}.
- La TC ou la TCC, dans le cadre de la bibliothérapie, se sont révélées efficaces dans le traitement de la dépression chez la personne âgée (Areán et Cook, 2002; Pinquart et Sörensen, 2001; Scogin et McElreath, 1994; Scogin, 2005)^{1a}.
- La TRP est d'efficacité démontrée dans le traitement de la dépression de la personne âgée (1a; Areán et Cook, 2002; Scogin et McElreath, 1994; Pinquart et Sörensen, 2001; Scogin, 2005)^{1a}.
- Comme l'étude de la PTI s'est déroulée en association avec des médicaments ou le comprimé placebo, son efficacité dans le traitement de la dépression chez les aînés demeure incertaine. Toutefois, plusieurs études d'envergure négligeable font ressortir que la PTI serait une modalité efficace dans le traitement de la dépression chez la personne âgée, particulièrement de la dépression chronique et récurrente (Hollon, 2005)^{1b-11a}.
- La TDB s'est révélée efficace dans le traitement de la dépression du troisième âge, à savoir aussi efficace que d'autres modalités thérapeutiques fondées sur des données probantes comme la TCC et la TC (Gallagher-Thompson et Steffen, 1994; Thompson, 1987; Scogin, 2005)^{1b}, et ses effets bénéfiques persistent plus de deux ans (Gallagher-Thompson, 1990)^{1b}.
- La TR constitue un traitement efficace de la dépression chez la personne âgée. (Bohlmeijer, 2003; Hsieh et Wang, 2003; Scogin, 2005)^{1a}.

Bref, pour reprendre les mots de Scogin et ses collègues (2005), " les cliniciens s'ouvrant auprès de personnes âgées souffrant de dépression disposent de plusieurs options s'ils veulent fonder leur planification et stratégie thérapeutiques sur des protocoles qui ont passé haut la main l'épreuve de l'essai clinique " (p. 231). En tant que seules interventions dans la dépression majeure chez la personne âgée quand les

épisodes dépressifs sont modérés, les psychothérapies constituent des solutions de rechange efficaces et sûres au traitement médicamenteux, procurant des bienfaits qui durent longtemps (Areán et Cook, 2002; Reynolds, 2004)^{ib}. Lorsque la dépression est grave, les experts s'entendent pour recommander le traitement médicamenteux combiné aux interventions psychologiques (Baldwin, 2002)^{iv}.

Les psychothérapies sont également utiles dans le traitement du trouble dysthymique et de la dépression mineure. Il faut cependant ajouter que seules quelques études (sur la TCC, la TRP, la PTI et la TR) ont été menées à ce sujet, et les bienfaits rapportés à ce jour ne semblent pas aussi prometteurs que les effets bénéfiques obtenus dans le traitement de la dépression majeure (Areán et Cook, 2002)^{ib}.

Les psychothérapies efficaces dans le traitement de la dépression chez la personne âgée favorisent l'acquisition d'aptitudes d'adaptation, augmente sa connaissance de ses capacités et améliore ainsi son intégration sociale. (Leszcz, 2004)^{iv}. En général, les personnes âgées accueillent bien ce type d'intervention.

Efficacité du traitement médicamenteux combiné à la psychothérapie

La partie suivante, soit la partie 5 sur la pharmacothérapie, aborde précisément le traitement médicamenteux de la dépression chez la personne âgée. Les cliniciens ont souvent recours à la combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie dans le traitement de la dépression chez la personne âgée. Malheureusement, la recherche concernant les effets de cette combinaison est très restreinte et les données portant sur diverses psychothérapies sont insuffisantes. Les rares études disponibles sont axées sur la dépression majeure, et la recherche ne s'est pas penchée sur le traitement combiné du trouble dysthymique ou de la dépression mineure.

La recherche confirme l'utilité du traitement médicamenteux antidépresseur associé à la PTI dans la dépression chronique ou récurrente (Reynolds, 1999a, 1999b; Miller, 2001)^{ib} et, plus précisément, la PTI associée à un antidépresseur, soit la nortriptyline, s'est révélée supérieure à la PTI associée au comprimé- placebo, particulièrement dans la prévention de la rechute (Reynolds, 1999b; Taylor, 1999)^{ib}. Des données probantes appuient également l'antidépresseur associé à la TCC (Thompson, 2001)^{ib}. De fait, l'association de la TCC et d'un antidépresseur, soit la désipramine, est d'efficacité supérieure au médicament seul (Thompson, 2001)^{ib}. Comme la recherche est limitée, on ne peut pas vraiment faire une généralisation à partir de ces constatations.

Il semble que, dans le traitement combiné, associant la PTI ou la TCC à l'antidépresseur, chacune de ces modalités contribue aux effets bénéfiques. Rien ne démontre véritablement que la probabilité de réponse à la poly-thérapie est plus grande que la probabilité de réponse à la monothérapie, particulièrement dans la dépression chronique (Hollon, 2005)^{ib}.

Étant donné l'usage fréquent de la combinaison de la pharmacothérapie et de la psychothérapie, " il est crucial d'étudier le type et la fréquence de l'intervention psychologique qui se révèle efficace chez la personne âgée souffrant de dépression lorsque celle-ci reçoit également un traitement médicamenteux " (Hartman-Stein, 2005, p. 240).

Quelques indications de la psychothérapie

À cause d'une pénurie de données, il est difficile de formuler des recommandations quant à des psychothérapies spécifiques efficaces dans la dépression chez la personne âgée. Tel qu'il a été mentionné, la recherche sur les résultats de la psychothérapie porte essentiellement sur des personnes volontaires relativement en bonne santé, à l'exclusion des personnes âgées fragiles, et atteintes d'une dysfonction cognitive. La recherche sur les indicateurs prévisionnels de l'effet chez le patient est également limitée. Reste à déterminer certains paramètres normatifs afin d'orienter le choix de la thérapie (Hollon, 2005), devant l'absence d'études méthodiques visant à préciser l'appariement optimal de la forme de la thérapie et les caractéristiques du patient dans le cas de la dépression chez la personne âgée (Scogin, 2005). La circonspection est donc de mise dans l'interprétation des études démontrant les avantages ou la supériorité d'une thérapie particulière dans un état dépressif précis. Sans données probantes empiriques, le choix de la psychothérapie reposera vraisemblablement sur la formation et l'expérience du prestataire de soins.

Les principes généraux suivants ne sont offerts qu'à titre de suggestions.

- En général, la meilleure psychothérapie pour un patient donné est celle qui correspond à ses atouts (ses modes d'adaptation, ses dispositions personnelles, ses attitudes devant la vie, ses aptitudes interpersonnelles, le soutien social) plutôt que des interventions destinées à combler ses déficits. Cependant, cette règle devra être corroborée par la recherche.
- Une méta-analyse d'interventions psychothérapeutiques et psychosociales révèle une plus grande efficacité des interventions individuelles que des interventions de groupe. (Pinquart et Sörensen, 2001)^{ia}. La thérapie de groupe demeure une option valable parce qu'elle est plus économique et plus susceptible de briser l'isolement social et d'offrir du soutien social (Leszcz, 2004)^{iv}.
- Les personnes âgées atteintes de dépression et d'un trouble de personnalité concomitant répondent généralement moins bien au traitement, qu'il soit pharmacologique ou psychologique. Depuis peu, à titre de thérapie d'appoint à l'antidépresseur, la thérapie comportementale dialectique (TCDI) semble prometteuse dans le traitement de la dépression associée à un trouble de la personnalité chez la personne âgée. (Lynch, 2003)^{ib}.
- La TRP, axée sur l'acquisition d'aptitudes concrètes, peut être utile pour soulager les symptômes dépressifs et

diminuer l'incapacité chez la personne souffrant de dépression majeure et de déclin cognitif, surtout d'une dysfonction exécutive (Alexopoulos, 2003)^{1b}.

- De par son orientation interpersonnelle, la PTI est une intervention utile dans la dépression liée au deuil et dans les situations où les conflits de rôle sont prédominants. (Reynolds, 1999b)^{1b}.
- La réminiscence et l'examen des pans de la vie représentent une intervention appropriée chez la personne âgée qui souffre de dépression, qui est enfermée dans un cercle vicieux de rumination, d'amertume, de souvenirs évasifs, qui a depuis longtemps une piètre estime d'elle-même et qui se sent incapable et dévalorisée. (Watt et Cappeliez, 2000, 1995)^{1b}. La thérapie par la réminiscence peut également être utile chez la personne âgée confuse ou démente vivant dans une résidence pour personnes âgées (Goldwasser, 1987)^{1b}.
- La TCC peut se révéler particulièrement utile chez le patient dont la pensée négative est tenace et qui n'a aucun espoir d'amélioration. La TCC ou la TC sont indiquées pour l'aidant naturel souffrant de dépression, si l'objectif thérapeutique vise l'acquisition de stratégies d'adaptation face aux problèmes engendrés par le déclin cognitif et les troubles comportementaux de leur proche atteint de démence. De son côté, la TDB est efficace si l'objectif thérapeutique est de composer avec les répercussions affectives du changement de mode de vie provoqué par la démence (Gallagher-Thompson et Steffen, 1994; Teri, 1997)^{1b}.

Recours à la psychothérapie

Malgré la disponibilité de thérapies efficaces dans la dépression chez la personne âgée, les données révèlent que seul un petit nombre d'adultes, âgés de 65 ans ou plus et souffrant de dépression, obtiennent des soins, quels qu'ils soient, pour des problèmes émotifs ou de santé mentale (Crabb et Hunsley, sous presse)^{1b}. L'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (cycle 1.1) indique que, comparées aux adultes d'âge moyen, les personnes âgées de 65 ans ou plus souffrant de dépression sont moins susceptibles de rapporter une consultation en santé mentale dans l'année écoulée, ou une consultation auprès de professionnels autres que le médecin de famille. (Crabb et Hunsley, sous presse). Les personnes âgées souffrant de dépression utilisent très peu les services de santé mentale.

Dans la même veine, une étude américaine constate que la psychothérapie est peu utilisée chez la personne âgée atteinte de dépression bien que son efficacité soit bien établie (Wei, 2005)^{1b}. Selon des renseignements tirés de Medicare, les auteurs ont calculé que la psychothérapie a été dispensée dans 25 % de 2 025 épisodes de dépression, et que seule une minorité des patients (33 %) ont subi un traitement constant, situation que les auteurs attribuent au nombre insuffisant de psychothérapeutes (Wei, 2005).

4.4 Interventions psychosociales

Il existe une vaste gamme d'interventions psychosociales utiles dans le traitement de la dépression chez la personne âgée. Ces interventions ne correspondent ni à la définition, ni aux critères d'une psychothérapie, mais plusieurs s'inspirent des principes et stratégies de la théorie de base de la psychothérapie. Ces interventions sont appliquées à grande échelle par divers professionnels de la santé et prestataires de soins de soutien en santé mentale. Elles se rangent dans la catégorie des soins d'appoint au traitement principal formé du traitement médicamenteux, de la psychothérapie ou des deux (Alexopoulos, 2001; Reynolds, 2004)^{1v}.

Certaines des interventions, telles l'écoute empathique, l'offre d'information, l'encouragement et le réconfort pour inciter la personne à passer à l'action, s'apparentent au counselling. D'autres interventions s'inscrivent dans le cadre de l'éducation sur le mode de vie, de l'exercice physique ou d'activités religieuses ou sociales. Elles prennent la forme de diverses stratégies, visant les activités courantes qui influencent ou contribuent à la dépression chez la personne âgée. Ces formes d'interventions psychosociales sont particulièrement utiles en centre d'accueil et d'hébergement, comme en témoignent des données probantes qui illustrent l'amélioration du bien-être psychologique et du sentiment de maîtrise que ressentent les bénéficiaires (Pinquart et Sörensen, 2001)^{1a}. Il importe de souligner que le soutien organisationnel disponible dans la collectivité, par exemple, les programmes de jour, les halte-accueil et les divers centres pour personnes âgées, est vital pour combler les besoins psychologiques de la personne âgée souffrant de dépression. Ce soutien est d'autant plus important dans les localités où les psychothérapies d'efficacité démontrée ne sont pas disponibles.

4.5 Approfondir la recherche sur la psychothérapie

L'analyse documentaire et le débat d'experts de diverses disciplines font ressortir la nécessité d'établir des programmes de recherche en psychothérapie dans le but de préciser les indications et les contre-indications des différentes formes de psychothérapie. Bien que nous sachions que la psychothérapie peut être efficace dans certains cas de dépression, nous ne savons pas clairement quels sont les patients qui devraient y être acheminés de façon prioritaire, à savoir les patients les plus susceptibles d'en bénéficier et les cas où il est plus rentable de traiter d'abord par la psychothérapie plutôt que par le traitement médicamenteux.

Comme Niederehe l'a si bien dit (2005, p. 319), " la recherche doit se pencher sur les aspects de la dispensation du traitement ". Autrement dit, s'attarder aux questions de faisabilité réelle et de grande diffusion des interventions, et sur celle des obstacles à surmonter pour que les interventions fassent partie intégrante des services cliniques courants. La recherche devra aussi examiner comment adapter le traitement aux différents types de milieu et à la

personnalité, aux connaissances et aptitudes de professionnels impliqués et enfin, comment prioriser le financement de l'intervention.

4.6 Préambule des recommandations

Chaque personne âgée souffrant de dépression est un cas particulier. En pratique clinique habituelle, le recours à la psychothérapie reposera sur certains facteurs, dont les circonstances qui ont précipité la dépression, la qualité du système de soutien social, l'intérêt et les préférences du patient quant à une intervention de nature psychologique, le mode d'adaptation, le niveau de fonctionnement cognitif. La disponibilité de professionnels qualifiés pour appliquer la psychothérapie sera l'un des principaux facteurs à considérer. Étant donné l'efficacité démontrée d'interventions psychologiques dans le traitement de la dépression, il convient maintenant d'élaborer des protocoles de psychothérapie fondés sur des données probantes à l'intention des professionnels en santé mentale, et destinés à être mis en application à grande échelle.

Recommandations : Psychothérapies et interventions psychosociales

Tous les patients souffrant de dépression devraient bénéficier de soins de soutien. [B]

Dans le traitement de la dépression chez la personne âgée, on a démontré l'efficacité des psychothérapies suivantes : la thérapie comportementale, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie par la résolution de problèmes, la thérapie dynamique brève, la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie par la reminiscence. [A]

Une psychothérapie ou des interventions psychosociales devraient être offertes dans le traitement des troubles dysthymiques, de la dépression mineure et des symptômes dépressifs causés par une réaction de deuil normale. [B]

Dans le traitement de la dépression majeure, la psychothérapie peut être proposée initialement, seule ou en combinaison avec un antidépresseur si le patient exprime sa préférence pour cette modalité et est en mesure d'y participer activement en toute sécurité (absence de symptômes psychotiques ou de déficits cognitifs). [A]

Une combinaison de psychothérapie et d'un antidépresseur doit être disponible dans le traitement de la dépression majeure grave, chronique ou récurrente. [A]

Selon les besoins et les préférences du patient ainsi que les ressources disponibles, on doit au moins offrir un type d'intervention psychosociale qui devrait être dispensée par un professionnel qualifié dans la prestation de soins gériatriques.[C]

Les équipes en santé mentale œuvrant auprès de personnes âgées atteintes de trouble dépressif doivent compter parmi eux des professionnels qui possèdent les qualifications et les compétences appropriées dans l'application de psychothérapies jugées efficaces dans le traitement de la dépression. Lorsque la psychothérapie est impossible, il faudra envisager des soins de soutien et d'autres interventions psychosociales. [D]

Partie 5 : Pharmacothérapie

5.1 Choix du médicament

Chez la personne âgée, la pharmacothérapie de la dépression s'inscrit dans le cadre d'une démarche thérapeutique globale qui comprend des modalités sociales, environnementales et psychologiques et qui vise à corriger les facteurs modifiables contribuant à la dépression, facteurs qui ont été identifiés lors d'une évaluation initiale exhaustive. (Baldwin, 2002; AIIAO, 2004, 2003). La plupart des études portant sur les antidépresseurs ont ciblé des populations plus jeunes, quoique la recherche portant sur les personnes âgées prenne de plus en plus d'ampleur. Il est, toutefois, important de préciser que les participants à ces études ne pas nécessairement représentatifs de la clientèle en pratique clinique (Zimmerman, 2002). La sous-représentation des personnes âgées dans les études empêche la généralisation des essais cliniques effectués chez la population adulte. De nombreuses études ont examiné l'efficacité et les effets indésirables des antidépresseurs chez les personnes âgées et d'autres ont évalué les habitudes de prescription et les différents types de pratique. Il est intéressant de noter que la dépression n'est pas sous-traitée autant que le laissaient entrevoir les premières études. Toutefois, même avec la venue des nouveaux antidépresseurs, les taux de traitement adéquat ne sont pas encourageants. Des études communautaires indiquent un bas taux de traitement de la dépression chez la personne âgée, ce qui entraîne des effets néfastes sur l'état de santé. (Cole, 1990) De plus, les antidépresseurs ne sont pas toujours prescrits à dose optimale. Une étude canadienne fait ressortir que des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) sont prescrits à la dose jugée appropriée par un groupe d'experts dans 79 % des cas et dans 31 % des cas, s'il s'agit des antidépresseurs tricycliques (ATC) (Rojas-Fernandez, 1999). Le vieil adage "commence à faible dose et augmente lentement" s'applique toujours à l'utilisation des antidépresseurs, particulièrement avec les tricycliques. Toutefois, il faudrait modifier cette règle générale comme suit : "commence à faible dose et progresse lentement, mais progresse!". Trop souvent encore, la progression s'arrête avant que la dose thérapeutique ne soit atteinte. Rien ne démontre que le traitement antidépresseur à faible dose soit efficace chez la personne âgée: le traitement avec dose sous-optimale entraîne souvent un échec et l'acheminement prématuré vers les services de santé mentale avec un diagnostic de "dépression réfractaire au traitement" (Baldwin, 2002).

Traitement médicamenteux de l'épisode dépressif majeur non psychotique

Chez la personne âgée, l'utilisation d'un antidépresseur s'est révélée bénéfique dans le traitement de l'épisode dépressif majeur, non psychotique. Plusieurs méta-analyses portant sur le traitement de personnes âgées de plus de 60 ans font état de réponses cliniques comparables à celles constatées chez des patients plus jeunes (Gerson, 1999; Mittmann, 1997). En général, le taux de réponse dans les deux groupes est de 30 % avec un placebo et de 60 % avec un antidépresseur. (Gildengers, 2002). Cependant, une méta-analyse portant sur une population de personnes âgées révèle un taux de réponse de seulement 50 % (Gerson, 1999). Pour prévenir un seul

résultat défavorable de la dépression, le nombre nécessaire à traiter (NNT) est de 4 pour les ATC (antidépresseurs tricycliques), tandis que ce nombre varie selon l'ISRS (ex.: 4 pour le citalopram, 8 à 32 pour la fluoxétine) (Gill et Hatcher, 2000, 1999; Katona et Livingston, 2002; Wilson, 2001)^{1a}. Les effets indésirables des ATC empêchent souvent leur utilisation chez la personne âgée. Il faut aussi mentionner qu'un essai clinique comparatif et randomisé portant sur l'utilisation du citalopram chez un groupe d'âge moyen de 79 ans révèle que citalopram n'est supérieur au placebo que dans le traitement de la dépression grave. La réponse au traitement varie tant selon la modalité que selon le lieu du traitement (Roose, 2004)^{1b}. Ces résultats illustrent que les interventions non pharmacologiques auprès des personnes du groupe du placebo, telle que la surveillance étroite, l'encouragement et le soutien qui redonne l'espoir, peuvent s'avérer efficaces dans le traitement de la dépression modérée, et soulignent l'importance et la nécessité des interventions psychothérapeutiques de soutien dans le traitement de la dépression chez la personne âgée.

Traitement médicamenteux de la dépression associé à une maladie physique ou à une maladie mentale

Plusieurs personnes âgées souffrant de dépression sont aussi atteintes de graves maladies physiques ou mentales. Une méta-analyse Cochrane portant sur le traitement d'adultes de tout âge souffrant de diverses maladies physiques (ex., diabète, cancer, VIH, maladie de Parkinson, infarctus du myocarde) en arrive à un NNT de 4, soit le même que dans le traitement d'une population générale de personnes âgées (Gill et Hatcher, 1999, 2000)^{1a}. Une étude à échantillonnage restreint et effectuée dans une unité de soins aigus en gériatrie afin d'évaluer un ISRS (fluoxétine) constate que les patients souffrant d'une maladie physique concomitante s'améliorent autant ou plus que les patients moins malades (Evans, 1997)^{1b}. D'autres ISRS, tel l'escitalopram, le citalopram et la sertraline, sont aussi efficaces chez les personnes souffrant de maladies concomitantes (ex., dépression post-AVC et démence), et présentaient un profil favorable par rapport aux effets secondaires et interactions médicamenteuses. (Lepola, 2004). Les experts suggèrent que l'optimisation du traitement des problèmes physiques concomitants est importante afin d'améliorer le pronostic et qu'il importe de choisir avec soin un antidépresseur qui ne risque pas d'aggraver ces maladies concomitantes (Alexopoulos, 2001). Par exemple, un antidépresseur tricyclique ayant des effets anti-cholinergiques et cardiovasculaires importants pourrait aggraver les maladies physiques souvent présentes chez la personne âgée, soit la démence, les maladies cardiovasculaires et compliquer le traitement du diabète et la maladie de Parkinson. (Cole, 2000). Les nouveaux médicaments, qui ont moins d'effets anti-cholinergiques et sont moins susceptibles de causer de l'hypotension orthostatique ou des anomalies de conduction cardiaque, tels les ISRS, la venlafaxine, le bupropion et la mirtazapine, sont recommandés dans le traitement de personnes souffrant de maladies concomitantes (Alexopoulos, 2001; Baldwin, 2002). Le clinicien doit aussi choisir un antidépresseur qui ne causera pas d'interaction médicamenteuse avec les médicaments déjà prescrits pour le traitement de ces affections médicales con-

comitantes. Plusieurs ISRS, tel la fluoxétine, la paroxétine et la fluvoxamine présentent un risque élevé d'interactions médicamenteuses, ce qui restreint leur usage en présence de maladie physique.

La présence d'une maladie mentale concomitante, tel un trouble anxieux, assombrit le pronostic, d'où l'importance de traiter l'anxiété (Lenze 2003; Lenze et collab., 2003). Étant donné que, chez la personne âgée, la dépression se manifeste souvent par de l'anxiété, il n'est pas étonnant que des études fassent état de l'usage des benzodiazépines dans le traitement de la dépression dans ce groupe d'âge mais aussi lorsque la dépression n'est pas reconnue. (Wilson, 1999)^{1b}. L'usage courant des benzodiazépines est une pratique plutôt inquiétante car il peut retarder ou remplacer un traitement antidépresseur plus approprié; ce délai pourrait entraîner une aggravation de l'état dépressif ou augmenter la résistance au traitement. De plus, il n'y a aucune donnée démontrant l'efficacité des benzodiazépines dans le traitement de la dépression.

Chez la personne âgée, une anxiété nouvelle ou plus prononcée doit inciter le clinicien à évaluer la possibilité d'un trouble dépressif et, au besoin, d'instituer un traitement approprié. L'utilisation des antidépresseurs dans le traitement des troubles anxieux chez la personne âgée n'a pas vraiment été étudiée, mais il est démontré qu'ils atténuent les symptômes anxieux dans la dépression et sont considérés comme étant plus sûrs et plus efficaces à long terme que les benzodiazépines (Rampello,

2006; Schatzberg, 2002)^{1b}. Compte tenu que plusieurs antidépresseurs sont jugés efficaces dans le traitement à long terme des troubles de l'anxiété (dans des populations plus jeunes) et que les benzodiazépines ne sont pas bien tolérées par la personne âgée (ex. risque accru de chutes, problèmes de mémoire, aggravation de la démence), les antidépresseurs constituent le principal traitement médicamenteux à la fois des troubles anxieux et des troubles dépressifs.

La toxicomanie constitue un autre problème de santé mentale concomitant important. L'alcool, les benzodiazépines et les analgésiques sont les substances les plus fréquemment impliquées dans la toxicomanie chez les personnes âgées. Les risques de toxicomanie augmentent dans les situations suivantes: lorsqu'un trouble dépressif est non traité et que le patient emploie l'alcool et les tranquillisants afin d'atténuer ses symptômes d'anxiété et d'insomnie; lorsque la dépression aggrave la douleur physique préexistante. Il est plus difficile de traiter le trouble dépressif en présence d'une toxicomanie. Bien que la recherche soit muette sur la question du traitement, les principes cliniques généraux suivants s'appliquent dans ce cas: le retrait progressif et lent de la substance afin d'éviter un syndrome de sevrage aigu, un programme de réadaptation à long terme et un traitement approprié des symptômes dépressifs afin de diminuer le risque de rechute.

Le tableau 5.1 renferme les antidépresseurs des principales classes pharmacologiques et quelques médicaments d'usage courant.

Tableau 5.1 – Antidépresseurs d'usage courant

Appellation générique	Appellation commerciale	Dose initiale (mg/jour)	Dose moyenne	Dose max recom. (CPS)	Observations et mise en garde
ISRS					
Citalopram	Celexa	10	20-40	40 mg	
Escitalopram	Ciprallex	5	10-20	20 mg	
Fluoxétine	Prozac	5	10-20	* 20 mg	*Dose maximale longue demi-vie d'élimination; plusieurs interactions potentielles
Fluvoxamine	Luvox	25-50	100-200	300 mg	Plusieurs interactions potentielles
Paroxétine	Paxil	5-10	20	50 mg*	*Grand potentiel anticholinergique et d'interactions
Sertraline	Zoloft	25	50-150	200 mg	
Autres médicaments					
Bupropion	Wellbutrin	100	100 mg ^{deux fois par jour}	150 mg ^{deux fois par jour}	Peut provoquer une crise épileptique
Mirtazapine	Remeron	15	30-45	45 mg	
Moclobémide	Manerix	150	150-300 ^{deux fois par jour}	300 mg ^{deux fois par jour}	Ne pas associer à un inhibiteur de MAO-B ou à un antidépresseur tricyclique
Venlafaxine	Effexor	37,5	75-225	*375 mg	*Pour la dépression grave; peut hausser la tension artérielle
Antidépresseurs tricycliques					
Désipramine	Norpramin	10-25	50-150	300 mg	Effets anticholinergiques effets indésirables cardiovasculaires; surveiller la concentration plasmatique
Nortriptyline	Aventyl	10-25	40-100	200 mg	Effets anticholinergiques; effets indésirables cardiovasculaires; surveiller la concentration plasmatique

Choix de l'antidépresseur

Rien ne démontre de façon concluante qu'un médicament est plus efficace qu'un autre (Wilson, 2001). Cependant, chez la personne âgée, on privilégie les antidépresseurs les moins susceptibles d'aggraver une affection physique concomitante ou de causer des interactions médicamenteuses indésirables.

Les principes suivants orientent le choix de l'antidépresseur (Tourigny-Rivard, 1997) :

1. **La réponse antérieure au traitement** : Le clinicien écarte les médicaments qui, dans le passé, se sont avérés inefficaces ou n'ont pas été bien tolérés et, s'il n'existe pas de contre-indications, choisit un antidépresseur auquel le patient a bien répondu auparavant.
2. **Le type de dépression** : Il est nécessaire de combiner un antidépresseur et un antipsychotique afin de traiter la dépression psychotique de façon efficace (ou utiliser la somatothérapie). Le clinicien prescrira un thymo-régulateur dans la dépression liée à la maladie affective bipolaire (voir la partie 8 sur les populations particulières).
3. **Les maladies physiques concomitantes** : Le clinicien sélectionne l'antidépresseur ayant un profil d'effets secondaires favorables afin de ne pas aggraver les problèmes de santé concomitants du patient.
4. **Les autres médicaments du patient** : Le clinicien choisit l'antidépresseur le moins susceptible d'interagir avec les autres médicaments déjà utilisés par le patient.
5. **Le risque de surdose** : Étant donné le risque de mortalité très élevé associé aux antidépresseurs tricycliques en surdose, il est préférable d'éviter l'utilisation de cette catégorie d'antidépresseurs chez la personne âgée.

Recommandations : Choix de l'antidépresseur

Chez la personne âgée, le taux de réponse aux antidépresseurs est semblable à celui de l'adulte d'âge moyen. Le clinicien a toutes les raisons de faire preuve d'optimisme thérapeutique à l'égard de la personne âgée souffrant de dépression. [A]

Même en présence de maladies concomitantes graves, les antidépresseurs sont indiqués. Leur efficacité est la même que chez la personne âgée en bonne santé. Il faut toutefois choisir judicieusement un antidépresseur qui posera le moins de risque d'aggraver leurs problèmes médicaux (par exemple, on évitera les antidépresseurs qui augmentent la pression artérielle chez les personnes souffrant d'hypertension sévère). [B]

Le clinicien doit tenir compte de la possibilité de troubles psychiatriques concomitants telles l'anxiété généralisée et les toxicomanies car ces troubles aggravent la dépression et en compliquent le traitement. En début de traitement de la dépression, il est possible que les benzodiazépines soient utilisées afin de prévenir un sevrage aigu ou pour diminuer l'anxiété, en attendant que l'antidépresseur ou la psychothérapie produisent un effet positif. Le clinicien doit réévaluer périodiquement l'usage des benzodiazépines afin de les discontinuer le plus tôt possible. [B]

5.2 Surveillance des effets indésirables et des interactions médicamenteuses

La venue des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et des autres antidépresseurs " de nouvelle génération " a été accueillie avec enthousiasme dans l'espoir que ces médicaments soient mieux tolérés et occasionnent moins d'effets indésirables que les antidépresseurs tricycliques (ATC), particulièrement chez la personne âgée. Pourtant, les études gériatriques font état de taux d'abandons plutôt élevés à cause d'effets indésirables (de 20 % à 30 %) (Baldwin, 2002). Plusieurs facteurs sont à l'origine du taux élevé d'effets indésirables chez la personne âgée, soit les changements physiologiques liés au vieillissement qui influencent la pharmacocinétique, la présence d'affections concomitantes, les changements du métabolisme hépatique, surtout au niveau des cytochromes P450, et la poly-pharmacie plus fréquente dans cette population.

Même si les ATC ont fait l'objet de nombreuses études, leur profil d'effets indésirables limite généralement leur utilisation chez les personnes âgées et ils ne sont plus recommandés en tant que " traitement de première ligne ". Dans cette population qui présente un taux élevé de maladies cardiaques silencieuses ou symptomatiques, le clinicien a raison de s'inquiéter des effets secondaires cardiovasculaires tel l'hypotension orthostatique (pouvant causer des chutes et des fractures), et surtout, les anomalies de la conduction cardiaque. Un électrocardiogramme (ECG) et un contrôle de la tension artérielle en position couchée et assise s'imposent avant de prescrire un ATC et après toute modification de la dose. À cause de leurs effets anti-cholinergiques, les ATC risquent d'aggraver une dysfonction cognitive ou une démence préexistante et même d'entraîner un délirium. Ces médicaments peuvent également causer une xérostomie, une constipation, une rétention urinaire aiguë, particulièrement chez l'homme qui souffre d'une hypertrophie de la prostate. Si les ISRS ou autres antidépresseurs ne sont pas tolérés ou se sont avérés inefficaces, la nortriptyline et la désipramine sont les plus appropriées puisque, parmi les ATC, elles présentent le moins d'effets anti-cholinergiques (Alexopoulos, 2001). À cause du risque d'augmentation de la concentration plasmatique des ATC chez la personne âgée (métabolisme ralenti) et ainsi du risque accru de toxicité, une vérification périodique du niveau sérique de l'antidépresseur est recommandée.

En présence de problèmes cardiovasculaires, les ISRS sont plus sécuritaires, ce qui leur confère un grand avantage chez la personne âgée. Leurs effets indésirables les plus courants sont la nausée, la bouche sèche et la somnolence. Quelques patients (moins de 10 %) souffriront d'insomnie, d'agitation, de diarrhée, de diaphorèse et de dysfonction sexuelle (chez l'homme) (Alexopoulos, 2001). Toutefois, le risque de chutes semble être le même qu'avec les ATC, même si les études sur les ISRS n'ont pas mis en évidence d'effets hypotenseurs remarquables (Thapa, 1998). D'autre part, la personne âgée présente un risque accru d'hyponatrémie à cause des changements de la fonction rénale liés au vieillissement. À cet égard, les ISRS et la venlafaxine peuvent provoquer un syndrome d'anti-diurèse inappropriée qui s'accompagne d'une hyponatrémie (Kirby et Ames, 2001; Kirby, 2002; Thapa, 1998). D'après des études prospectives et rétrospectives, l'incidence de ce syndrome chez la personne âgée traitée par un antidépresseur est d'environ 10 % (Fabian, 2004; Thapa, 1998)^{ib}, d'où l'importance de surveiller la natrémie durant le traitement au moyen d'un ISRS. La surveillance post-commercialisation a également permis de déceler un risque accru de saignement gastro-intestinal avec les ISRS, particulièrement s'ils sont combinés à un anti-inflammatoire ou en présence d'un ulcère peptique.

Depuis quelques années, des recommandations strictes ont été émises quant à l'usage des ISRS et de la venlafaxine chez l'enfant et l'adolescent à cause d'un risque accru d'agitation et de suicide pendant la période initiale de traitement. Les mêmes principes s'appliquent chez la personne âgée. En effet, des symptômes attribuables à la sérotonine, telles l'agitation, l'anxiété et la confusion, surtout évidents en début de traitement, ont également été rapportés chez des personnes âgées. Toutefois, à ce jour, rien ne permet d'affirmer avec certitude que les antidépresseurs provoquent des idées suicidaires chez la personne âgée. (Barak, 2006; Fabian, 2004; Martinez, 2005)^{ib}. Il n'en demeure pas moins que le clinicien doit exercer une surveillance clinique étroite en début de traite-

ment jusqu'à ce qu'une réponse thérapeutique positive se manifeste. Il doit être à l'affût de l'émergence d'agitation, d'anxiété, de découragement, d'idées suicidaires ou de l'aggravation des symptômes dépressifs surtout pendant les quatre à huit premières semaines de traitement. . Puisque la demi-vie d'élimination de la fluoxétine est très longue chez la personne âgée, le clinicien doit être conscient de la prolongation de la période de risque d'effets secondaires. La paroxétine risque de produire des effets anti-cholinergiques du même ordre que la désipramine et de la nortriptyline, et devient ainsi un choix moins approprié chez la personne souffrant de démence. À noter que les effets indésirables associés à la néfazodone ont justifié son retrait du marché canadien.

Étant donné que la majorité des personnes âgées consomment de nombreux médicaments prescrits pour traiter diverses affections, il importe de choisir un antidépresseur le moins susceptible de provoquer des interactions médicamenteuses graves, tels le citalopram, l'escitalopram et la sertraline (Alexopoulos, 2001). À ce chapitre, la venlafaxine, le bupropion et la mirtazapine, ont également un profil favorable (Alexopoulos, 2001). La surveillance post-commercialisation des médicaments de nouvelle génération a mis à jour le risque accru d'interactions médicamenteuses par médiation du cytochrome P450 entre les nouveaux et les anciens ISRS, telles la fluoxétine, la paroxétine et la fluvoxamine. Le tableau 5.2 présente les principales voies métaboliques du cytochrome P450 des médicaments d'usage courant. L'inhibition, modérée ou complète d'une iso-enzyme nécessaire au métabolisme de d'autres médicaments occasionnera une hausse marquée de la concentration plasmatique de ces médicaments et du risque d'effets indésirables ou de toxicité. L'annexe B renferme plus de renseignements au sujet des enzymes du cytochrome P450 et de leur rôle. Lorsqu'un nouvel antidépresseur est ajouté à la liste des médicaments pris par le patient, nous incitons les médecins et les pharmaciens à consulter les mises à jour des bases de données concernant les interactions médicamenteuses.

Tableau 5.2 – Interactions attribuables au cytochrome P450
(Cupp et Tracy, 1998; Devane, 2004; Nemeroff, 1996)

Isoenzyme	Substrat de l'isoenzyme	Inhibition modérée ou complète de l'isoenzyme	Inducteur de l'isoenzyme
CYP2D6	Fluoxétine Paroxétine Venlafaxine Nortriptyline Désipramine Amitriptyline Fluvoxamine	Fluoxétine Paroxétine Bupropion	Aucun de connu
CYP 3A4	Sertraline Venlafaxine Amitriptyline Citalopram Escitalopram	Fluvoxamine Fluoxétine (métabolite) Sertraline (métabolite, effet modéré) Désipramine	Millepertuis Carbamézipine Phénytoin Phénobarbital Dexaméthasone
CYP 1A2	Amitriptyline	Fluvoxamine	Phénytoin Phénobarbital Viande grillée sur charbon de bois

Recommandations : Surveillance des effets indésirables et des interactions médicamenteuses

Si le patient consomme déjà plusieurs médicaments, le clinicien choisit un antidépresseur à faible risque d'interactions médicamenteuses tels le citalopram, la sertraline, la venlafaxine, le bupropion et la mirtazapine. [C]

Lorsqu'un antidépresseur est prescrit à un patient qui consomme déjà plusieurs médicaments, le médecin et le pharmacien consultent les sources d'information les plus actuelles au sujet des interactions médicamenteuses. [C]

Dans le choix d'un médicament d'une classe pharmacologique particulière, le clinicien choisit l'antidépresseur le plus sécuritaire pour la personne âgée (p. ex., l'antidépresseur ayant le moins d'effets anti-cholinergiques). [D]

En prescrivant un antidépresseur (p. ex., ISRS ou venlafaxine), le clinicien est à l'affût d'effets indésirables liés à la sérotonine, telle l'agitation, et de la possibilité de l'aggravation des symptômes dépressifs en début de traitement. [B]

Quel que soit l'antidépresseur choisi, le clinicien doit demeurer vigilant afin de déceler l'émergence d'idées suicidaires (le risque suicidaire étant plus élevé en début de traitement). [C]

Les antidépresseurs tricycliques (ATC) sont à éviter en présence d'hypotension orthostatique ou d'anomalies de la conduction cardiaque décelées à l'électrocardiographie (ECG). [B]

Si le clinicien opte pour un ATC, il surveille l'hypotension orthostatique, les symptômes cardiaques, les effets indésirables anti-cholinergiques et vérifie périodiquement la concentration sérique du médicament. [D]

Un mois après le début d'un traitement avec un ISRS, le clinicien vérifie la natrémie, surtout si le patient prend d'autres médicaments susceptibles de causer de l'hyponatrémie, tel un diurétique. [C]

Le clinicien vérifie la natrémie si la patient présente des symptômes suggérant une hyponatrémie (fatigue, malaise, délirium) ou s'il désire changer d'antidépresseur à cause d'une réponse insuffisante ou d'intolérance. [C]

ans répond au traitement plus lentement que la personne moins âgée. (Gildengers, 2002)^{1b}. Ce retard pourrait être en partie attribuable à la pratique clinique courante qui consiste à augmenter lentement la dose, sur une période de plusieurs semaines, afin de diminuer le plus possible le risque d'effets indésirables. Toutefois, des données probantes récentes indiquent qu'avec les nouveaux antidépresseurs, ce genre de pratique ne soit pas nécessaire chez un grand nombre de personnes âgées. Le clinicien devrait viser l'obtention plus rapide de la dose thérapeutique moyenne. (Roose, 2004). Dans le traitement de la personne âgée, il est toujours recommandé que la dose initiale de l'antidépresseur soit la moitié de celle utilisée chez l'adulte d'âge moyen. Toutefois, si le médicament est bien toléré, cette dose peut être augmentée dès la première semaine (Baldwin, 2002). Les experts suggèrent de poursuivre, selon la tolérance et sur la durée des quatre premières semaines, l'augmentation de la dose jusqu'à l'obtention de la dose thérapeutique moyenne. Le tableau 5.1 contient l'information concernant la posologie moyenne des antidépresseurs.

Chez la population âgée, la dose thérapeutique moyenne d'un antidépresseur est généralement inférieure à celle de l'adulte d'âge moyen, quoiqu'il y ait une grande variabilité individuelle quant à la quantité du médicament tolérée ou nécessaire pour obtenir une réponse thérapeutique. Comme rien ne permet de prévoir si la dose thérapeutique sera supérieure à la dose moyenne de l'antidépresseur, nous recommandons de poursuivre l'augmentation de la dose au-delà de la dose moyenne s'il n'y a aucun signe d'amélioration et aucun effet indésirable. On doit procéder à ces augmentations de façon systématique, à toutes les 2 à 4 semaines jusqu'à ce que l'on obtienne une réponse thérapeutique ou qu'on ait atteint la dose maximale tolérée ou la dose maximale recommandée. Ces patients doivent être surveillés étroitement afin de déceler l'émergence de découragement ou d'un risque accru de suicide. La partie 6 aborde plus longuement la surveillance et le traitement à long terme.

Avant d'instaurer le traitement, une évaluation et une documentation précise des symptômes permettent d'établir l'objectif thérapeutique désiré selon lequel sera évaluée la réponse clinique. Le clinicien peut aussi utiliser l'échelle Hamilton d'évaluation de la dépression ou l'échelle Montgomery-Asberg, échelles qui ont été étudiées comme instruments de mesure de la réponse au traitement quoique celles-ci servent surtout en recherche (Burns, 2002; Hamilton, 1960; Montgomery et Asberg, 1979; Mottram, 2000)^{1b}.

L'optimisation de la dose pourrait se faire comme suit :

- La posologie est augmentée à intervalles réguliers, habituellement aux semaines ou aux deux semaines, jusqu'à l'apparition d'une réponse thérapeutique, soit le soulagement des symptômes constaté par le patient, sa famille ou ses aidants naturels soit jusqu'à l'émergence d'effets indésirables importants, soit jusqu'à la dose maximale recommandée (Sackeim, 2005).

5.3 Optimisation de la dose

Chez la personne âgée, l'effet bénéfique d'un antidépresseur peut tarder à venir, car le rétablissement d'un épisode dépressif semble plus lent chez la personne âgée que chez l'adulte d'âge moyen (Baldwin, 2002). Des données probantes confirment que la personne âgée de plus de 75

- En l'absence d'amélioration après quatre semaines à dose maximale tolérée ou à dose maximale recommandée, le clinicien envisage de remplacer l'antidépresseur par un autre. Il peut également attendre à la huitième semaine avant de remplacer l'antidépresseur, soit par un autre médicament de la même classe (si le patient prend déjà un ISRS), soit par un médicament d'une autre classe (Alexopoulos, 2001; Baldwin, 2002).
- S'il n'y a qu'une amélioration partielle après quatre semaines à dose optimale, le clinicien continue le traitement pendant quatre semaines supplémentaires. Si la réponse n'est toujours pas satisfaisante après huit semaines de traitement, le clinicien envisage des stratégies d'augmentation.

Les stratégies d'augmentation les plus courantes chez la personne âgée sont l'adjonction d'un autre antidépresseur tels la mirtazapine, le bupropion ou du lithium. Une brève synthèse des stratégies d'augmentation est présentée dans le *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs* (2002) de Bezchlibnyk-Butler et Jeffries. En présence d'antécédents personnels ou familiaux de la maladie affective bipolaire et en l'absence de contre-indication, l'ajout du lithium est tout indiqué. Si le clinicien désire ajouter un autre antidépresseur, il sera très vigilant quant aux risques d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables graves, comme le syndrome sérotonergique. Une autre option d'augmentation demeure l'adjonction d'une psychothérapie (Association des psychiatres du Canada et le Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2001). Rien ne démontre clairement l'avantage de l'une ou l'autre de ces stratégies chez le patient qui est relativement " bien ". Dans le cadre de stratégies d'augmentation, des antipsychotiques atypiques ou des thymoleptiques ont été étudiées chez le patient non psychotique. (Hirose et Ashby, 2002)^{10b}, Comme aucune de ces études n'était axée exclusivement sur la personne âgée, on devrait d'abord envisager d'autres stratégies d'augmentation. Plusieurs études ouvertes à petit échantillonnage démontrent les bienfaits du méthylphénidate ajouté à l'antidépresseur chez la personne âgée, mais cette stratégie doit être étudiée davantage (Lavretsky et Kumar, 2001; Lavretsky, 2003).

Si le médecin ne se sent pas à l'aise avec la poly-thérapie, ou ne possède pas suffisamment d'expérience à ce sujet, il devrait acheminer le patient vers un médecin spécialiste ou utiliser une stratégie de substitution de médicaments ou de classes pharmacologiques. Lorsqu'un médicament est rem-

placé par un autre, il n'est habituellement pas nécessaire de cesser complètement le médicament avant d'ajouter l'autre, mais il n'existe pas de directives précises de substitution. Il importe toutefois de choisir un antidépresseur " de substitution " qui n'interagit pas avec celui qui sera cessé. Si la fluoxétine est l'antidépresseur initial, une période d'élimination de plusieurs semaines sera nécessaire à cause de sa longue demi-vie d'élimination et du risque élevé d'interactions médicamenteuses avec les ATC et autres ISRS (Solai, 2001). L'arrêt brusque des ISRS, particulièrement la paroxétine ainsi que la venlafaxine, peut provoquer un syndrome de sevrage qui se manifestera par de l'anxiété, de l'insomnie, des symptômes d'allure grippale et de la paresthésie (Baldwin, 2005; Bogetto, 2002). Le syndrome disparaît spontanément mais devrait être évité parce que très pénible à vivre pour le patient. Bien qu'il soit plus fréquent avec les ISRS, le syndrome de sevrage peut se produire avec n'importe quel antidépresseur. Pour cette raison, il est important de cesser le médicament graduellement sur une période de 7 à 10 jours (Anderson, 2000).

5.4 Fréquence de la surveillance

Pendant le premier mois de traitement, le clinicien revoit la personne âgée aux semaines afin d'évaluer les effets indésirables, l'aggravation des symptômes et le risque suicidaire, et de procéder à l'optimisation de la dose dans un délai raisonnable. Ces suivis renforcent l'alliance thérapeutique, favorisent la fidélité au traitement et aident à prévenir le suicide. Le clinicien adapte la fréquence des visites selon la gravité de l'état du patient, surtout s'il y a risque de malnutrition ou autres complications de la dépression. Si possible, le clinicien demande au patient de désigner un membre de la famille ou un ami proche apte à offrir du soutien et à lui fournir ses observations pendant la période de surveillance. Les membres de la famille décèlent souvent les signes encourageants d'amélioration plus rapidement que ne le fait le patient et ils sont en mesure de signaler au médecin l'émergence d'agitation ou l'aggravation des symptômes dépressifs.

La dose thérapeutique est définie comme suit (Association des pharmaciens du Canada, 2006) :

- a) la dose qui permet l'atténuation des symptômes dépressifs;
- b) la dose maximale tolérée par le patient;
- c) la dose maximale recommandée par l'Association des pharmaciens du Canada.

Optimisation de la dose de l'antidépresseur et durée de traitement

Lorsqu'il prescrit un antidépresseur, le médecin prévoit un suivi hebdomadaire pendant plusieurs semaines afin d'évaluer les éléments suivants : la réponse clinique, le risque suicidaire, la possibilité d'aggravation des symptômes dépressifs et les effets indésirables de l'antidépresseur. Lors de ces visites, le clinicien optimise la posologie du médicament et offre des interventions psychosociales de soutien. [D]

Chez la personne âgée, on recommande de débiter le traitement médicamenteux à une dose réduite (la moitié de celle recommandée chez l'adulte d'âge moyen) et, si le médicament est bien toléré, d'augmenter la posologie lors des visites hebdomadaires jusqu'à une dose moyenne sur une période d'environ un mois. [D]

En l'absence d'amélioration après au moins deux semaines à dose moyenne, le médecin continue d'augmenter la posologie de façon progressive jusqu'à ce qu'une certaine amélioration clinique se produise, ou jusqu'à l'apparition d'effets indésirables intolérables qui empêchent d'augmenter la dose ou jusqu'à l'obtention de la dose maximale recommandée. [D]

Avant d'opter pour un autre médicament, le clinicien s'assure que l'essai a été adéquat (posologie et durée suffisantes). Le remplacement du médicament est indiqué si :

- il n'y a aucune amélioration symptomatique après au moins 4 semaines à la dose maximale tolérée ou recommandée;
- l'amélioration est insuffisante après huit semaines à la dose maximale tolérée ou recommandée. [C]

Si, à la suite d'un essai valable, le clinicien constate une nette amélioration mais pas de rémission complète, il envisage les options suivantes :

- de prolonger le traitement pendant 4 semaines, en ajoutant peut-être un autre antidépresseur, du lithium ou une psychothérapie, telle la PTI, la TCC ou la thérapie par la résolution de problèmes;
- de remplacer l'antidépresseur par un autre (de la même ou d'une autre classe) après avoir averti le patient de la possibilité de voir disparaître momentanément les effets bénéfiques du premier antidépresseur. [C]

L'emploi de combinaison de psychotropes, ou de stratégie de potentialisation médicamenteuse, nécessite la supervision d'un médecin d'expérience. [D]

Lors de la substitution, il est recommandé de diminuer la dose du médicament en cours tout en commençant le nouveau médicament à une faible dose. Pendant la phase de chevauchement, le clinicien vérifie les interactions médicamenteuses possibles car les antidépresseurs interagissent souvent, augmentant le risque d'effets indésirables. [C]

Bien que l'efficacité de la fluoxétine soit bien établie, celle-ci, à cause de sa longue demi-vie et du risque accru d'interactions médicamenteuses, n'est pas recommandée dans le traitement de la personne âgée. [C]

Les antidépresseurs, particulièrement les ISRS, ne doivent pas être cessés brusquement, mais progressivement sur une période de 7 à 10 jours. [C]

Partie 6 : Surveillance et traitement de longue durée

De récentes lignes directrices (Alexopoulos, 2001; Baldwin, 2002) répartissent le traitement en trois grandes phases :

- **La phase aiguë** : ayant pour but d'obtenir la rémission des symptômes
- **La phase de continuation** : afin de prévenir les rechutes (réurrence du même épisode de la maladie)
- **La phase d'entretien (prophylaxie)** : afin de prévenir des épisodes futurs (réurrence)

Bien que les études sur la dépression aient généralement mis l'accent sur l'évaluation de l'amélioration symptomatique, notamment une réduction de 50 % des scores à l'échelle Hamilton d'évaluation de la dépression, le traitement vise de plus en plus la disparition des symptômes dépressifs. Une rémission complète représente un objectif important tant dans la phase de traitement aigu que dans la phase de traitement d'entretien. Les symptômes résiduels accroissent les taux de rechute, de récurrence et de suicide, ainsi que le degré de chronicité, et contribuent à la détérioration de la qualité de vie et à l'augmentation de l'utilisation des services de santé (Kennedy, 2004).

6.1 Surveillance après la réponse initiale au traitement

À ce jour, la documentation précise que le diagnostic et le traitement de la dépression sont les éléments essentiels d'une prise en charge clinique de qualité. La surveillance en vue de la rémission et les stratégies d'évaluation lors du suivi ont suscité moins d'intérêt (Frayne, 2004). Des études définissent la rémission en fonction d'une baisse du score à l'échelle d'évaluation de la dépression, soit un seuil de 5 et moins à l'échelle Hamilton d'évaluation de la dépression. Toutefois, de nombreux cliniciens expérimentés notent attentivement les symptômes dépressifs de leur patient et se fixe comme critère de rémission, la disparition complète de ces symptômes et le retour au niveau antérieur de fonctionnement. La fréquence et l'intensité du suivi varieront selon l'état du patient, les symptômes et la gravité de la dépression, mais rien ne démontre vraiment qu'il y ait une démarche optimale.

Les experts préconisent la surveillance continue même lorsque le maintien du traitement n'est plus nécessaire. Chez le patient qui connaît bien sa maladie et qui se rend compte des symptômes d'une rechute, la réévaluation périodique pendant et après les mois de la cessation du traitement facilitera un dépistage précoce d'une rechute et une reprise rapide du traitement d'entretien. Si le patient éprouve de la difficulté à rapporter les signes avant-coureurs de la rechute, il devrait identifier un proche qui peut l'observer et faire état des signes potentiels de la rechute ou même l'accompagner aux consultations de suivi durant la période de cessation du traitement.

Dans les établissements de SLD, les observations de la famille et des membres du personnel sont essentiels afin d'assurer une surveillance efficace de la réponse au traitement. Habituellement, la collecte de ces renseignements a lieu à la réunion mensuelle ou trimestrielle ainsi qu'à la réunion de réévaluation annuelle.

6.2 Facteurs qui influencent la rémission et la rechute

Près de 25 à 30 % des patients en soins primaires ne répondent pas au traitement initial même s'il est optimisé. (Callahan, 2001)???. Les résultats sont pires chez la personne âgée souffrant d'affections concomitantes, telles que l'alcoolisme, la démence, une incapacité physique grave ou une autre maladie mentale (Cole, 1999; Wittchen, 1999). Il convient d'acheminer ces cas dès le début vers un établissement de soins spécialisés (Coulehan, 1997). Le renvoi en psychiatrie est indiqué dès que l'on constate que le traitement approprié en milieu de soins primaires s'est avéré inefficace (Alexopoulos, 2005).

De récentes études menées en milieu de soins primaires, telle l'étude PROSPECT (The Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial), examinent l'influence d'une prise en charge interdisciplinaire comparativement aux soins usuels, le risque de suicide ainsi que d'autres paramètres de la dépression (Hunkeler, 2005; Meresman, 2003; Shulberg, 2001; Unutzer, 2000)^b. Cet aspect est abordé plus en détail dans la partie 9 touchant les systèmes de prestation des soins. Une rémission plus hâtive et plus fréquente est observée dans le groupe ayant bénéficié de l'intervention PROSPECT que dans le groupe des soins habituels. Dans tous les cas, la détérioration du fonctionnement physique et du fonctionnement émotionnel a une influence défavorable sur la rémission. Les patients éprouvant du désespoir avaient plus de chance d'atteindre la rémission de leurs symptômes dépressifs s'ils étaient traités selon le modèle défini de l'intervention. De même, l'intervention a été plus efficace chez les patients qui présentaient peu d'anxiété au moment de référence (Bruce et Pearson, 1999). Les facteurs suivants prédisent un long délai de rémission: les plaintes subjectives d'un piètre état de santé et d'un manque de soutien social, la consommation d'antipsychotiques dans l'année précédente ou l'usage d'un antidépresseur dans les sept derniers jours. (Bosworth, 2002).

Il a été démontré que la psychothérapie prévient la rechute et atténue les symptômes dépressifs résiduels, même lorsque l'antidépresseur a été cessé (Hollon, 2005; Perlis, 2002)^b. Par conséquent, en cas de rechute et de rémission incomplète, il convient d'ajouter une psychothérapie.

6.3 Durée du traitement

La rechute se définit comme la réapparition du plein syndrome dépressif dans les six mois de la rémission du premier épisode et représente le prolongement de cet épisode. Pour éviter une rechute, on recommande un traitement de continuation durant une période minimale de 12 à 24 mois (Alexopoulos, 2001; Old Age Depression Interest Group, 1993) chez les patients présentant un premier épisode de dépression majeure. Cette recommandation correspond aux données qui soulignent une probabilité accrue de rechute chez la personne âgée (Rost, 2002)^b. Le maintien de la dose requise pour obtenir la rémission est indiqué puisqu'un traitement d'entretien à une dose réduite est associé à des taux de rechute élevés (Lebowitz, 1997). Le clinicien évalue les risques d'une rechute ainsi que les risques poten-

tiels d'un traitement d'entretien permanent. Avant de décider de cesser graduellement le traitement, il les révisé avec son patient. Bon nombre d'entre eux préféreront continuer le traitement d'antidépresseur si celui-ci est choisi avec soin et est bien toléré, plutôt que de courir le risque de voir les symptômes dépressifs réapparaître, particulièrement si ceux-ci étaient particulièrement graves, pénibles ou incapacitants. Dans ces cas, on privilégie la continuation du traitement. (Baldwin, 2002).

Même en utilisant des interventions thérapeutiques optimales, la rémission n'est pas toujours au rendez-vous. L'on estime que de 10 à 20 % des patients présenteront des symptômes dépressifs chroniques même si l'état de la plupart d'entre eux s'est amélioré par rapport au premier épisode. Afin d'optimiser le traitement, on se doit d'envisager toutes les options thérapeutiques, telles la sismothérapie, la combinaison d'antidépresseurs, l'association d'un thymoléptique ou l'adjonction de la psychothérapie. De fait, l'augmentation au lithium peut être efficace chez près de 60 % des cas réfractaires au traitement. De même, la sismothérapie est efficace dans au moins 50 % de ces cas, et l'adjonction de venlafaxine ou de bupropion peut être efficace dans 35 % des cas (Bezchlibnyk-Butler et Jeffries, 2002). Pour le groupe de patients qui n'atteignent pas une rémission complète, il peut être nécessaire de solliciter une consultation en médecine spécialisée parce que les stratégies d'augmentation peuvent causer des effets indésirables et que certains traitements telle la sismothérapie ne s'offre qu'en milieu hospitalier. Enfin, le traitement d'entretien indéfini s'impose dans les cas où la rémission est longue à venir.

Quoique la majorité des études examinent des adultes d'âge moyen, certaines données probantes indiquent que les taux de récurrence sont du même ordre chez les personnes âgées. Toutefois, chez la personne âgée, la période entre les épisodes est souvent moins longue et la plupart des récurrences se produisent à l'intérieur d'une période de deux ans. (Reynolds, 1999b). Les personnes qui ont vécu au moins trois épisodes de dépression unipolaire sont beaucoup plus vulnérables à des épisodes subséquents; elles devraient bénéficier d'un traitement antidépresseur d'entretien permanent, à moins de contre-indications médicales particulières justifiant l'arrêt du traitement (Agosti, 2002).

En général, il est inacceptable de risquer une rechute de la dépression chez le patient qui a nécessité la sismothérapie pour améliorer son état, particulièrement si la dépression était très grave. En l'absence de contre-indication, on recommande un traitement pharmacologique d'entretien en permanence. Certains patients qui ont répondu favorablement à la sismothérapie pourraient se détériorer malgré l'optimisation du traitement médicamenteux et nécessiteront alors la sismothérapie d'entretien.

Recommandations : Surveillance et traitement de longue durée

Pendant les 2 premières années de traitement, les prestataires de soins surveillent la récurrence de la dépression. La surveillance continue est axée sur les symptômes dépressifs qui étaient présents lors de l'épisode initial. [B]

Pendant le traitement de longue durée, l'intervention de spécialistes peut être nécessaire dans les situations suivantes : dépression psychotique, idées suicidaires, dépression liée à un trouble affectif bipolaire, dépression réfractaire au traitement, l'apparition de symptômes graves entraînant une détérioration de l'état fonctionnel ou de l'état de santé du patient. [D]

Après rémission des symptômes d'un premier épisode de dépression, il est recommandé de poursuivre le traitement pendant au moins un an (jusqu'à deux ans) avec la pleine dose thérapeutique. [B]

Après une rémission de 2 ans, le clinicien peut diminuer graduellement la posologie de l'antidépresseur, les diminutions s'étalant sur une période de plusieurs mois, tout en surveillant de près la réapparition des symptômes dépressifs. Il doit être prêt à re-prescrire la pleine dose face au moindre signe de rechute ou de récurrence. [D]

En cas de rechute ou de rémission incomplète, l'ajout d'une psychothérapie jugée efficace constitue une option thérapeutique valable. [B]

Face à une résolution partielle des symptômes, le clinicien continue de viser une rémission complète en employant des stratégies de potentialisation ou de combinaisons médicamenteuses, ou en considérant l'utilisation de la sismothérapie. [B]

Chez la personne âgée, on poursuit indéfiniment le traitement d'entretien aux antidépresseurs dans les situations suivantes (à moins de contre-indication spécifique): plus de deux épisodes dépressifs, dépression particulièrement grave ou difficile à traiter, dépression nécessitant la sismothérapie. [D]

La sismothérapie d'entretien peut s'avérer nécessaire si le traitement d'entretien habituel est inefficace ou si le patient a bien répondu à la sismothérapie auparavant. [D]

En établissement de SLD, le suivi se fait au mois après la stabilisation de l'état dépressif et, par la suite, lors des réunions trimestrielles et de l'évaluation annuelle. La décision de maintenir ou de cesser le traitement antidépresseur dépend de :

- la durée de la rémission e.g. rémission complète d'au moins 1 an
- le traitement est encore bien toléré malgré les problèmes de santé du patient;
- les risques de l'interruption du traitement (c.-à-d. la réapparition des symptômes dépressifs) sont moindres que les risques de continuer le traitement. [D]

Partie 7 : Éducation et prévention

Comme le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans au Canada continue d'augmenter, les professionnels de la santé qualifiés en gériatrie et en gérontologie devront être plus nombreux. À ce chapitre, des groupes tels que la Gerontological Nursing Association of Ontario et Canadian Gerontological Nurses Association s'inquiètent du fait que les programmes d'études de premier cycle universitaire en sciences infirmières ne préparent pas les futurs diplômés à répondre aux besoins complexes des personnes âgées, notamment celles souffrant de dépression. Ces regroupements et d'autres plaident en faveur d'un contenu gérontologique enrichi dans la formation de base des professionnels de la santé (Baumbusch et Andrusyszyn, 2002)ⁱ. Ils s'emploient également à accroître l'application de lignes directrices de pratique clinique dans le but de contribuer au perfectionnement professionnel des intervenants déjà impliqués auprès des personnes âgées (AIIAO, 2003, 2004).

Les quatre ensembles de Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée (CCSMPA, 2006) occuperont une place importante dans l'éducation des professionnels, tant dans la formation de base que dans l'éducation continue. Elles favoriseront également l'élaboration de trousseaux d'information destinés à informer les usagers, leur famille et le public en général. L'information devra aborder les connaissances actuelles concernant le dépistage de la dépression chez la personne âgée et s'adresser aux aptitudes des professionnels de la santé à dépister, à évaluer et à offrir des interventions psychothérapeutiques et pharmacologiques dans la dépression. Les campagnes d'information devront adopter plusieurs formes, non seulement, pour mieux faire connaître la dépression et les options thérapeutiques disponibles aux professionnels de la santé mais, également, pour accroître leur capacité d'obtenir, au besoin, de l'aide spécialisée et de mieux défendre les intérêts de leurs patients.

La relation entre le patient et le professionnel est un facteur important pour favoriser la participation du patient à la prise en charge (Callahan, 2001)ⁱⁱⁱ. La recherche devra se pencher sur les éléments qui motivent la personne âgée à participer aux soins. Pour le moment, elle démontre que l'amélioration de l'organisation des soins dans le but de favoriser la prise en charge longitudinale s'accompagne d'une amélioration importante de l'état de santé du patient. Cette amélioration nécessite tout de même l'éducation des professionnels de la santé, des personnes âgées, ainsi que des dispensateurs de soins et de la population de façon plus globale.

L'observance ou la fidélité aux diverses interventions et thérapies est cruciale à la réussite du traitement de la dépression. À cet égard, les prestataires de soins peuvent transmettre au patient et à sa famille des messages simples mais très importants qui favorisent la fidélité thérapeutique. Ainsi, ils peuvent informer le patient à savoir que (Kennedy, 2004)^{iv} :

- Les antidépresseurs n'entraînent pas d'accoutumance
- Le médicament doit être pris chaque jour tel qu'il est prescrit
- Les effets indésirables légers sont fréquents mais temporaires
- L'attente de deux à quatre semaines est nécessaire avant de constater une amélioration
- " Même si vous vous sentez mieux, le médicament ne doit pas être arrêté sans consulter le médecin ".

La prévention primaire de la dépression englobe le soutien à la personne en deuil, l'éducation en matière de santé publique et des stratégies visant à réduire la stigmatisation (Baldwin, 2002)^{iv}. L'un des aspects importants de la prévention primaire consiste à favoriser, chez le patient, la connaissance de ses propres capacités. À ce sujet, l'information portera sur des stratégies de maintien et de promotion de la santé et du fonctionnement physique, d'amélioration de la fonction cognitive, d'acquisition d'un sentiment de maîtrise personnelle et d'amélioration des aptitudes sociales. Le renforcement de la connaissance de ses propres capacités permettra à la personne âgée de mieux s'adapter aux problèmes qui entraînent souvent de brefs épisodes de tristesse et de solitude mais augmentent aussi le risque d'une maladie mentale (Blazer, 2002b)ⁱⁱⁱ.

L'information concernant la dépression chez la personne âgée doit être offerte aux personnes âgées et au public en général. De nombreuses personnes âgées souffrent de dépression non-diagnostiquée, non-traitée, parce qu'elles ignorent que la dépression est bien une maladie traitable, non pas un phénomène normal du vieillissement. La diffusion d'information de la prévalence de la dépression, de ses signes et symptômes, et de l'efficacité démontrée du traitement, est essentielle afin d'encourager les personnes âgées et les membres de leur famille à signaler les symptômes dépressifs et, si nécessaire, à consulter le médecin. En outre, le dépistage précoce et le traitement hâtif de la dépression constituent probablement la stratégie la plus efficace pour réduire le taux de suicide chez la personne âgée. Afin de sensibiliser le plus grand nombre possible de personnes, l'information doit être offerte sous plusieurs formes et dans plusieurs lieux différents. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA; www.ccsmh.ca) est très active dans ce domaine. Grâce à ses liens avec d'autres regroupements de personnes âgées et organismes gouvernementaux, elle peut assurer la diffusion des présentes lignes directrices afin qu'elles soient utilisées de diverses façons. Sous son égide, la Conférence nationale sur les pratiques exemplaires : Mise au point sur la santé mentale des personnes âgées et les ateliers tenus en septembre 2005, regroupant des professionnels de différentes disciplines provenant de tout le Canada, illustrent bien l'une des façons de transmettre cette information.

Recommandations : Éducation et prévention

Tous les programmes d'études et de perfectionnement dans les sciences de la santé devraient inclure des volets portant sur l'évaluation et le traitement de la dépression chez la personne âgée. [D]

Une formation spécialisée en santé mentale de la personne âgée devrait être offerte aux dispensateurs de soins œuvrant auprès de personnes âgées souffrant de dépression. [D]

Tout en tenant compte des atouts et de la vulnérabilité des personnes âgées souffrant de dépression, les professionnels de la santé leur offrent de l'information sur la nature de la dépression, ses aspects biologiques, psychologiques et sociaux, sur les stratégies d'adaptation efficaces et sur les modifications à apporter à leur mode de vie susceptibles de favoriser le rétablissement. [B]

Il est essentiel de fournir, à la famille de la personne âgée souffrant de dépression, l'information concernant les signes et symptômes de la maladie ainsi que d'expliquer comment la maladie peut influencer l'attitude et le comportement de leur parent atteint de cette maladie. On explorera la réaction des membres de la famille face à la dépression de leur proche afin d'établir certaines stratégies d'adaptation tout en décrivant les options thérapeutiques disponibles et les avantages du traitement. [D]

Les campagnes d'éducation publique devraient insister sur la prévention de la dépression et du suicide chez la personne âgée. [D]

Partie 8 : Populations particulières

8.1 Maladie affective bipolaire

La maladie affective bipolaire frappe moins de 1 % des personnes âgées (Weissman, 1988). Cependant, la plupart des personnes âgées atteintes de cette maladie traversent des épisodes dépressifs graves récurrents et nécessitent des soins spécialisés. Tandis que la plupart des personnes auront souffert d'un épisode de dépression avant l'âge de 65 ans, le trouble bipolaire peut se manifester pour la première fois après l'âge de 65 ans. Dans d'autres cas, le diagnostic a été posé avant le troisième âge et les épisodes maniaques et dépressifs sont bien documentés. La personne âgée qui présente des symptômes maniaques ou des symptômes hypomaniaques pour la première fois après l'âge de 65 ans doit être évaluée de façon plus approfondie afin de déceler une cause médicale possible, tels un AVC récent, une hyperthyroïdie ou une consommation de médicaments susceptibles de provoquer une manie, tels les corticostéroïdes, la thyroxine, le lévodopa, la bromocriptine, les sympathomimétiques, les amphétamines et la cimetidine. Au troisième âge, le cours de la maladie peut être différent de celui de l'âge adulte (les épisodes aigus étant plus longs et habituellement plus graves, et les épisodes dépressifs plus fréquents).

Le traitement et la prévention de l'épisode dépressif dans la maladie affective bipolaire passent habituellement par un thymoleptique, tel le lithium. Lorsque les symptômes dépressifs surgissent malgré le l'utilisation d'un thymoleptique, l'ajout d'un antidépresseur peut être nécessaire. Dans certains cas d'épisodes dépressifs graves, la sismothérapie s'imposera.

Chez la personne âgée, le choix du meilleur thymoleptique ne fait pas l'unanimité. Même si la prescription de lithium chez la personne âgée soulève des préoccupations, notamment en ce qui concerne sa toxicité neurologique, ce thymoleptique occupe une place importante dans le traitement du trouble bipolaire et serait, semble-t-il, le plus efficace dans la prévention de l'épisode dépressif qui constitue toujours un défi clinique chez le bipolaire âgé. (Shulman, 2005). Le lithium est donc le médicament de première ligne et les autres thymoleptiques sont envisagés s'il y a des contre-indications spécifiques à son utilisation. Le sous-type du trouble bipolaire à cycles rapides répondrait mieux à l'acide valproïque, à la gabapentine, au topiramate ou à la lamotrigine (Bezchlibnyk- Butler et Jeffries, 2002, p. 140-142). Les thymoleptiques anticonvulsivants n'ont pas été étudiés en profondeur chez la personne âgée et sont, en général, moins bien tolérés chez cette population où ils produisent plus d'effets indésirables que dans la population d'âge adulte moyen. Si on choisit l'acide valproïque, la surveillance englobe la numération sanguine complète et des tests de la fonction hépatique afin de surveiller son activité antiplaquettaire et une élévation possible des enzymes hépatiques. Quant à la lamotrigine, elle comporte un faible risque de complications dermatologiques graves, d'où l'importance d'une surveillance étroite de l'apparition d'une éruption cutanée. Comparativement à l'utilisation du lithium par la population d'âge adulte moyen, on devra ajuster la posologie à la baisse, surveiller étroitement la concentration plasmatique

et maintenir les niveaux sériques plus bas (entre 0.4 et 0.7 mMol/L). À cet égard, les lignes directrices sur l'usage du lithium émises par le Programme de Psychiatrie Gériatrique de l'Hôpital Royal Ottawa font autorité et ont été conçues pour diminuer le plus possible le risque d'effets indésirables et de toxicité neurologique. (Royal Ottawa Health Care Group, 2006). Le clinicien pourra trouver utile de porter au dossier du patient un aide-mémoire sur les interactions médicamenteuses possibles, particulièrement avec les diurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les inhibiteurs ECA et les antibiotiques, et prévoir périodiquement la vérification des fonctions rénale et thyroïdienne.

Lors d'un traitement au lithium, les professionnels de la santé avisent les patients et les prestataires de soins des aspects suivants :

1. **Le déséquilibre liquidien ou électrolytique** : manifesté par une diarrhée, des vomissements, une fièvre, symptômes qui peuvent entraîner une déshydratation particulièrement dangereuse chez la personne âgée.
2. **La prise de médicaments ou la prescription de nouveaux médicaments** : (notamment les médicaments en vente libre tels les anti-inflammatoires) nécessite de vérifier les interactions médicamenteuses potentielles et de surveiller étroitement la concentration plasmatique du médicament.

On ne s'entend pas sur le choix de l'antidépresseur qui devrait s'ajouter au thymoleptique si celui-ci s'avère insuffisant. Le choix de l'antidépresseur repose sur les principes énoncés dans les sections précédentes, soit la réponse antérieure au traitement, les problèmes concomitants de santé, le risque d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses potentielles. Étant donné qu'un nombre important de personnes atteintes du trouble bipolaire n'acceptent pas ce diagnostic, n'acceptant donc pas le bien-fondé d'un traitement en permanence, il est impératif que s'établisse une solide alliance entre le patient et son médecin traitant. Une forte alliance thérapeutique permettra au patient d'identifier les symptômes de sa maladie et d'en reconnaître les conséquences possiblement désastreuses pour lui-même et ses proches. Il pourra alors mieux comprendre que sa fidélité au traitement lui permettra d'éviter ces effets néfastes. Afin de favoriser l'observance thérapeutique, il peut être utile de souligner les talents et les atouts du patient et lui permettre de découvrir qu'une stabilisation de l'humeur lui permettra de mieux les exploiter. De plus, la réussite du traitement du trouble bipolaire repose sur l'identification par le patient d'une personne qui peut signaler au médecin la réapparition des symptômes. Le clinicien sera en mesure de modifier le traitement en soins ambulatoires et d'éviter ainsi l'hospitalisation du patient.

Recommandations : Maladie bipolaire

La personne âgée qui présente des symptômes maniaques ou hypomaniaques pour la première fois après l'âge de 65 ans est soumise à une évaluation approfondie en vue de déceler les causes médicales potentielles. [C]

Les thymoleptiques (tel le lithium) sont les médicaments de premier choix dans le traitement de la maladie affective bipolaire. Si nécessaire, on ajoute un antidépresseur lorsque des symptômes dépressifs se manifestent malgré un niveau thérapeutique du thymoleptique. [B]

Les facteurs suivants orientent le choix du thymoleptique: la réponse antérieure à l'utilisation d'un thymoleptique spécifique, les caractéristiques de la maladie (eg. cycles rapides), la présence de contre-indications médicales (eg. effets indésirables susceptibles d'aggraver un problème médical préexistant) et le risque d'interactions médicamenteuses. [C]

La prescription d'un thymoleptique nécessite un suivi à court et long terme afin de déceler les effets indésirables. [B]

8.2 Démence

Il est fréquent que la dépression complique l'état de la personne souffrant de la démence, telle la maladie d'Alzheimer et la démence vasculaire (post-AVC). De 11 % à 24 % des personnes souffrant de la démence de type Alzheimer souffrent aussi de dépression selon les critères diagnostiques et une plus grande proportion encore (43%) sont considérées par leur famille comme étant déprimées (Snowdon, 1994). Le lien entre l'AVC et la dépression est également bien documenté, près du tiers des personnes victimes d'un AVC présenteront une dépression majeure. Rien d'étonnant que la dépression, surtout dans ses débuts, accompagne souvent la démence, vasculaire ou mixte. Toutefois, la faible incidence de dépression au stade avancé de démence serait attribuable à la difficulté d'en faire le diagnostic. À un stade avancé de démence, le patient n'est probablement plus en mesure de décrire verbalement son humeur. L'irritabilité persistante, la colère et autres affects négatifs, s'ils représentent un changement par rapport au fonctionnement habituel de la personne, sont des indices importants pour le clinicien et sont, peut-être, révélateurs de la présence d'un syndrome dépressif. L'épisode dépressif peut provoquer une perturbation du comportement, tels de l'agitation et de l'agressivité à l'égard du personnel soignant, des comportements inappropriés qui deviennent alors le centre de l'attention. La détection de signes et des symptômes représentés dans l'abréviation mnémorique Sig: E Caps, dont la perte de poids, le sommeil perturbé et les changements psychomoteurs, permettra de confirmer la présence d'un syndrome dépressif traitable. La dépression chez le patient souffrant de démence modérée ou grave peut aussi se manifester par le refus de la nourriture, l'aggravation rapide de la fonction cognitive, un déclin fonctionnel et la verbalisation continuelle de la souffrance par des phrases répétitives comme " aidez-moi, aidez-moi " ou " s'il vous plaît, s'il vous plaît, s'il vous plaît ". Surtout dans la démence avancée, il est très important de consulter la famille et les soignants afin de recueillir des renseignements concernant les symptômes et les antécédents psychiatriques du patient. Si le clinicien sait que le patient a déjà souffert de dépression, il sera vigilant quant à la possibilité d'un épisode récurrent.

Des études sur le traitement médicamenteux de la dépression chez les personnes âgées font état d'un haut taux de réponse au placebo. Cette constatation fait ressortir les bienfaits thérapeutiques des stratégies de soutien et appuie l'option du seul recours à ces straté-

gies en présence de symptômes légers ou de courte durée. (Baldwin, 2002). Parmi les interventions thérapeutiques de soutien, on retrouve les approches suivantes : souligner au patient ses réalisations antérieures, s'attarder à ses talents et aux aspects positifs de la vie du patient, inclure des interventions qui valorisent le patient et accroissent son estime de soi, favoriser les activités récréatives agréables, encourager la visite des membres de la famille, donner de l'espoir et rappeler au patient que les symptômes dépressifs s'atténueront avec le traitement. Ces interventions sont importantes pour prévenir le découragement et les idées suicidaires. Il importe également de stimuler l'activité physique afin de prévenir la pneumonie ou l'abatement, conséquences fréquentes de la dépression. Si la perte d'appétit est marquée, il devient primordial de maintenir une alimentation appropriée.

Chez la personne âgée souffrant de démence, le traitement psychosocial de la dépression n'en est qu'à ses débuts. Une étude récente relève onze essais cliniques comparatifs et randomisés illustrant diverses stratégies et dont sept d'entre eux démontrent une amélioration remarquable dans le groupe de l'intervention par rapport au groupe témoin (Teri, 2005)^{1b}. "La stratégie comportementale est axée sur la formation des soignants quant à l'application de techniques de résolution de problèmes dans le but de personnaliser les soins. Elle a pour objectif d'accroître les moments agréables pour la personne souffrant de démence et d'améliorer chez les soignants les compétences en communication. Les stratégies de participation sociale et approches sensorielles/environnementales sont centrées sur l'interaction sociale en favorisant les moments agréables et sur l'organisation d'activités personnalisées" (Teri, 2005; p. 310). Dans six études, l'amélioration est maintenue au-delà de la période de l'intervention active. Les études démontrent, dans l'ensemble, le bien-fondé de collaborer avec les dispensateurs de soins, qu'il s'agisse de membres de la famille ou de l'équipe soignante afin de réduire le taux de dépression chez les personnes souffrant de démence. Dans l'application de ces interventions, les praticiens demeurent conscients de la vulnérabilité et de la fragilité de la personne âgée atteinte de démence.

L'usage des ATC est limité par le risque de détérioration de la fonction cognitive imputable aux effets anti-cholinergiques, de sorte que les ISRS (Alexopoulos, 2001; Nyth, 1992), le moclobémide (Roth, 1996) et la venlafaxine sont habituellement les médicaments de prédilection. Le bupropion et la mirtazapine ont également leur place mais il faut se rappeler que le bupropion peut abaisser le seuil épileptogène et que la mirtazapine peut occasionner des légers effets anti-cholinergiques. La paroxétine, dont l'activité anti-cholinergique est équivalente à celle de la désipramine et de la nortriptyline, n'est habituellement pas recommandée comme traitement de première ligne. Des études démontrent la supériorité du moclobémide (Roth, 1996) et du citalopram (Nyth, 1992) au placebo dans cette population, tandis que l'expérience clinique avec d'autres antidépresseurs ayant peu d'effets anti-cholinergiques, dont la sertraline et la venlafaxine, met en relief leur utilité et le fait qu'ils sont bien tolérés. (Alexopoulos).

Une dépression psychotique peut aussi compliquer la démence. Bien qu'aucune étude comparative ne porte sur la dépression psychotique chez des personnes souffrant de démence, l'expérience clinique révèle que les principales options thérapeutiques demeurent la sismothérapie ou la combinaison d'un antidé-

presseur et d'un antipsychotique. La sismothérapie représente une mesure sûre chez les personnes souffrant de démence quoique le risque de développer un délirium pendant le traitement soit plus élevé. Afin d'en diminuer le risque, les séances de sismothérapie sont parfois plus espacées (ex. aux semaines), donnant ainsi plus de temps au délirium de s'estomper. Si le clinicien choisit une combinaison d'un antipsychotique et d'un antidépresseur, il opte pour les médicaments ayant le moins d'effets anti-cholinergiques dans les deux types de psychotropes. Afin de revoir les autres recommandations à ce sujet, veuillez consulter les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)* (CCSMPA, 2006).

Recommandations : Démence

Face à des symptômes dépressifs légers ou de courte durée, on offre d'abord des interventions psychosociales de soutien. [D]

Dans les cas de dépression majeure associée à la démence, le traitement médicamenteux est recommandé. [B]

Dans la planification du traitement pharmacologique de la dépression associée à la démence, le clinicien choisit les médicaments ayant le moins d'effets anti-cholinergiques: citalopram, escitalopram, sertraline, moclobémide, venlafaxine ou bupropion. [C]

Dans les cas de démence, la thérapie psychosociale fait partie intégrante du traitement de la dépression. La thérapie se veut, d'une part, souple, afin de tenir compte du déclin de l'état fonctionnel, et d'autre part, multidimensionnelle afin de s'attaquer aux différents problèmes auxquels sont confrontés le patient et l'aidant naturel. Le clinicien offrant la thérapie demeure conscient de la vulnérabilité et de la fragilité de la personne âgée souffrant de démence. La thérapie permet aussi aux aidants naturels de mieux réagir face à la maladie de leur proche. [A]

En présence de dépression psychotique associée à la démence, la combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique est indiquée. Si les médicaments sont inefficaces ou s'il est nécessaire d'obtenir une réponse rapide afin d'assurer la sécurité du malade, la sismothérapie demeure une option. [D]

8.3 Dépression vasculaire

Le lien entre les signes dépressifs et les lésions vasculaires sous-corticales de l'axe striato-pallido-thalamo-cortical représente une notion relativement nouvelle. (Alexopoulos, 1997; Baldwin et O'Brien, 2002; O'Brien, 2003). Ces patients peuvent souffrir d'une dépression qui débute au troisième âge (late-life depression) caractérisée par une apathie marquée, une diminution de la capacité d'introspection et des fonctions exécutives, mais également par une idéation dépressive moins marquée. L'imagerie cérébrale permettra de déceler des altérations de la substance blanche et des lésions ischémiques sub-corticales. La dépression vasculaire peut se montrer plus réfractaire au traitement pharmacologique. (O'Brien, 1998), quoique les études ne soient pas unanimes à cet égard et les résultats du traitement montrent peu de différence

lorsqu'elles sont comparées aux résultats des personnes présentant des facteurs de risque vasculaire (Miller, 2002)^{10b}.

Comme la dépression vasculaire peut entraver la réadaptation et nuire aux efforts de prévention, il est très important de procéder, le plus tôt possible, au dépistage précoce et au traitement. Le taux de rémission spontanée est élevé dans la dépression post-AVC, quoique la probabilité de rémission diminue plus la dépression perdure. Les ISRS ont été le plus étudiés. Dans le traitement de la dépression post-AVC, les études cliniques ont surtout impliqué les ISRS, particulièrement le citalopram et la fluoxétine (Andersen, 1994; Wiart, 2000)^{10b}. En choisissant un antidépresseur, le clinicien évite les médicaments susceptibles d'aggraver la démence vasculaire, c'est-à-dire les médicaments ayant des effets anti-cholinergiques importants, et des médicaments susceptibles de causer de l'hypertension, tel la venlafaxine, ou de l'hypotension grave qui pourrait compromettre la perfusion cérébrale.

Recommandations : Dépression vasculaire

On doit surveiller de près l'apparition de symptômes dépressifs chez le patient victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) car la dépression est une complication fréquente de l'AVC (même si l'humeur n'est pas dépressive). [B]

Le traitement du patient souffrant de dépression à la suite d'une seule ou de multiples lésions vasculaires cérébrales est établi conformément aux lignes directrices ci-haut en s'assurant de ne pas aggraver les facteurs de risque vasculaire existants. [D]

8.4 Résidents des centres d'accueil et d'hébergement

Ce sujet est abordé de façon exhaustive dans les *Lignes directrices nationales sur la santé mentale de la personne âgée : Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale dans les établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)* (CCSMPA, 2006).

8.5 Les personnes âgées autochtones

Nous n'avons recensé aucune étude qui porte spécifiquement sur le dépistage et le diagnostic de la dépression chez les personnes âgées autochtones au Canada. Toutefois, une étude rétrospective en Colombie-Britannique constate que le taux de dépression dans la population autochtone en général est le même que celui dans la population non autochtone dans la région (Thommasen, 2001). Étant donné l'hétérogénéité de la population autochtone et l'influence de la culture sur la présentation clinique de la dépression, il est difficile de caractériser les problèmes particuliers que pose le diagnostic de dépression dans cette population. La différence de langue et la possibilité de provoquer un malaise par une interrogation trop directe concernant les symptômes, compliquent grandement la communication entre les intervenants et la population autochtone. Il convient aussi de noter que les connaissances concernant la présentation de la dépression chez cette population sont très limitées: d'une part le peu de connaissances concernant les différences entre les Autochtones âgés et les Autochtones adultes d'âge moyen et d'autre part, entre les Autochtones et les non-Autochtones. La recherche devra donc se pencher sur ces différents aspects.

Partie 9 : Systèmes de soins

Le système de soins se réfère au regroupement structuré de réseaux de soins de santé qui collaborent au traitement des personnes âgées souffrant de dépression. Les systèmes de soins de santé mentale destinés aux personnes âgées sont en évolution et, de plus en plus, la recherche dans ce domaine appuie une concertation des soins offerts aux personnes atteintes de dépression dans les diverses communautés et établissements de soins. Toutefois, il existe peu de documentation pour illustrer les soins offerts à la personne âgée souffrant de dépression dans un système de soins de santé intégrés. La présente section aborde quelques-unes des initiatives récentes visant à définir le meilleur système de soins possible. Nous savons bien que les modèles de prestation des soins qui suivent ne sont pas tous disponibles dans la même mesure au pays.

9.1 Milieux de soins

On peut affirmer que la personne âgée souffrant de dépression préfère, en règle générale, être soignée par son médecin généraliste plutôt que par un psychiatre. Une étude constate ainsi que plus de 80 % des patients souffrant de dépression en milieu de soins primaires préfèrent être traités par leur médecin généraliste (Fortney, 1998)ⁱⁱⁱ. Cette préférence sera peut-être accentuée chez les personnes que la stigmatisation préoccupe (Fortney, 1998)ⁱⁱ. Dans les modèles de soins primaires habituels, le résultat du traitement de la dépression, chez la personne âgée, est généralement médiocre. Cette situation peut être attribuable à divers facteurs : un diagnostic erroné, une attitude qui empêche de considérer le patient comme un bon candidat au traitement, un refus de traitement par le patient, la non-observance du traitement choisi, ou l'émergence d'effets indésirables inacceptables. L'état de santé de certains patients continue souvent de se détériorer s'ils sont traités à une dose sous le seuil thérapeutique ou si un traitement inefficace se poursuit. (Callahan, 2001)ⁱⁱⁱ. Le principal motif de l'échec de traitement tiendrait au fait que la plupart des patients soumis aux soins usuels reçoivent des doses sous le seuil thérapeutique ou de trop courte durée. Les soins usuels en cas de dépression mineure produisent de meilleurs résultats, mais cette affection répond aussi à des thérapies non-spécifiques. En milieux de soins primaires, les nombreuses demandes et la courte durée des consultations peuvent également contribuer au bas taux de traitement. Ainsi, les affections physiques concomitantes du patient accapareront le temps du clinicien, souvent au détriment du traitement de la dépression.

La réponse au traitement interdisciplinaire, tel que celui offert par des infirmières spécialisées qui coordonnent les soins en collaboration avec une équipe interdisciplinaire, est habituellement meilleure que la réponse aux soins usuels tant en milieux de soins primaires (McCurren, 1999; Rabins, 2000)ⁱⁱⁱ qu'en liaison hospitalière (Kurlowicz, 2001)ⁱⁱⁱ.

9.2 Modèles de prestation des soins

Alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique se réfère à l'alliance entre la personne qui souffre de dépression et l'équipe soignante afin d'optimiser la collaboration entre la personne et le milieu social, soit la famille et le personnel soignant, dans l'élaboration et le respect d'un plan de traitement.

Comme la mise en œuvre du plan de traitement nécessite le consentement éclairé du patient ou de sa famille, la formulation et la présentation du plan de traitement offre la possibilité d'informer les personnes impliquées quant à l'étiologie, les symptômes de la dépression, les options thérapeutiques, les avantages et les risques des options thérapeutiques, les effets indésirables potentiels et les attentes vis-à-vis la rémission (Kennedy, 2004)^{ib}. La famille peut offrir à l'équipe soignante des renseignements précieux, des observations, ainsi que leur soutien afin de favoriser la sécurité et le rétablissement de la personne âgée souffrant de dépression. L'équipe de soins primaires est bien placée pour établir une solide alliance thérapeutique puisqu'elle a déjà établi un lien avec le patient. Armée d'une meilleure connaissance de la maladie et de son évolution, la personne âgée sera en mesure d'accepter avec confiance le plan de traitement. Elle se sentira également plus en contrôle de la situation puisqu'elle participera activement à la prise de décision (Kennedy, 2004; Rost, 2002)^{ib}. Plusieurs systèmes de soins sont désormais structurés de façon à favoriser une telle alliance.

Gestion des soins

Dans l'étude PROSPECT (The Prevention of Suicide in Primary Care Elderly Collaborative Trial) (Hunkeler, 2005; Meresman, 2003; Shulberg, 2001; Unutzer, 2000)^{ib}, des gestionnaires de soins qualifiés, à savoir une infirmière spécialisée en santé mentale, un psychologue et/ou un travailleur social, assurent en milieux de soins primaires le traitement médicamenteux et la psychothérapie interpersonnelle (voir la partie 4 sur les psychothérapies et les interventions psychosociales) aux patients chez qui le dépistage a décelé une dépression mineure ou majeure. Ces gestionnaires offrent également des recommandations particulières et utiles aux médecins. Ils surveillent la psychopathologie, la fidélité thérapeutique, la réponse clinique, les effets indésirables et assurent le suivi à des intervalles pré-établis ou plus souvent, si nécessaire. Le traitement PROSPECT ne comprend pas seulement les soins en phase aiguë, mais également la phase de continuation et le traitement d'entretien pendant près de deux ans. L'étude démontre que ce modèle de prestation des soins produit des résultats supérieurs à ceux des soins usuels.

Les participants à l'étude PROSPECT font état d'une diminution de leurs idées suicidaires, sans égard à la gravité de la dépression, confirmant ainsi que l'intervention utilisée pendant le projet représentait une stratégie efficace pour réduire le risque suicidaire. (Bruce, 2004). Les personnes qui répondent lentement au traitement et qui présentent des symptômes anxieux résiduels sont à plus haut risque de récurrence; ce sont elles qui devraient bénéficier le plus du traitement d'entretien (Dew, 2001; Flint et Rifat, 2000)^{ia}. Il convient de préciser que dans certaines études faisant partie de PROSPECT, l'âge moyen des personnes est inférieur à 65 ans. À noter cependant que les échantillons comprennent également des personnes âgées de plus de 90 ans. Il convient d'approfondir la recherche auprès de personnes âgées de 65 ans ou plus. Comparée aux soins usuels, l'intervention de gestionnaires de cas qualifiés peut accélérer la rémission et peut-être atténuer la souffrance, l'incapacité et la perturbation familiale. (Alexopoulos, 2005)^{ib}. En milieux de soins primaires, la personne âgée souffrant de dépression majeure, dont l'état physique et émotionnel est altéré, nécessite un traitement énergique des symptômes dépressifs: que ce soit par un traitement pharmacologique, psychologique ou une combinaison de ces deux modalités thérapeutiques (Alexopoulos, 2005)^{ib}. Enfin, la perception du patient par rapport au soutien social est liée à une plus grande probabilité de rémission de la dépression (Henderson, 1997)ⁱⁱⁱ.

Prise en charge par gestion de cas

Si le gestionnaire des soins s'assure du suivi et de la fidélité du patient au plan de traitement modifiant celui-ci au besoin, on observe une meilleure évolution de l'état de santé du patient (Baldwin, 2002; Hunkeler, 2005; Rost, 2002)^{ib}. Le gestionnaire de cas œuvre au sein d'un système de soins en santé mentale qui est intégré ou sert d'appui au milieu de soins primaires.

Le traitement communautaire dynamique (TCD) est le modèle de prise en charge qui a fait ses preuves dans des populations plus jeunes. L'équipe de TCD prend en charge un petit nombre de patients et leur offre un accès au besoin (c.-à-d., 24 heures par jour, sept jours par semaine). La personne à risque élevé de rechute et d'hospitalisation doit bénéficier de ce type de soutien lorsque l'appui familial ou social est limité (Santé Canada, 1997)^{iv}. À ce jour, l'expérience illustre cependant que peu de personnes âgées ont reçu de tels soins, et que le modèle n'a pas été évalué dans cette population atteinte de pathologies physiques et mentales, souvent nombreuses et complexes. Certains des principes qui sous-tendent le TCD seraient applicables par le clinicien possédant de l'expertise auprès des personnes âgées, et il serait justifié d'étudier le modèle de façon exhaustive.

Partage des soins

Le partage des soins entre des médecins généralistes et des spécialistes en santé mentale présents sur les lieux améliore la qualité des soins et les résultats de la dépression dans la population gériatrique (Katon, 1999)ⁱⁱⁱ. L'initiative

PROSPECT prévoit, dans le cadre d'un modèle de partage des soins, des interventions structurées face à la dépression, au désespoir et aux idées suicidaires. Son objectif est de mettre à l'épreuve des modèles de concertation, qui favoriseraient le dépistage précoce et la prévention du suicide chez la personne âgée par la détection précise et la prise en charge appropriée de la dépression, aspect prioritaire dans la prévention du suicide chez les personnes âgées.

Comme autre modèle de partage des soins dans la dépression du troisième âge, citons le programme Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT) (Unutzer, 2002)^{ib}. Le programme IMPACT comprend de nombreux éléments de modèles de soins chroniques établis en fonction des données probantes. On souligne l'importance de la collaboration entre les cliniciens de soins primaires et les spécialistes dans les aspects suivants : la définition commune du problème, la formation d'une alliance thérapeutique, l'élaboration d'un plan de traitement personnalisé et adapté aux préférences du patient, un suivi proactif, une surveillance de l'évolution de la maladie par un gestionnaire de cas (infirmière ou psychologue), la consultation en spécialité à des fins précises et l'offre de protocoles de soins progressifs. L'équipe IMPACT étudie le cas des patients qui ne répondent pas au traitement initial, puis elle prévoit l'étape 2 du traitement. Cette étape comprend l'examen du traitement antidépresseur ou une séance de thérapie par résolution de problèmes en soins primaires (PST-PC) et une psychothérapie brève de six à huit semaines, structurée, dispensée par le gestionnaire de cas. Ensuite, l'équipe examine le cas des patients qui ne répondent pas à l'étape 2 après 10 semaines de traitement et elle envisage d'autres thérapies, notamment des modifications du traitement médicamenteux, une psychothérapie, une hospitalisation ou la sismothérapie (Katon, 2005; Unutzer, 2002)^{ib}.

Les études PROSPECT et IMPACT font état de taux de réponse similaires à brève échéance, soit 12 mois, réponse mesurée à l'aide d'échelles d'évaluation de la dépression: une amélioration de 50 % par rapport au moment de référence chez les personnes traitées en vertu du modèle de partage des soins, comparativement à une amélioration de 19 % chez les personnes soumises aux soins usuels (Unutzer, 2002). Cette constatation souligne l'utilité potentielle des interventions de soins primaires dans le traitement efficace de la dépression, l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des facteurs de risque de suicide au troisième âge (Bruce, 2004)^{ib}. Elle fait également ressortir la nécessité d'élaborer des stratégies efficaces afin d'assurer la viabilité de ces interventions en pratique courante, d'accroître leur efficacité et qu'un nombre croissant de patients manifestent une réponse et bénéficient d'une rémission.

Dans les études auprès de personnes de divers groupes d'âge, le partage des soins s'est révélé efficace (von Korff et Goldberg, 2001)^{iv}. Les modèles varient, mais les principes fondamentaux ont en commun les interventions multidimensionnelles, la désignation d'un gestionnaire de cas et la collaboration souple entre le médecin généraliste et le spé-

cialiste afin d'améliorer l'accès au psychiatre qualifié. En outre, trois essais cliniques comparatifs et randomisés démontrent que le partage des soins est efficace chez des patients âgés (Banerjee, 1996; Unutzer, 2002; Waterreus, 1994)^{1b}.

Une étude examinant l'intervention de psychiatres spécialistes dans des établissements de SLD et des milieux de soins primaires fut axée sur les aspects suivants : accroître le taux de détection de la dépression par les dispensateurs de soins; encourager les personnes âgées à considérer que la dépression est traitable; offrir des programmes thérapeutiques dans les établissements. Au chapitre des interventions, notons l'éducation tant des médecins que de l'équipe de soutien (Llewellyn-Jones, 1999)^{1b}. Les résultats de cette étude démontrent qu'au moment du suivi la dépression s'était beaucoup plus atténuée dans le groupe de l'intervention que dans le groupe témoin. En effet, l'amélioration moyenne à l'échelle d'évaluation de la dépression gériatrique est de 1,87 dans le groupe d'intervention comparativement au groupe témoin.

Les données probantes sont insuffisantes pour recommander un modèle plutôt qu'un autre, mais les éléments suivants semblent être garants de la réussite du traitement (Baldwin, 2002)^{1b} :

- La désignation d'un coordonnateur des soins, ou gestionnaire de cas
- Le suivi actif des patients
- L'éducation des dispensateurs de soins (ex., en centres d'accueil et d'hébergement)
- L'amélioration des liens entre les soins primaires et les soins secondaires

Certes, il faut accroître la collaboration entre les soins primaires et les soins secondaires. Toutefois, une étude canadienne récente examinant le dépistage systématique de la

dépression chez des malades âgées hospitalisés et suivis par une équipe soignante multidisciplinaire (un psychiatre, une infirmière de recherche et le médecin de famille) ne décèle pas de bienfaits mesurables par rapport aux soins usuels, comme en témoigne l'échelle Hamilton d'évaluation de la dépression ou le questionnaire bref de 36 items sur les résultats médicaux (Cole, 2006). Dans cette étude, les personnes qui se présentent au suivi de six mois sont peu nombreuses (33 et 31), et la consommation d'antidépresseurs est plus élevée que la normale dans le groupe témoin soumis aux soins usuels (de 35 % à 45%).

L'Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale/(ICCSM), établie en mars 2004, a pour objectif d'améliorer les services de santé mentale dans les milieux de soins primaires par les moyens suivants : la mise sur pied de projets de recherche, l'élaboration de documents de travail et de stratégies de mise en œuvre sous forme de trousse d'information et la création d'une charte nationale sur le partage des soins en santé mentale. Pour obtenir plus de renseignements sur l'Initiative, consulter son site Web (www.ccmhi.ca/)

Recommandations : Systèmes de soins

Les professionnels de la santé et les établissements de soins établissent un système de soins qui tient compte de l'état physique et fonctionnel ainsi que des besoins psychosociaux de la personne âgée souffrant de dépression. Étant donné la complexité des soins nécessaires, ce système sera vraisemblablement fondé sur l'interdisciplinarité, que ce soit en milieu de soins primaires ou en milieu de soins spécialisés en santé mentale. [B]

Les professionnels de la santé et les établissements de soins créent un système de soins qui favorise la continuité des soins dispensés par les prestataires de soins primaires. [B]

Partie 10 : Synthèse

Les présentes lignes directrices sur la dépression chez la personne âgée ont été rédigées d'un point de vue multidisciplinaire à l'intention des professionnels de la santé travaillant auprès des personnes âgées atteintes de dépression dans tous les milieux au Canada, qu'il s'agisse d'une région rurale ou urbaine, d'un établissement de soins ou des soins à domicile. Plus précisément, les lignes directrices se veulent un cadre de référence à l'intention des prestataires de soins primaires et des équipes soignantes travaillant auprès des personnes âgées. Elles abordent d'abord le dépistage, l'évaluation et les formes de dépression chez la personne âgée. Elles énoncent ensuite les principes de la sélection des stratégies d'intervention en fonction des données probantes disponibles, à savoir les psychothérapies, les interventions psychosociales et le traitement médicamenteux. Les lignes directrices portent sur plusieurs aspects qui doivent être considérés afin d'assurer la réussite de la prise en charge de la dépression, en soulignant particulièrement l'importance de la surveillance et du traitement continu de la dépression, et examinent certains aspects concernant des populations particulières, l'éducation et les systèmes de soins.

Les lignes directrices rassemblent les données les plus probantes disponibles à ce jour. Néanmoins, nous savons que, même si la masse des constatations de la recherche sur la dépression chez la personne âgée s'accroît constamment, bien des aspects n'ont pas encore fait l'objet d'une recherche rigoureuse (données probantes des niveaux Ia à II). Il nous faut alors nous en remettre à des études de nature descriptive, à des exposés de cas et à la recherche qualitative (données probantes de catégorie III) et à l'opinion d'experts (données probantes de catégorie IV), provenant des personnes qui ont élaboré les présentes lignes directrices, de collègues et autres intervenants, et de lignes directrices déjà publiées. Les lignes directrices font ressortir plusieurs éléments importants sur lesquels la recherche devra se pencher à l'avenir afin de perfectionner les présentes lignes directrices et les autres dans l'espoir de soulager toujours davantage la souffrance des personnes âgées atteintes de dépression.

Sources de référence

- Adshead F, Cody DD, Pitt B. BASDEC: a novel screening instrument for depression in elderly medical inpatients. *BMJ* 1992;305(6850):397.
- Agosti A, Quitkin FM, Stewart JW, McGrath PJ. Somatization as a predictor of medication discontinuation due to adverse events. *International Clinical Psychopharmacology* 2002; 17:311-4.
- AGREE Collaboration. Appraisal of guidelines for research and valuation [AGREE] instrument. The Agree Collaboration; 2001. Disponible à : <http://www.agreecollaboration.org>. Accessed 2005 Apr 22.
- Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry* 1988;23(3):271-84.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Bruce ML, Heo M, Have TT, Raue P, et al. Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the PROSPECT study. *American Journal of Psychiatry* 2005;162(4):718-24.
- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series: Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. A Postgrad Med Special Report. New York: McGraw-Hill; 2001.
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC et al. Clinically defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997 April;154(4):562-5.
- Alexopoulos GS, Raue P, Areán P. Problem-solving therapy versus supportive therapy in geriatric major depression with executive dysfunction. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;11:46-52.
- Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington (D.C.): American Psychiatric Association; 2000.
- Ames D. Depression among elderly residents of local-authority residential homes. Its nature and the efficacy of intervention. *Br J Psychiatry* 1990;156:667-75.
- Ames D, Ashby D, Mann AH, Graham N. Psychiatric illness in elderly residents of Part III homes in one London Borough: prognosis and review. *Age & Ageing* 1988;17(4):249-56.
- Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J psychopharmacol* 2000;14(1):3-20.
- Andersen G, Vestergaard K, Lauritzen L. Effective treatment of poststroke depression with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram. *Stroke* 1994;25(6):1099-104.
- Areán PA. Psychosocial treatments for depression in the elderly. *Primary Psychiatry* 2004;11(5):48-53.
- Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biological Psychiatry* 2002;52:293-303.
- Baldwin RC, Chiu E, Katona C, Graham N. Guidelines on depression in older people: practicing the evidence. London: Martin Dunitz Ltd; 2002.
- Baldwin DS, Montgomery SA, Nil R, Lader M. Discontinuation symptoms in depression and anxiety disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005 December 19;1-12.
- Baldwin RC, O'Brien J. Vascular basis of late-onset depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2002;180:157-60.
- Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJ, Mann AH. Randomized controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric teams on depression in frail elderly people at home. *British Medical Journal* 1996;313:1058-61.
- Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants Reduce the Risk of Suicide among Elderly Depressed Patients. *Neuropsychopharmacology* 2006;31(1):178-81.
- Bartels SJ, Dums AR, Oxman TE, Schneider LS, Areán PA, Alexopoulos GS, et al. (2003). Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Clinics of North America* 2003;26:971-90.
- Baumbusch J, Andrusyszyn MA. Gerontological content in Canadian Baccalaureate Nursing programs: cause for concern? *Canadian Journal of Nursing Research* 2002;34(1):119-29.
- Bezchlibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ. Clinical handbook of psychotropic drugs. Toronto (ON): Hogrefe & Huber Publishers; 2002.
- Bird AS, MacDonald AJ, Mann AH, Philpot MP. Preliminary experience with the SELFCARE (D): a self-rating depression questionnaire for use in elderly, non-institutionalized subjects. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1987;2:31-8.
- Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988;338:24-32.
- Blazer DG. Depression in late life. 3rd ed. New York: Springer; 2002a.
- Blazer DG. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging & Mental Health* 2002b;6(4): 315-24.
- Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The association of depression and mortality in elderly persons: a case for multiple, independent pathways. *Journal of Gerontology: Biological and Medical Science* 2001;56:M505-9.

Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiatry* 1980;137(4):439-44.

Bogetto F, Bellino S, Revello RB, Patria L. Discontinuation syndrome in dysthymic patients treated with selective serotonin reuptake inhibitors: a clinical investigation. *CNS Drugs* 2002;16(4):273-83.

Bohlmeijer E, Smit E, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;18:1088-94.

Bosworth HB, McQuaid DR, George LK, Steffens DC. Time-to-remission from geriatric depression: psychosocial and clinical factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;10(5):551-9.

Bruce ML, Pearson JL. Designing an intervention to prevent suicide: PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial). *Dialogues in Clinical Neurosciences* 1999;1(2):100-12.

Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients. *JAMA* 2004;291(9):1081-91.

Burke WJ, Houston MJ, Boust SJ, Roccaforte WH. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989;37(9):856-60.

Burns A, Jacoby R, Levy R. Behavioral abnormalities and psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: preliminary findings. *Int Psychogeriatr* 1990;2(1):25-36.

Burns A, Lawlor B, Craig S. Rating scales in old age psychiatry. *Br J Psychiatry* 2002;180:161-7.

Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment scales in old age psychiatry. London: Martin Dunitz; 1999.

Callahan CM. Quality improvement research on late life depression in primary care. *Medical Care* 2001;39(8):772-84.

Canadian Pharmacists Association. Compendium of Pharmaceuticals and Specialties: the Canadian Drug Reference for Health Professionals. Ottawa (ON): Canadian Pharmacists Association; 2006.

Canadian Psychiatric Association (CPA), Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2001;46(Suppl 1):1-91S.

Charney DS, Reynolds CF, Lewis L, Lebowitz BD, Sunderland T, Alexopoulos GS, et al. Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:664-72.

Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation du risque suicidaire et prévention du suicide. Toronto (ON): CCSMPA; 2006. Disponible à : www.ccsmh.ca

Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissement de soins de longue durée (Particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement). Toronto (ON): CCSMPA; 2006. Disponible à : www.ccsmh.ca

Coalition canadienne par la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée - Évaluation et prise en charge du délirium. Toronto (ON): CCSMPA; 2006. Disponible à : www.ccsmh.ca

Cole MG. The prognosis of depression in the elderly. *CMAJ* 1990;143(7):633-9.

Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1182-9.

Cole MG, Elie LM, McCusker J, Bellavance F, Mansour A. Feasibility and effectiveness of treatments for depression in elderly medical inpatients: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2000;12(4):453-61.

Cole MG, McCusker J, Elie M, Dendukuri N, Latimer E, Belzile E. Systematic detection and multidisciplinary care of depression in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ* 2006;174:38-44.

Conn DK, Lee V, Steingart A, Silberfeld M. Psychiatric Services: A survey of nursing homes and homes for the aged in Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry* 1992;37:525-30.

Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. *Biol Psychiatry* 2002;52:193-204.

Cooper B. Psychiatric disorders among elderly patients admitted to general hospital wards. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1987;80:13-6.

Copeland JRM, Davidson IA, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, McWilliam C, et al. Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudodementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *British Journal of Psychiatry* 1992;161:230-9.

Copeland JR, Kelleher MJ, Kellett JM, Gourlay AJ, Gurland BJ, Fleiss JL, et al. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. I. Development and reliability. *Psychological Medicine* 1976;6(3):439-49.

Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Archives of Internal Medicine* 1997;157(10):1113-20.

Crabb R, Hunsley J. Utilization of mental health care services among older adults with depression. Submitted to *Journal of Clinical Psychology* 2006.

Cupp MJ, Tracy TS. Cytochrome P450: new nomenclature and clinical implications. *Am Fam Physician* 1998;57(1):107-16.

Davis R, Wilde MI. Mirtazapine : a review of its pharmacology and therapeutic potential in the management of major depression. *CNS Drugs* 1996;5(5) :389-402.

Devane CL, Donovan JL, Liston HL, Markowitz JS, Cheng KT, Risch SC, et al. Comparative CYP3A4 inhibitory effects of venlafaxine, fluoxetine, sertraline, and nefazodone in healthy volunteers. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24(1):4-10.

Dew MA, Reynolds CF 3rd, Mulsant B, Frank E, Houck PR, Mazumdar S, et al. Initial recovery patterns may predict which maintenance therapies for depression will keep older adults well. *Journal of Affective Disorders* 2001;65:155-66.

Drance E. Brief to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vancouver, BC; June 2005: p. 2.

Dwyer M, Byrne GJ. Disruptive vocalization and depression in older nursing home residents. *Int Psychogeriatr* 2000 ;12(4) :463-71.

Engels G, Vermey M. Efficacy of nonmedical treatments of depression in elders: a quantitative analysis. *Journal of Clinical Geropsychology* 1997;31:17-35.

Evans M, Hammond M, Wilson K, Lye H, Copeland J. Placebo-controlled treatment trial of depression in elderly physically ill patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12(8):817-24.

Fabian TJ, Amico JA, Kroboth PD, Mulsant BH, Corey SE, Begley AE, et al. Paroxetine-induced hyponatremia in older adults: a 12-week prospective study. *Arch Intern Med* 2004;164(3):327-32.

Feher EP, Larrabee GJ, Crook TJ. Factors attenuating the validity of the geriatric depression scale in a dementia population. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:906-9.

Flint AJ, Rifat SL. Maintenance treatment for recurrent depression in late-life. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2000; 8:112-6.

Floyd M, Scogin F, McKendree-Smith N, Floyd DL, Rokke PD. Cognitive therapy for depression: a comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification* 2004;28:297-318.

Forsell Y, Winblad B. Feelings of anxiety and associated variables in a very elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(7):454-8.

Fortney J, Rost K, Zhang M. A joint choice model of the decision to seek depression treatment and choice of provider sector. *Medical Care* 1998;36:307-20.

Frayne SM, Freund KM, Skinner KM, Ash AS, Moskowitz MA. Depression management in medical clinics: does healthcare sector make a difference? *American Journal of Medical Quality* 2004;19(1):28-36.

Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson LW. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:371-4.

Gallagher-Thompson D, Steffen AM. Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62:543-9.

Gatz M, Fiske A, Fox S, Kaskie B, Kasl-Godley JE, McCallum TJ, et al. Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging* 1998;4:9-46.

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.

Gildengers AG, Houck PR, Mulsant BH, Pollock BG, Mazumdar S, Miller MD, et al. Course and rate of antidepressant response in the very old. *J Affect Disord* 2002;69(1-3):177-84.

Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in people with physical illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2):CD001312.

Gill D, Hatcher S. A systematic review of the treatment of depression with antidepressant drugs in patients who also have a physical illness. *J Psychosom Res* 1999;47(2):131-43.

Gill SS, Rochon PA, Herrmann N, Lee PE, Sykora K, Gunraj N, et al. Atypical antipsychotic drugs and risk of ischaemic stroke: population based retrospective cohort study. *BMJ* 2005; 330(7489):445.

Goldwasser AN, Auerbach SM, Harkins SW. Cognitive, affective, and behavioural effects of reminiscence group therapy on demented elderly. *International Journal of Aging and Human Development* 1987;25:209-22.

Green RC, Cupples LA, Kurz A, Auerbach S, Go R, et al. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the mirage study. *Arch Neurol* 2003;60:753-9.

Gurland B, Copeland J, Kuriansky J, Kelleher M, Sharpe L, Dean LL. *The Mind and Mood of Ageing*. London: Croom Helm; 1983.

Gurland BJ, Fleiss JL, Goldberg K, Sharpe L, Copeland JR, Kelleher MJ, et al. A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: the Geriatric Mental State Schedule. II. A factor analysis. *Psychological Medicine* 1976;6(3):451-9.

Hamalainen J, Kaprio J, Isometsa E, Heikkinen M, Poikolainen K, Linderman S, et al. Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(8):573-6.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.

Hartmann-Stein PE. An impressive step in identifying evidence-based psychotherapies for geriatric depression. *Clinical Psychology: science and Practice* 2005;12(3):238-41.

Health Canada. Health Canada advises consumers about important safety information on atypical antipsychotic drugs and dementia [press release]. Ottawa (ON): Health Canada; 2005 June 15. Disponible à : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/2005/2005_63.html

Health Canada. Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Mental Health. Case Management/Assertive Community Treatment in Review of Best Practices in Mental Health Reform. Ottawa (ON): Health Canada; 1997. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mentalhealth/pubs/bp_review/e_sec1rev.html

Henderson AS, Korten AE, Jacomb PA, MacKinnon AJ, Jorm AF, Christensen H, et al. The course of depression in the elderly: A longitudinal, community-based study in Australia. *Psychological Medicine* 1997;27:119-29.

Hirose S, Ashby CR Jr. An open pilot study combining risperidone and a selective serotonin reuptake inhibitor as initial antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 2002;63(8):733-6.

Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *Journal of Clinical Psychiatry* 2005;66:455-68.

Hoyl MT, Alessi CA, Harker JO, Josephson KR, Pietruska FM, Koelfgen M, et al. Development and testing of a five-item version of the geriatric depression scale. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(7):873-8.

Hsieh HF, Wang JJ. Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 2003;40:335-45.

Hunkeler EM, Meresman JF, Hargraves WA, Fireman B, Berman WH, Kirsch AJ, et al. Efficacy of a nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives of Family Medicine* 2000;9:700-8.

Jenike MA. Assessment and treatment of affective illness in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1988;1(2):89-107.

Jongenelis K, Pot AM, Eisses AM, Beekman AT, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord* 2004;83(2-3):135-42.

Karel MJ, Hinrichsen G. Treatment of depression in late life: psychotherapeutic interventions. *Clinical Psychology Review* 2000;20:707-29.

Katon WJ, Schoenbaum M, Fan M-Y, Callahan CM, Williams J Jr, Hunkeler EM, et al. Cost-effectiveness of Improving Primary Care Treatment of Late-Life Depression. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:1313-20.

Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression. *Archives of General Psychiatry* 1999;56:1109-15.

Katona C. Depression in old age. Chichester: John Wiley & Sons; 1994.

Katona C, Livingston G. How well do antidepressants work in older people? A systematic review of number needed to treat. *J Affect Disord* 2002;69(1-3):47-52.

Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ, Thase ME. Treating depression effectively: applying clinical guidelines. London: Martin Dunitz, Ltd; 2004.

Kenney RA. Physiology of aging: a synopsis, chapter on the nervous system. Chicago (IL): Yearbook Medical Publishers; 1982. p.79-97.

Kirby D, Ames D. Hyponatraemia and selective serotonin reuptake inhibitors in elderly patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(5):484-93.

Kirby D, Harrigan S, Ames D. Hyponatraemia in elderly psychiatric patients treated with Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and venlafaxine: a retrospective controlled study in an inpatient unit. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;17(3):231-7.

Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Self-rated depression scales and screening for major depression in the older hospitalized patient with medical illness. *Journal of the American Geriatrics Society* 1988;36(8):699-706.

Krishnan K. Biological risk factors in late life depression. *Biological Psychiatry* 2002;52:185-92.

Kurlowicz LH. Benefits of psychiatric consultation-liaison nurse interventions for older hospitalized patients and their nurses. *Archives of Psychiatric Nursing* 2001;15:53-61.

Landreville P, Landry J, Baillargeon L, Guérette A, Matteau E. Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology B: Psychological Sciences* 2001;56B:P285-91.

Lavretsky H, Kim MD, Kumar A, Reynolds CF 3rd. Combined treatment with methylphenidate and citalopram for accelerated response in the elderly: an open trial. *J Clin Psychiatry* 2003;64(12):1410-4.

Lavretsky H, Kumar A. Methylphenidate augmentation of citalopram in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9(3):298-303.

Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *Journal of the American Medical Association* 1997;278:1186-90.

Lenze EJ. Comorbidity of depression and anxiety in the elderly. *Curr Psychiatry Rep* 2003 May;5(1):62-7.

Lenze EJ, Mulsant BH, Dew MA, Shear MK, Houck P, Pollock BG, et al. Good treatment outcomes in late-life depression with comorbid anxiety. *J Affect Disord* 2003 December;77(3):247-54.

Lepola U, Wade A, Andersen HF. Do equivalent doses of escitalopram and citalopram have similar efficacy? A pooled analysis of two positive placebo-controlled studies in major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2004 May;19(3):149-55.

Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale – Short Form among inpatients. *Journal of Clinical Psychology* 1994;50:256-60.

Leszcz M. Group therapy. In Sadavoy J, Jarvik L, Grossberg G, Meyers B, editors. *Comprehensive textbook of geriatric psychiatry*. 3rd ed. New York: W.W. Norton & Co; 2004. p.1023-55

Lin P. Drug interactions and polypharmacy in the elderly. *Canadian Alzheimer Disease Review* 2003;6(1):10-4.

Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant C. Multifaceted shared care intervention for late-life depression in residential care randomized controlled trial. *British Medical Journal* 1999;319:676-82.

Lohr KN, Field MJ. A provisional instrument for assessing clinical practice guidelines. In: Field MJ, Lohr KN, editors. *Guidelines for clinical practice: from development to use*. Washington D.C.: National Academy Press; 1992.

Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *American Journal of Psychiatry* 2003;11:33-45.

MacCourt P. Brief to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology. Vancouver, BC; June 2005: p. 4.

Mackin RS, Areán PA. Evidence-based psychotherapeutic interventions for geriatric depression. *Psychiatric Clinics of North America* 2005;28(4):805-820.

Mackinnon A, Christensen H, Cullen JS, Doyle CJ, Henderson AS, Jorm AF, et al. The Canberra interview for the elderly: assessment of its validity in the diagnosis of dementia and depression. *Acta Psychiatr Scand* 1993 ;87(2) :146-51.

MacMillan HL, Patterson CJ, Wathen CN, Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening for depression in primary care: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ* 2005;172(1):33-5.

Manly DT, Oakley SP, Bloch RM. Electroconvulsive therapy in old-old patients. *Am J Geriatric Psychiatry* 2000;8:232-6.

Martinez C, Rietbrock S, Wise L, Ashby D, Chick J, Moseley J, et al. Antidepressant treatment and the risk of fatal and non-fatal self harm in first episode depression: nested case-control study. *BMJ* 2005;330(7488):389.

McCurren C, Dowe D, Rattle D, Looney S. Depression among nursing home residents: testing an intervention strategy. *Applied Nursing Research* 1999;12:185-95.

Meresman JF, Hunkeler EM, Hargreaves WA, Kirsch AJ, Robinson P, Green A, et al. Case Report: Implementing a Nurse Telecare Program for Treating Depression in Primary Care. *Psychiatric Quarterly* 2003;74(1):61-73.

Miller MD, Cornes, C, Frank E, Ehrenpreis L, Silberman R, Schlemitzauer MA, et al. Interpersonal psychotherapy for late-life depression: past, present, and future. *Journal of Psychotherapy Practice and Research* 2001;10(4):231-8.

Miller MD, Lenze EJ, Dew MA et al. Effect of cerebrovascular risk factors on depression treatment outcome in later life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002 September;10(5):592-8.

Mittmann N, Herrmann N, Einarson TR, Busto UE, Lanctot KL, Liu BA, et al. The efficacy, safety and tolerability of antidepressants in late life depression: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1997;46(3):191-217.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.

Mottram P, Wilson K, Copeland J. Validation of the Hamilton depression rating scale and Montgomery and Asberg rating scales in terms of AGE-CAT depression cases. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15(12):1113-9.

National Institute of Health Consensus Panel. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992;268:1018-24.

Nemeroff CB, Devane CL, Pollock BG. Newer antidepressants and the cytochrome P450 system. *Am J Psychiatry* 1996; 153(3):311-20.

Niederehe G. Developing psychosocial interventions for ehavioura in dementia: beginnings and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2005;12:317-20.

Nyth AL, Gottfries CG, Lyby K, Smedegaard-Andersen L, Gylding-Sabroe J, Kristensen M, et al. A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992;86(2):138-45.

O'Brien J, Ames D, Chiu E, Schweitzer I, Desmond P, Tress B. Severe deep white matter lesions and outcome in elderly patients with major depressive disorder: follow-up study. *British Medical Journal* 1998;317:982-4.

O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, Roman G, Sawada T, Pantoni L, et al. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol* 2003 February;2(2):89-98.

Old Age Depression Interest Group. How long should the elderly take antidepressants? *Br J Psychiatry* 1993;162:175-82.

Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. *CMAJ* 1999;160(12 Suppl):S1-15.

Perlis RH, Nierenberg AA, Alpert JE, Pava J, Matthews JD, Buchin J, et al. Effects of adding cognitive therapy to fluoxetine dose increase on risk of relapse and residual depressive symptoms in continuation treatment of major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002;22(5):474-80.

Pinquart M, Sörensen S. How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging* 2001; 7:207-43.

Poirier ME, Boyer P. Venlafaxine and paroxetine in treatment-resistant depression. *Br J Psychiatry* 1999;175:12-6.

- Rabins PV, Black BS, Roca R, German P, McGuire M, Robbins B, et al. Effectiveness of a nurse-based outreach program for identifying and treating psychiatric illness in the elderly. *Journal of American Medical Association* 2000;283:2802-9.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1990;1:385-401.
- Radloff Ls, Teri T. Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. *Clinical Gerontologist* 1986;5:119-36.
- Rampello L, Alvano A, Raffaele R et al. New Possibilities of Treatment for Panic Attacks in Elderly Patients: Escitalopram Versus Citalopram. *J Clin Psychopharmacol* 2006 February; 26(1):67-70.
- Reynolds CF 3rd, Alexopoulos GS, Katz IR, Lebowitz BD. Chronic depression in the elderly: approaches for prevention. *Drugs & Aging* 2001;18(7):507-14.
- Reynolds CF 3rd, Areán P, Lynch TR, Frank E. Psychotherapy in old-age depression: progress and challenges. In Roose SP, Sackheim HA, editors. *Late-life depression*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 287-98.
- Reynolds CF 3rd, Frank E, Dew MA, Houck PR, Miller MD, Mazumdar S, et al. Treatment in 70+ year olds with major depression: Excellent short-term but brittle long-term response. *American Journal of Geriatrics Psychiatry* 1999a; 7(1):64-9.
- Reynolds CF 3rd, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, et al. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression; A randomized controlled trial in patients older than 59 years. *Journal of the American Medical Association* 1999b;281(1): 39-45.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Caregiving strategies for older adults with delirium, dementia and depression. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2004. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C4_caregiving_elders_ddd.asp
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Screening for delirium, dementia and depression in older adults. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario; 2003. Disponible à : http://www.rnao.org/bestpractices/completed_guidelines/BPG_Guide_C3_ddd.asp
- Robinson RG, Chemerinski E, Jorge R. Pathophysiology of secondary depressions in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999;12(3):128-36.
- Rojas-Fernandez C, Thomas VS, Carver D, Tonks R. Suboptimal use of antidepressant in the elderly: a population-based study in Nova Scotia. *Clinical Therapeutics* 1999;21:1937-50.
- Rokke PD, Scogin FR. Depression treatment preferences in younger and older adults. *Journal of Clinical Geropsychology* 1995;1:243-57.
- Roose SP, Sackeim HA, Krishnan KR, Pollock BG, Alexopoulos GS, Lavretsky H, et al. Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: a randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2004;161(11):2050-9.
- Rost K, Nutting P, Smith JL, Elliott CE, Dickinson M. Managing Depression as a chronic disease: a randomized trial of ongoing treatment in primary care. *British Medical Journal* 2002;325:934.
- Roth M, Mountjoy CQ, Amrein R. Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression: an international double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 1996 ;168(2) :149-57.
- Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, et al. CAMDEX. A behavioural instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *British Journal of Psychiatry* 1986;149:698-709.
- Rovner BW, German PS, Broadhead J, Morriss RK, Brant LJ, Blaustein J, et al. The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr* 1990;2(1):13-24.
- Royal Ottawa Health Group. Lithium therapy – guidelines for use after the age of 65. Ottawa (ON): Royal Ottawa Health Group; 2006. Disponible à : http://www.rohcg.on.ca/roh-internet/webpage.cfm?site_id=1&org_id=1&morg_id=0&gsec_id=197&parent_item_id=201&item_id=383
- Sackeim HA, Roose SP, Burt T. Optimal length of antidepressant trials in late-life depression. *J Clin Psychopharmacol* 2005;25(4 Suppl 1):S34-7.
- Santé Canada. Santé-âînés. Ottawa (ON): Division du vieillissement et des âînés; 1999. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/pubs/factoids/1999/pdf/entire_e.pdf
- Schatzberg AF, Kremer C, Rodrigues HE, Murphy GM, Jr. Double-blind, randomized comparison of mirtazapine and paroxetine in elderly depressed patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002;10(5):541-50.
- Schneider L, Dagerman K, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005; 294: 1934-43
- Schulberg HC, Bryce C, Chism K, Mulsant BH, Rollman B, Bruce M, et al. (2001). Managing late-life depression in primary care practice: A case study of the Health Specialist's role. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;16(6): 577-84.
- Scogin F, McElreath L. Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62:69-74.
- Scogin F, Welsh D, Hanson A, Stump J, Coates A. Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2005;12(3):222-37.

Shah A, Ganesvaran T. Psychogeriatric inpatient suicides in Australia. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:15-9.

Shah A, Herbert R, Lewis S, Mahendran R, Platt J, Bhattacharyya B. Screening for depression among acutely ill geriatric inpatients with a short geriatric depression scale. *Age & Ageing* 1997;26(3):217-21.

Shah A, Phongsathorn V, Bielawska C, Katona C. Screening for depression among inpatients with short versions of the geriatric depression scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11(10):915-8.

Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *British Medical Journal* 1999;318:593-6.

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In Brink J, editor. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York (NY): The Haworth Press, 1986. p. 165-173.

Shulman KI, Sykora KI, Gill SS, Mamdani M, Bronskill S, Wodchis WP, et al. Incidence of delirium in older adults newly prescribed lithium or valproate: a population-based cohorts study. *J Clin Psychiatry* 2005;66(4):424-7.

Snowdon J. The epidemiology of affective disorders in old age. In: Chiu E, Ames D, editors. *Functional psychiatric disorders of the elderly*. New York (NY): Cambridge University Press; 1994. p. 95-110.

Solai LK, Mulsant BH, Pollock BG. Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging* 2001;18(5):355-68.

Soon JA, Levine M. Screening for depression in patients in long-term care facilities: a randomized controlled trial of physician response. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(6):1092-9.

Sunderland T, Alterman IS, Yount D, Hill JL, Tariot PN, Newhouse PA, et al. A new scale for the assessment of depressed mood in demented patients. *American Journal of Psychiatry* 1988;145(8):955-9.

Tannock C, Katona C. Minor depression in the aged. Concepts, prevalence and optimal management. *Drugs Aging* 1995;6(4):278-92.

Taylor MP, Reynolds CF 3rd, Frank E, Cornes C, Miller MD, Stack JA, et al. Which elderly depressed patients remain well on maintenance interpersonal psychotherapy alone? Report from the Pittsburgh study of maintenance therapies in late-life depression. *Depression and Anxiety* 1999;10(2):55-60.

Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *Journal of Gerontology B; Psychological and Social Sciences* 1997;52:P159-66.

Teri L, McCurry S. Psychosocial therapies. In Coffey CE, Cummings JL, editors. *American psychiatric press textbook of geriatric neuropsychiatry*. 2nd ed. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2000. p. 861-90.

Teri L, McKenzie G, LaFazia D. Psychosocial treatment of depression in older adults with dementia. *Clinical Psychology: science and Practice* 2005;12(3):303-16.

Tilly J, Reed P. Evidence on interventions to improve quality of care for residents with dementia in nursing and assisted living facilities. Chicago (IL): The Alzheimer's Association; 2004. Disponible à : www.alz.org/health/care/dcpr/asp

Thapa PB, Gideon P, Cost TW, Milam AB, Ray WA. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med* 1998;339(13):875-82.

Thommasen HV, Baggaley E, Thommasen C, Zhang W. Prevalence of depression and prescriptions for antidepressants, Bella Coola Valley, 2001. *Can J Psychiatry* 2005;50(6):346-52.

Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;55:385-90.

Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D, Sommer BR, Koin D. Comparison of desipramine and cognitive/behavioural therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;9:225-40.

Tourigny-Rivard ME. Pharmacotherapy of affective disorders of old age. *Canadian Journal of Psychiatry* 1997;42(Suppl 1): 10S-18S.

Turvey CL, Carney C, Arndt S, Wallace RB, Herzog R. Conjugal loss and syndromal depression in a sample of elders aged 70 years or older. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(10): 1596-601.

Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting. *Journal of American Medical Association* 2002;288:2836-45.

UK ECT Review Group. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2003;361:799-808.

Unutzer J, Patrick DL, Diehr P, Simon G, Gremboski D, Katon W. Quality adjusted life years in older adults with depressive symptoms and chronic medical disorders. *International Psychogeriatrics* 2000;12:15-33.

Van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WL, Beekman ATE. Electroconvulsive therapy for the depressed elderly. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;(2): CD003593.

Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. *British Medical Journal* 2001;323:948-9.

Waern M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I, Wilhelmson K. Mental disorder in elderly suicides: A case-control study. *Am J Psychiatry* 2002b;159(3):450-5.

Waterreus A, Blanchard M, Mann A. Community psychiatric nurses for the elderly: few side-effects and effective in the treatment of depression. *Journal of Clinical Nursing* 1994; 3:299-306.

Watt LM, Cappeliez P. Reminiscence interventions for the treatment of depression in older adults. In Haight BK, Webster JD, editors. *The art and science of reminiscing: theory, research, methods and applications*. Washington (DC): Taylor & Francis; 1995. p. 221-32.

Watt LM, Cappeliez P. Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging and Mental Health* 2000;4:166-77.

Wei W, Sambamoorthi U, Olfson M, Walkup JT, Crystal S. Use of psychotherapy for depression in older adults. *American Journal of Psychiatry* 2005;162(4):711-7.

Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M, Bruce ML, Florio LP. Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine* 1988;18(1):141-53.

Wiat L, Petit H, Joseph PA, Mazaux JH, Barat M. Fluoxetine in early poststroke depression: a double-blind placebo-controlled study. *Stroke* 2000;31(8):1829-32.

Williams JW Jr, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284(12):1519-26.

Wilson KC, Copeland JR, Taylor S, Donoghue J, McCracken CF. Natural history of pharmacotherapy of older depressed community residents. The MRC-ALPHA Study. *Br J Psychiatry* 1999;175:439-43.

Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nightingale A. Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD000561.

Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(Suppl 7):29-36.

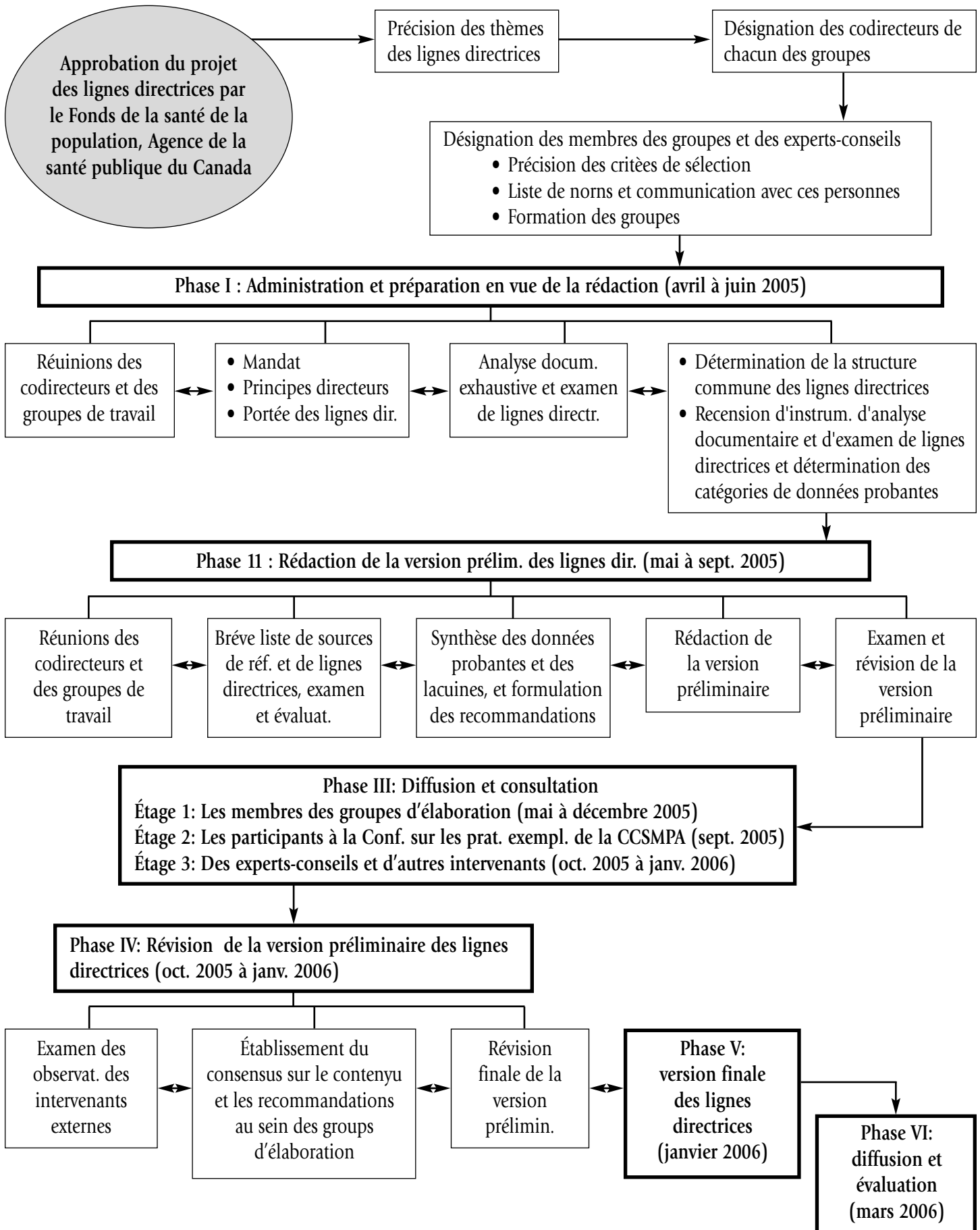
World Health Association (WHO). *International classification of disease, 10th edition*. Albany (NY): World Health Organization; 2003.

World Psychiatric Association (WPA). *WPA international committee for prevention and treatment of depression. Depressive disorders in older persons*. New York (NY): NCM Publishers; 1999.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982 ;17(1) :37-49.

Zimmerman M, Mattia JJ, Posternak MA. Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *American Journal of Psychiatry* 2002;159(3):469-73.

Annexe A : Élaboration des lignes directrices



Annexe B : Les enzymes du cytochrome P450

(Lin, 2003)

Il importe de connaître le rôle des enzymes du cytochrome P450. Ces enzymes se retrouvent dans le foie, le rein, le petit intestin, les poumons et le cerveau. Leur principale fonction consiste à métaboliser des composés chimiques en transformant les molécules liposolubles en molécules hydrosolubles qui seront ensuite éliminées par le rein.

Le " substrat " est une molécule qui se lie à l'enzyme avant d'être métabolisée par celle-ci. Si le récepteur de l'enzyme est bloqué, l'élimination du substrat sera plus lente et sa concentration plasmatique augmentera.

L' " inhibiteur " est un composé chimique qui se lie à l'enzyme de façon permanente pour l'empêcher de métaboliser

les médicaments. Par conséquent, la concentration plasmatique des médicaments en question ne cesse d'augmenter.

L' " inducteur " est un composé chimique qui accélère le fonctionnement du cytochrome, donc le métabolisme des médicaments. Par conséquent, la concentration plasmatique de ces médicaments chute plus rapidement que prévu et en diminue ainsi l'efficacité thérapeutique.

Le mécanisme de l'interaction peut également en être un de " compétition " où deux médicaments se font concurrence à titre de substrat du même enzyme. L'un des deux ne pourra se lier à l'enzyme, donc ne sera pas métabolisé comme prévu et verra sa concentration plasmatique augmenter.

