

Mise à jour de
2021 des lignes
directrices

Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées

ccsmh.ca



Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées

Groupe responsable de la mise à jour de 2021 des lignes directrices

D^r David Conn, M.B., B.Ch., B.A.O., FRCPC
Président du groupe
V.-P. de l'éducation et directeur du Centre for Education, Baycrest Health Sciences
Professeur, Département de psychiatrie, University of Toronto
Coprésident, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Lori Amdam, B.Sc.N., M.S.N.
Membre du groupe
Consultante en éducation, gérontologie
Membre du comité directeur de la CCSMPA
Île de Vancouver, Colombie-Britannique, Canada

D^r Daniel M. Blumberger, M.D., M.Sc., FRCPC
Membre du groupe
Directeur et président, Temerty Centre for Therapeutic Brain Intervention
Clinicien-chercheur, Campbell Family Research Institute
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Professeur, Département de psychiatrie, University of Toronto

D^r Chris Frank, M.D., FCFP
Membre du groupe
Médecin de famille spécialisé dans les soins aux personnes âgées
Professeur, Département de médecine, Queen's University, Kingston, Ontario

D^{re} Cindy Grief, M.Sc., M.D., FRCPC
Membre du groupe
Directrice médicale, services de santé mentale, Baycrest Health Sciences
Professeure adjointe, University of Toronto

D^r Robert Madan, M.D., FRCPC
Membre du groupe
Psychiatre en chef et directeur médical général, Baycrest Health Sciences
Professeur agrégé, University of Toronto

D^r Kiran Rabheru, M.D., CCFP, FRCPC
Membre du groupe
Gérontopsychiatre, TOH
Professeur de psychiatrie, Université d'Ottawa
Coprésident, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Anar Dilara, M.B.B.S., M.P.H., M.Phil.
Ancienne assistante de recherche, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Daniella Minchopoulos, B.A.Sc.
Ancienne assistante de projet, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

Groupe d'élaboration des lignes directrices initiales de 2006 (avec mention des titres détenus en 2006)

D^{re} Marie-France Tourigny-Rivard, M.D., FRCPC
Codirectrice
Professeure et chef du service de gérontopsychiatrie infirmières, Département de psychiatrie, U. d'Ottawa
Directrice des services cliniques, programme de gérontopsychiatrie, Hôpital Royal Ottawa, Ottawa, Ontario

D^{re} Diane Buchanan, R.N., D.N.Sc.,
Codirectrice
Professeure adjointe, Faculté des sciences
Queen's University, Kingston, Ontario

D^r Philippe Cappeliez, Ph.D.
Membre du groupe
Professeur, Faculté de psychologie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario

D^r Chris Frank, M.D., FCFP
Membre du groupe
Soins aux personnes âgées, Professeur, Département de médecine, Queen's University, Kingston, Ontario

Pronica Janikowski, R.Ph., B.Sc. Pharm., CGP
Membre du groupe
Pharmacienne agréée en gériatrie, conseillère en soins de longue durée, pharmacie de la clinique de Picton, Picton, Ontario

Faith Malach, M.H.Sc., MSW, RSW
Directrice de projet
Directrice générale, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, professeure associée de pratique, Faculté de travail social, University of Toronto, Toronto, Ontario

Jennifer Mokry, MSW, RSW
Directrice de projet
Gestionnaire de projet, Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto, Ontario

Lily Spanjevic, RN, B.Sc.N., M.N., CSPSM(C), CSIG(C)
Membre du groupe
Chef de la pratique avancée au programme de réadaptation gériatrique, Toronto Rehabilitation Institute, Toronto, Ontario

D^r Alastair Flint, M.B., FRCPC, FRANZCP
Conseiller
Professeur de psychiatrie, University of Toronto
Chef du programme de gérontopsychiatrie, University Health Network, Toronto, Ontario

D^r Nathan Herrmann, M.D., FRCPC
Conseiller
Chef du service de gérontopsychiatrie, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre, professeur de psychiatrie, University of Toronto, Toronto, Ontario

Dénégation de responsabilité :

Le présent document est publié uniquement à des fins d'information et ne doit pas être interprété ou utilisé à titre de norme d'exercice de la médecine. Tout a été mis en oeuvre 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, à l'exhaustivité ou au caractère actuel du contenu. La présente publication est distribuée sous réserve que ni l'éditeur, ni les personnes ayant participé à sa rédaction n'offrent des conseils de nature professionnelle. Les médecins et les autres lecteurs doivent déterminer les soins cliniques qui conviennent à chaque patient, en fonction des données cliniques connues dans chaque cas particulier. L'éditeur et toutes les personnes ayant participé à la rédaction de la présente publication se dégagent 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.

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.

Remerciements :

Le financement initial 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 mise à jour des lignes directrices a été rendue possible grâce au Prix Betty-Havens de l'application des connaissances dans le domaine du vieillissement de l'Institut du vieillissement des IRSC. La CCSMPA désire exprimer sa reconnaissance envers ces deux organismes subventionnaires pour leur appui et leur engagement indéfectibles dans le domaine de la santé mentale des personnes âgées. De plus, la Coalition remercie sincèrement les membres du groupe d'élaboration des lignes directrices initiales et les membres du groupe responsable de la mise à jour, qui n'ont ménagé ni temps ni efforts dans la rédaction des lignes directrices et des recommandations initiales et mises à jour.

© Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2021

20 Crown Steel Dr., local n°. 6
Markham (Ontario) L3R 9X9
Téléphone : 289 846-5383
Télécopieur : 905 415-0071

www.ccsmh.ca

Table des matières du document

1. Introduction	4
2. Méthodologie	4
3. Nouvelles recommandations et recommandations comportant des modifications importantes avec explication des changements	6
4. Résumé des recommandations de 2006 avec les recommandations nouvelles et mises à jour de 2021	15
5. Références	31

1. Introduction

Le nombre de personnes âgées au Canada connaît une hausse fulgurante. À l'heure actuelle, les adultes âgés (les personnes âgées de 65 ans ou plus) représentent 18 % de la population du pays (Statistique Canada, 2020). Environ 20 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'une maladie mentale. 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 observée dans les établissements de santé et de services sociaux. Ainsi, des rapports indiquent 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 (Seitz et coll., 2010; Rovner et coll., 1990). La dépression du troisième âge est courante mais elle est souvent insuffisamment diagnostiquée et traitée, contribuant ainsi à une importante invalidité fonctionnelle et à une diminution de la qualité de vie. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a initialement mis sur pied le projet de lignes directrices nationales pour soutenir l'élaboration de recommandations fondées sur des données probantes dans 4 domaines prioritaires de la santé mentale des personnes âgées, y compris la dépression.

Les premières lignes directrices nationales de la CCSMPA sur les meilleures pratiques interdisciplinaires d'évaluation et de traitement de la dépression chez les personnes âgées ont été publiées en 2006. Plusieurs essais cliniques menés depuis ont demandé le renforcement ou la modification des recommandations formulées dans les lignes directrices initiales. En 2018, la CCSMPA a entrepris la mise à jour de ces lignes directrices. Une équipe interdisciplinaire de professionnels de la santé (énumérés ci-dessus) provenant de différentes régions du Canada ont passé en revue les articles de revues scientifiques à comité de lecture publiés depuis 2006.

La section 3 ci-dessous présente une description, avec explications, de toutes les nouvelles recommandations et des recommandations ayant fait l'objet de modifications majeures. D'autres recommandations mises à jour, comportant des modifications relativement mineures, sont uniquement décrites à la section 4, qui présente une comparaison entre les recommandations initiales de 2006 et celles de 2021. Les recommandations nouvelles ou modifiées apparaissent dans la colonne de droite. Les lecteurs sont invités à consulter les sections 3 et 4.

2. Méthodologie

Une recherche systématique d'articles scientifiques examinés par les pairs a été effectuée dans 5 bases de données, à savoir Medline, Embase, HealthStar, Cochrane et PsychINFO, à partir de la date finale de la recherche documentaire de la version précédente des lignes directrices – soit juillet 2006 – jusqu'à décembre 2018. La recherche a été restreinte aux articles de langue anglaise uniquement, et les termes de recherche utilisés étaient les mêmes que ceux utilisés pour les lignes directrices de 2006.

Plusieurs phases d'examen des titres et des résumés ont été effectuées par un des auteurs pour extraire 344 articles en version intégrale à partir de l'ensemble initial de 1 560 articles tirés des recherches dans les bases de données. Ces 344 articles ont ensuite été classés en fonction du type d'étude tels essais comparatifs (en particulier s'ils sont randomisés), méta-analyses, synthèses (en particulier si elles sont systématiques) et lignes directrices de pratique clinique ou rapports de comité d'experts ayant un lien potentiel avec le domaine d'intérêt. Par la suite, d'autres articles pertinents dont les membres avaient connaissance ont été ajoutés.

Un groupe de travail (dont les membres sont nommés ci-haut) a été mis sur pied et a procédé à l'examen des données probantes ainsi qu'à la rédaction des recommandations mises à jour. Chaque membre du

groupe de travail s'est penché sur des aspects précis et a rédigé un résumé comportant des propositions de mise à jour de recommandations. Le groupe de travail s'est réuni en plusieurs occasions pour discuter des modifications proposées et de toute lacune ou controverse relativement aux mises à jour proposées et a dégagé un consensus. Les mises à jour proposées ont été présentées au congrès virtuel de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie (ACGP) et de la CCSMPA qui a eu lieu en octobre 2020, ce qui a permis de recueillir les commentaires de nos pairs.

Le groupement général des recommandations de 2006 est maintenu, avec l'ajout de quelques nouvelles catégories. Le même système utilisé pour les lignes directrices de 2006 (soit les catégories de données probantes et le système d'évaluation ABCD de Shekelle et coll., 1999), résumé ci-dessous, a servi de paramètre afin d'attribuer aux recommandations une cote de valeur.

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 corrélacionnelle 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 coll., 1999)

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

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 stricte de l'importance de la recommandation en pratique clinique ou pour la qualité des soins. Certaines recommandations qui ont une cote plus basse, dû au manque de données scientifiques, sont en réalité d'importance primordiale dans l'évaluation et le traitement de la dépression.

SYSTÈME D'ÉVALUATION 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 coll., 1999)

3. Nouvelles recommandations et recommandations comportant des modifications importantes avec explication des changements

Les lignes directrices mises à jour mettent une emphase accrue sur la prévention de la dépression. Dans le passé, les systèmes de santé ont sous-financé les stratégies de prévention, en particulier dans le domaine de la santé mentale. Bien que la recherche sur la prévention en soit à ses premiers pas, la prévention pourrait représenter une stratégie supplémentaire pour diminuer davantage le fardeau de la dépression, une maladie qui a été désignée comme une priorité de santé publique mondiale (Reynolds et coll., 2012). La prévention *universelle* est axée sur le grand public ou un groupe de population entier sans égard au degré de risque. La prévention *sélective* cible des individus ou des sous-groupes présentant un risque accru de souffrir de problèmes de santé mentale que la moyenne des individus ou sous-groupes. La prévention *indiquée* porte sur les individus chez qui des symptômes précurseurs ou des marqueurs biologiques de troubles mentaux ont été décelés, mais qui ne répondent pas encore aux critères qui permettraient de poser un diagnostic formel. Les recommandations décrites ci-dessous sont axées principalement sur la prévention universelle et la prévention sélective. Il est à noter qu'il n'y a pas assez de données probantes pour recommander l'utilisation d'antidépresseurs chez les personnes présentant un risque élevé, bien qu'une petite étude laisse entendre que leur utilisation réduirait le risque chez les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (Robinson et coll., 2008).

NOUVELLE : PRÉVENTION

Diverses interventions visant à réduire l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées ont permis de diminuer les symptômes dépressifs en plus de la solitude. Ces interventions étaient principalement des thérapies de groupe dans des milieux de soins de longue durée. Elles comprennent la thérapie par la réminiscence, les programmes d'exercice physique, les visioconférences avec la famille, l'hortithérapie et les groupes sociaux sexospécifiques. [B]

Des études ont été menées à l'échelle mondiale sur les interventions ciblant l'isolement social, la solitude et la dépression chez les personnes âgées. Par exemple, Chiang et ses collègues (2010) ont étudié les effets de séances hebdomadaires de thérapie par la réminiscence sur des personnes âgées résidant en établissement de soins de longue durée. Cette intervention a permis de réduire significativement le sentiment de solitude et les symptômes dépressifs chez les participants. De même, Westerhof et ses collègues (2017) ont mené un essai comparatif et randomisé (ECR) visant à comprendre l'efficacité d'une intervention par discussion sur les souvenirs autobiographiques chez des personnes âgées vivant en résidence. Les participants présentant des symptômes dépressifs d'importance clinique ont montré une réduction significative de leurs symptômes pendant et après l'intervention. De plus, il y a eu une baisse significative de la solitude chez les patients ayant pris part à l'intervention. Tse et ses collègues (2014) ont analysé l'efficacité d'un programme hebdomadaire d'exercice physique chez des résidents de centres d'accueil et d'hébergement. Leurs résultats indiquent une amélioration significative à la fois de la solitude et de la dépression.

Plusieurs synthèses systématiques ont été publiées sur les interventions ciblant l'isolement social et/ou la solitude et/ou la dépression. Quan et ses collègues (2019) ont procédé à l'examen critique des données probantes sur l'efficacité de psychothérapies et d'interventions axées sur les loisirs et le développement des aptitudes chez des personnes âgées vivant en centre d'accueil et d'hébergement, en milieu semi-autonome ou en hospice. Les interventions les plus efficaces pour réduire significativement la solitude et la dépression étaient la thérapie par la réminiscence et l'hortithérapie. Dans une autre synthèse systématique, Franck et ses collègues (2016) ont cherché à évaluer les effets de diverses interventions visant à atténuer la dépression et l'isolement social chez des personnes âgées recevant des soins en résidence ou dans la communauté. Ils ont rapporté que la thérapie par la réminiscence permettait de réduire significativement à la fois la dépression et l'isolement social.

NOUVELLE : PRÉVENTION

La prescription sociale, définie comme étant « un moyen de permettre aux services de soins primaires d'orienter les patients ayant des besoins sociaux, émotionnels ou pratiques vers une gamme de services non cliniques locaux, souvent fournis par le secteur bénévole et communautaire », peut entraîner une réduction des symptômes dépressifs chez les personnes âgées souffrant de symptômes dépressifs légers ou modérés, d'isolement social ou de solitude. [C]

La définition de prescription sociale est tirée de Friedli et Watson (2004). Un organisme du Royaume-Uni, *Ways to Wellness*, a examiné les effets de la prescription sociale en milieu urbain sur des adultes d'âge moyen et des personnes du troisième âge souffrant de multiples problèmes de santé chroniques et de longue durée (Moffatt et coll., 2017). Ces

personnes ont été orientées vers un « travailleur-liaison » qui a répertorié les ressources et les services pertinents de santé et bien-être offerts bénévolement dans la communauté. Les utilisateurs de ces services ont rapporté des changements positifs, y compris une réduction de l'isolement social et une amélioration de l'état de santé mentale, après 6 mois. *Age United Kingdom* (R.-U.) a réalisé un projet pilote de prescription sociale pour analyser l'efficacité des omnipraticiens à orienter les adultes âgés de 55 ans ou plus souffrant de solitude ou d'isolement social vers le service de prescription sociale. Les participants à cette étude ont présenté une amélioration significative de leur bien-être émotionnel. L'Alliance pour des communautés en santé de l'Ontario, au Canada (2020) a réalisé une étude pilote de 18 mois sur des méthodes mixtes pour évaluer l'efficacité de la prescription sociale dans 11 centres de santé communautaire. Dans l'étude *Rx : Communauté – La prescription sociale en Ontario*, environ la moitié des participants étaient âgés d'entre 61 et 80 ans. Les raisons les plus fréquentes de l'orientation étaient : (a) l'anxiété, (b) la dépression, (c) l'isolement social et (d) les symptômes de problèmes de santé mentale. Les clients ont rapporté une amélioration significative du bien-être mental, une diminution de la solitude et une amélioration du sentiment d'appartenance et de connexité. Soulignons que Bickerdike et ses collègues (2017) ont suggéré que d'autres études de recherche étaient requises pour valider l'utilisation généralisée de cette approche.

NOUVELLE : PRÉVENTION

Un protocole de soins progressifs (ex. : observation vigilante, bibliothérapie fondée sur la thérapie cognitivo-comportementale [TCC], thérapie par la résolution de problèmes et orientation vers les soins primaires pour un traitement antidépresseur) peut réduire l'incidence des troubles dépressifs et anxieux chez les personnes âgées résidant dans la communauté souffrant de dépression ou d'anxiété infraliminaire. [B]

Des études ont montré qu'un protocole de soins progressifs permet de réduire l'incidence des troubles dépressifs et anxieux chez les personnes âgées résidant dans la communauté souffrant de dépression ou d'anxiété infraliminaire. Van't Veer-Tazelaar et ses collègues (2009) ont analysé les étapes de soins suivantes : méthode d'observation vigilante, bibliothérapie fondée sur la TCC, thérapie par la résolution de problèmes fondée sur la TCC et orientation vers les soins primaires pour un traitement antidépresseur, s'il y avait lieu. Le groupe ayant reçu l'intervention a présenté une diminution de 50 % de l'incidence d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble anxieux au cours d'une période de 12 mois comparativement au groupe ayant reçu les soins habituels. Les autres méthodes prometteuses de prévention de la dépression chez les personnes âgées présentant une dépression infraliminaire comprennent le recours à des conseillers non professionnels dans les pays à revenu faible ou moyen (Dias et coll., 2019) et l'utilisation de la thérapie par la résolution de problèmes (Reynolds et coll., 2014).

NOUVELLE : PRÉVENTION

Un niveau accru d'activité physique est systématiquement associé à une probabilité réduite de souffrir de dépression dans le futur. Ce résultat est observé dans tous les groupes d'âge, y compris les personnes âgées. Les cliniciens devraient inciter leurs patients ayant un faible niveau d'activité physique à être plus actifs. Les cliniciens ont à leur disposition des outils pour aider les patients à établir des objectifs de santé (p. ex., Fontaine de la santé). [B]

Schuch et ses collègues (2018) ont procédé à une méta-analyse de 49 études portant sur l'activité physique. Comparativement aux personnes ayant un faible niveau d'activité physique, celles ayant un niveau élevé avaient une probabilité significativement plus faible de souffrir de dépression. De plus, l'activité physique avait un effet protecteur contre l'apparition de la dépression dans tous les groupes d'âge, y compris les personnes âgées. Des effets protecteurs contre la dépression (dépression majeure ou symptômes dépressifs) ont été observés dans toutes les régions géographiques, le risque relatif approché variant entre 0,65 et 0,84 en Asie, en Europe, en Amérique du Nord et en Océanie.

Le programme canadien intitulé la Fontaine de la santé offre aux cliniciens et au grand public des outils pour soutenir la modification du comportement et améliorer les habitudes de vie y compris l'activité physique (Gough et coll., 2019; Cassidy et coll., 2020; lafontainedelasante.ca).

NOUVELLE : PRÉVENTION

Les cliniciens doivent recourir à l'insufflation d'espoir et à la pensée positive comme outils thérapeutiques importants pour la prévention de la dépression et pour aider les personnes souffrant de symptômes de la dépression ou d'un trouble dépressif. [D]

La valeur thérapeutique de l'espoir pour la santé, la guérison, le bien-être et la qualité de vie est bien documentée (Moore, 2005; Wilson et coll., 2010). Il y a un intérêt croissant à comprendre le rôle de l'espoir comme méthode pour favoriser la guérison, établir des objectifs, faire face à la maladie et combattre le désespoir. Les gens sont très vulnérables lorsqu'ils sont confrontés à la maladie ou à une perte. Les cliniciens doivent tenir compte du rôle important de l'insufflation d'un véritable espoir et de la pensée positive dans leurs interactions avec les patients et leur famille **dans tous les milieux de soins**. Un petit nombre d'études visant à évaluer l'effet d'interventions conçues expressément pour accroître l'espoir ont donné des résultats variables (Kwon et coll., 2015; Cheavens et coll., 2006; Wilson et coll., 2010). Un examen de 9 études, où ce type d'interventions était utilisé par le personnel infirmier pour des patients confrontés au cancer, a tiré la conclusion qu'il était possible d'accroître l'espoir dans ce groupe de patients (Li et coll., 2018). Moore (2005) propose que le personnel infirmier se trouve dans une position privilégiée pour discuter avec leurs clients/patients d'espoir et de stratégies pour faire renaître

l'espoir dans n'importe quelle situation. Elle souligne que d'autres chercheurs ont fait ressortir l'importance de reconnaître que l'espoir est un élément complexe et multidimensionnel de la façon dont les gens vivent la maladie et la souffrance (Bland et Darlington, 2002). Bien que d'autres études soient requises pour comprendre quelles sont les interventions optimales, on doit encourager tous les membres du personnel de soins à réfléchir à la meilleure façon d'intégrer l'insufflation d'espoir dans l'exercice de leurs fonctions.

MODIFIÉE : TRAITEMENT D'UN ÉPISODE DE DÉPRESSION MAJEURE, GRAVE SANS PSYCHOSE

INCHANGÉE – 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]

MODIFIÉE – La sismothérapie est envisagée pour le traitement des patients âgés souffrant de dépression unipolaire grave et ayant déjà présenté une bonne réponse à un cycle de sismothérapie ou n'ayant pas répondu à un essai adéquat ou plus d'un traitement antidépresseur en association avec la psychothérapie, en particulier si l'état de santé du patient s'est détérioré à cause de la dépression. La sismothérapie est un traitement de première intention pour les patients âgés dépressifs qui présentent un risque élevé de conséquences défavorables, c'est-à-dire ceux qui ont des idées ou des intentions suicidaires, souffrent d'une maladie physique grave ou présentent des signes psychotiques. [A]

La sismothérapie peut également s'avérer utile comme traitement de continuation ou d'entretien chez les patients âgés présentant une réponse partielle, une résistance ou une intolérance à la pharmacothérapie pendant la phase aiguë de traitement. [B]

Les lignes directrices de 2006 recommandaient que la sismothérapie soit 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. La modification apportée ci-dessus souligne la nécessité d'envisager la sismothérapie dans plusieurs situations différentes, notamment son usage possible comme traitement de première intention chez certains patients présentant un risque de conséquences défavorables. Son utilisation comme traitement de continuation ou d'entretien chez certains patients est également indiquée.

Nous avons ajouté la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr) comme autre option pour les patients souffrant d'un trouble dépressif majeur (TDM) n'ayant pas répondu à au moins un essai adéquat de traitement antidépresseur (voir la section ci-dessous).

MODIFIÉE : TRAITEMENT DU TROUBLE DÉPRESSIF MAJEUR GRAVE AVEC ÉLÉMENTS PSYCHOTIQUES, ÉPISODE ISOLÉ OU RÉCURRENT

Récemment, de nouveaux essais cliniques comparatifs avec placebo ont fait état de l'utilisation sécuritaire et efficace de l'association de médicaments antidépresseurs et antipsychotiques dans le traitement du TDM avec éléments psychotiques. Nous recommandons donc que les cliniciens utilisent leur jugement en fonction de la gravité de l'épisode et de l'état physique du patient pour essayer en premier lieu la pharmacothérapie d'association. La sismothérapie devrait être envisagée après 4 à 8 semaines si le traitement d'association échoue ou est mal toléré ou si des conséquences graves pour la santé du patient surviennent. [B]

Les lignes directrices de 2006 recommandaient qu'en l'absence de contre-indications et selon la disponibilité, la sismothérapie soit proposée comme traitement de la dépression psychotique. Sinon, une combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique était recommandée. Nous recommandons désormais que la pharmacothérapie d'association soit aussi envisagée comme traitement de première intention. L'étude sur la pharmacothérapie pour la dépression psychotique STOP-PD (Study of the Pharmacotherapy of Psychotic Depression) a analysé l'efficacité de médicaments antipsychotiques en association avec des antidépresseurs (Meyers et coll., 2009). Cet essai a révélé que le taux de rémission après 12 semaines de traitement par l'olanzapine en association avec la sertraline (41,9 %) était supérieur à celui obtenu avec l'olanzapine en association avec un placebo (23,9 %). Cet effet a été observé autant chez les patients de moins de 60 ans que chez ceux de plus de 60 ans.

NOUVELLE : PSYCHOTHÉRAPIES ET INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Des résultats prometteurs montrent que l'exercice et les interventions ciblant le corps et l'esprit (p. ex., taï-chi, yoga, diminution du stress basée sur la pleine conscience), utilisées seules ou en association avec d'autres thérapies, peuvent atténuer les symptômes dépressifs chez les personnes du troisième âge. L'activité physique sous forme d'exercice constitue une importante méthode non pharmacologique d'amélioration de l'humeur chez les personnes âgées. Les cliniciens doivent se servir de leur jugement dans la recommandation du type d'exercice et de la durée, en tenant compte de la présence d'états comorbides, de la capacité physique et du degré de motivation. [B]

Une méta-analyse réalisée en 2016 a répertorié 8 ECR sur des interventions par l'exercice chez des adultes âgés de 60 ans ou plus souffrant de dépression. L'ajustement en fonction du biais de publication a permis de révéler une grande ampleur de l'effet de l'exercice aérobique en association avec l'entraînement musculaire sur les symptômes dépressifs, mais pas pour l'un ou l'autre individuellement. Les interventions en groupe, d'intensité modérée mais non vigoureuse, ont également montré un bienfait (Schuch et coll., 2016). Un examen de méta-analyses antérieures s'est penché sur l'effet de l'exercice sur la

dépression du troisième âge (symptômes ou trouble) chez les adultes âgés de plus de 60 ans. Trois méta-analyses répondaient aux critères d'admissibilité. Au total, 1 487 participants provenant de différents milieux et âgés d'entre 63,5 et 77,5 ans ont fait partie de l'analyse. L'exercice a permis d'atténuer significativement les symptômes dépressifs, ce qui a amené les auteurs à en conclure qu'il s'agit d'un traitement sécuritaire et efficace qui devrait être intégré aux soins habituels des personnes âgées souffrant de dépression (Catalan-Matamoros et coll., 2016).

MODIFIÉE : PSYCHOTHÉRAPIES ET INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES

Les psychothérapies ayant le plus de données probantes à l'appui de leur efficacité chez les personnes âgées sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC; individuelles et de groupe) et la thérapie par la résolution de problèmes (TRP). La TRP peut être offerte aux personnes âgées souffrant d'un déclin cognitif et d'un dysfonctionnement exécutif. La TCC et la TRP se sont aussi révélées bénéfiques pour les personnes âgées souffrant de dépression et d'un problème médical comorbide. [B]

Les psychothérapies et les traitements psychosociaux doivent être offerts aux personnes âgées souffrant de dépression (symptômes ou trouble) dans différents milieux (communautaire, hospitalier, soins de longue durée) dans toutes les régions du Canada. [A]

Des données probantes appuient également le recours à la thérapie comportementale, à l'activation comportementale, à la réminiscence et à d'autres psychothérapies telles que la psychothérapie psychodynamique et la psychothérapie interpersonnelle (PTI). [B]

Les thérapies prodiguées par Internet peuvent être comparables à une thérapie en personne et peuvent améliorer l'accès à ces services pour les personnes vivant dans une région mal desservie ou présentant des problèmes de mobilité. [C]

Nous soulignons la nécessité absolue que les personnes âgées souffrant de dépression dans divers milieux aient accès à des psychothérapies et à des traitements psychosociaux dans toutes les régions du pays.

Bien que de nombreuses formes de psychothérapie se soient avérées bénéfiques pour les personnes âgées souffrant de dépression, il est à noter que les TCC (individuelles ou de groupe) et la TRP ont la plus grande quantité de données probantes à l'appui de leur efficacité. De nombreuses méta-analyses confirment que la TCC, qu'elle soit prodiguée de façon individuelle ou en groupe, est un traitement efficace de la dépression du troisième âge (Cuijpers et coll., 2006; Pinquart et coll., 2007; Peng et coll., 2009). Certaines de ces méta-analyses ont également relevé des données probantes à l'appui de l'utilisation d'autres psychothérapies telles que la thérapie par la réminiscence. De nouvelles études laissent également entendre que la TCC constitue une intervention efficace pour les personnes âgées dépressives souffrant de problèmes médicaux comorbides tels que la douleur chronique (Ehde et

coll., 2014) ou l'insuffisance cardiaque (Jeyantham et coll., 2017). Par ailleurs, des méta-analyses d'interventions psychothérapeutiques corroborent l'efficacité de la TRP dans le traitement de la dépression du troisième âge et montrent une ampleur modérée ou élevée de l'effet (Cuijpers et coll., 2016; Kirkham et coll., 2016), notamment chez les personnes âgées fragiles (Jonsson et coll., 2016).

Une étude pilote sur la thérapie cognitivo-comportementale prodiguée par Internet (TCCi) à des personnes âgées dépressives a donné des résultats favorables (Titov et coll., 2015). Ce type d'intervention peut permettre d'améliorer l'accès à la psychothérapie, en particulier pour les personnes âgées vivant dans une région mal desservie ou présentant des problèmes de mobilité. Un ECR comparant la TCCi aux soins habituels chez des personnes âgées dépressives souffrant d'arthrose du genou a révélé des bienfaits pour la TCCi par rapport aux soins habituels (O'Moore et coll., 2018). Cette approche est d'une grande pertinence à la lumière de l'expansion des soins virtuels liée à la pandémie de COVID-19.

MODIFIÉE : CHOIX DE L'ANTIDÉPRESSEUR/SURVEILLANCE DES EFFETS INDÉSIRABLES ET DES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES

Nous recommandons que les cliniciens envisagent l'utilisation de la sertraline ou de la duloxétine comme médicament de première intention pour le traitement d'un épisode aigu de dépression majeure chez les personnes âgées. Les autres options comprennent l'escitalopram et le citalopram étant donné la faible possibilité d'interactions médicamenteuses, mais les préoccupations liées à l'intervalle QTc inciteraient à restreindre la dose à une concentration sous-thérapeutique. [A]

En outre, nous suggérons aux cliniciens de choisir l'antidépresseur qui présente le plus faible risque d'effets secondaires anticholinergiques et d'interactions médicamenteuses et dont l'usage est relativement sécuritaire en présence d'un trouble cardiovasculaire comorbide. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pour vérifier le respect du traitement pharmacologique, l'usage de substances psychoactives, la présence d'idées suicidaires et l'apparition d'une toxicité médicamenteuse. [D]

En raison de préoccupations liées à la prolongation de l'intervalle QTc causée par le citalopram et l'escitalopram, et en tenant compte de la quantité de données probantes, nous recommandons l'utilisation de la sertraline ou de la duloxétine comme médicament de première intention pour le traitement d'un épisode aigu de dépression majeure chez les personnes âgées. Le citalopram et l'escitalopram demeurent toutefois des options utiles. Il existe une variété d'autres antidépresseurs convenant aux personnes âgées, notamment la venlafaxine, le bupropion et la mirtazapine. De plus, la vortioxétine, un antidépresseur relativement nouveau, s'est révélée bénéfique chez les personnes âgées, certains résultats montrant une amélioration du dysfonctionnement cognitif lié à la dépression

(McIntyre et coll., 2014; Nomikos et coll., 2017; McIntyre et coll., 2016). Dans la plupart des cas, la fluoxétine n'est pas recommandée en raison de sa longue demi-vie biologique, la paroxétine n'est pas recommandée en raison des effets anticholinergiques accrus et les inhibiteurs de la monoamine oxydase de première génération ne sont pas recommandés en raison du risque accru de graves interactions médicament-médicament et médicament-aliment. Les antidépresseurs tricycliques ne doivent être envisagés que comme agents de troisième intention et leurs effets secondaires potentiellement graves doivent être dûment pris en considération.

Plusieurs synthèses systématiques et méta-analyses ont été réalisées depuis la dernière édition des présentes lignes directrices. Dans l'ensemble, les méta-analyses ont relevé que les antidépresseurs sont efficaces pour traiter la dépression gériatrique. Une synthèse systématique et une méta-analyse des antidépresseurs non tricycliques de « deuxième génération » ont révélé que ces médicaments étaient supérieurs au placebo pour le traitement d'un TDM chez les adultes âgés de plus de 60 ans. Le taux de réponse regroupé moyen était de 44,4 % pour les antidépresseurs et de 34,7 % pour le placebo. Les effets thérapeutiques se sont révélés modestes et variaient en fonction de l'étude et du médicament examiné (Nelson et coll., 2008). Il est intéressant de noter l'observation qu'un essai prolongé de 10 à 12 semaines était requis pour voir une réponse chez les personnes âgées. Une méta-analyse de 51 ECR à double insu portant sur les antidépresseurs chez les patients âgés a révélé que toutes les classes d'antidépresseurs (antidépresseurs tricycliques [ATC], inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine [ISRS] et autres antidépresseurs) étaient supérieures au placebo pour provoquer une réponse, bien que les résultats concernant la rémission soient moins solides. Il n'y avait aucune différence de taux de rémission ou de réponse entre les classes d'antidépresseurs. Le nombre de sujets à traiter (NST) était de 14,4 pour obtenir une réponse et de 6,7 pour la rémission (Kok et coll., 2012). L'efficacité de la duloxétine est corroborée par une synthèse systématique et une méta-analyse de 12 essais d'antidépresseurs dans le traitement de la dépression gériatrique majeure, alors que les résultats pour les ISRS sont moins convaincants (Tham et coll., 2016).

MODIFIÉE :

OPTIMISATION DE LA DOSE DE L'ANTIDÉPRESSEUR ET DURÉE DE TRAITEMENT (FRÉQUENCE DU SUIVI)

Lorsqu'il prescrit un antidépresseur, le médecin prévoit initialement un suivi hebdomadaire ou bimensuel (en personne ou virtuellement) 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]

Les lignes directrices de 2006 recommandaient un suivi hebdomadaire après l'instauration d'un traitement antidépresseur. Bien que cette fréquence soit idéale, elle a souvent été jugée irréaliste (p. ex., en milieu de soins primaires et dans de nombreux milieux de soins ambulatoires de santé mentale). Une brève consultation par téléphone peut être utile pour certains patients qui présentent des effets secondaires et pourraient inciter les patients à continuer à prendre leur médicament étant donné que souvent, les effets secondaires initiaux s'estompent.

MODIFIÉE :

TITRATION AND DURATION OF THERAPY (INADEQUATE RESPONSE)

Optimisation de la dose de l'antidépresseur et durée de traitement (réponse inadéquate) :

- de prolonger le traitement pendant 4 semaines, en ajoutant peut-être un autre antidépresseur, du lithium, un antipsychotique (p. ex., aripiprazole) 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'adjonction de lithium reste une option valable mais doit être utilisée avec précaution en raison du risque de toxicité du lithium; le clinicien doit savoir comment faire le suivi du patient prenant du lithium au fil du temps par des investigations cliniques.

REMARQUE : 2006 : l'adjonction d'un antipsychotique n'y apparaissait pas.

L'utilisation de l'antipsychotique atypique aripiprazole a fait l'objet d'études dans les cas de la dépression réfractaire au traitement, et les résultats semblent prometteurs. L'examen post-hoc de 3 ECR portant sur des patients âgés d'entre 18 et 67 ans a montré que l'adjonction d'aripiprazole avait un effet supérieur au placebo pour réduire la dépression et entraîner une rémission dans le sous-groupe de patients âgés d'entre 61 et 67 ans (Steffens et coll., 2011). Un essai comparatif et randomisé avec placebo de l'aripiprazole mené ultérieurement sur des personnes âgées (âge moyen de 66 ans) n'ayant pas répondu à la venlafaxine a révélé que l'adjonction

d'aripiprazole (à une dose quotidienne moyenne de 7 mg) permettait d'obtenir une rémission à une fréquence significativement plus élevée qu'avec le placebo (44 % comparativement à 29 %) (Lenze et coll., 2015). Le NST pour obtenir une rémission sous adjonction d'aripiprazole était de 6. La quétiapine à libération prolongée s'est avérée efficace en monothérapie dans le traitement de la dépression gériatrique (Katila et coll., 2013). Il faut souligner que les médicaments antipsychotiques atypiques présentent d'importants effets secondaires potentiels tels que dyskinésie tardive, akathisie, effets extrapyramidaux et prolongation de l'intervalle QTc et, d'après la documentation sur la démence, peuvent être associés à un risque accru de décès et d'AVC.

Dans une tentative d'obtenir des résultats optimaux, certains spécialistes privilégient une approche faisant appel à un algorithme de traitement, dont un exemple utilisé au Canada a été décrit par Mulsant et ses collègues (2014). Dans leur algorithme, l'antidépresseur de première intention est l'escitalopram, alors que la sertraline et la duloxétine constituent les options de rechange. Pour les patients qui ne répondent pas au traitement, la duloxétine est l'antidépresseur de deuxième intention à privilégier, la venlafaxine et la desvenlafaxine constituant les options de rechange. La duloxétine est favorisée en partie en raison des effets sur la prise en charge de plusieurs syndromes de douleur qui sont assez fréquents chez les personnes âgées. Si un traitement par un ISRS et par un inhibiteur du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) (c.-à-d. absence de réponse malgré un essai adéquat à une dose thérapeutique), l'étape suivante consiste à utiliser l'ATC nortriptyline, avec le bupropion comme option de rechange. Pour les patients obtenant une réponse partielle à un antidépresseur de première ou de deuxième intention (ISRS ou IRSN), l'algorithme recommande l'adjonction soit de lithium, soit d'un antipsychotique atypique. Une solution de rechange consiste à adjoindre la mirtazapine ou le bupropion à l'ISRS ou à l'IRSN.

MODIFIÉE :

SURVEILLANCE DES EFFETS INDÉSIRABLES ET DES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES (SODIUM)

Lorsqu'il prescrit des antidépresseurs de la classe des ISRS ou des IRSN à des personnes âgées, le prescripteur doit rechercher la présence d'antécédents d'hyponatrémie avant de prescrire ces médicaments, dans le cadre du processus de consentement; en présence de tels antécédents, il doit envisager de demander une analyse de la natrémie avant d'entreprendre le traitement par antidépresseur. [C]

Une analyse de la natrémie sérique doit être réalisée de 2 à 4 semaines avant l'instauration d'un traitement par antidépresseur des classes ISRS ou IRSN. Les prescripteurs peuvent envisager de vérifier la natrémie après 2 semaines pour les patients prenant des diurétiques ou ayant des antécédents d'hyponatrémie. Les ATC, le bupropion et la mirtazapine sont associés à un risque plus faible d'hyponatrémie. [C]

Les lignes directrices de 2006 recommandaient de vérifier la natrémie après un mois, surtout si le patient prenait un médicament susceptible de causer de l'hyponatrémie. Des rapports indiquent que l'hyponatrémie se produit souvent dans les deux premières semaines de traitement (Leth-Møller et coll., 2016; Lien, 2018).

L'analyse de 21 études et de plus d'une centaine d'études de cas a révélé un risque relativement accru d'hyponatrémie associé aux ISRS et à la venlafaxine, en particulier lorsqu'on y ajoute les facteurs de risque du patient relatifs à l'hyponatrémie (De Picker et coll., 2014). Les risques associés à la mirtazapine étaient plus faibles. Dans un commentaire récemment publié, la comparaison de quatre études de population a révélé que les ISRS et les IRSN sont les plus susceptibles de causer de l'hyponatrémie chez les personnes âgées, alors que le risque associé aux ATC et à la mirtazapine est plus faible. Des études de cas indiquent également que le bupropion pourrait potentiellement causer de l'hyponatrémie (Lien, 2018).

NOUVELLE :

STIMULATION MAGNÉTIQUE TRANSCRÂNIENNE RÉPÉTITIVE (SMTr)

Nous recommandons la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTr; côté gauche seulement ou bilatérale séquentielle ou SMTr profonde) chez les personnes âgées (> 60 ans) souffrant de dépression unipolaire n'ayant pas présenté de réponse clinique à au moins un essai adéquat d'un antidépresseur. La SMTr n'est pas recommandée pour les patients chez qui un cycle de sismothérapie a échoué ou qui souffrent d'un trouble épileptique. [B]

La SMTr est une méthode de stimulation cérébrale qui fait appel à des pulsations magnétiques, plutôt qu'à un courant électrique, et qui n'induit pas de convulsion. Cette procédure nécessite un stimulateur et une bobine pour produire un champ électromagnétique. Un cycle typique consiste en 5 jours de traitement par semaine sur une période de 4 à 6 semaines. En général, le profil d'effets indésirables de ce traitement est favorable, les effets secondaires courants étant une douleur au cuir chevelu et des maux de tête temporaires. Aucun effet cognitif indésirable lié à l'utilisation de la SMTr n'a été rapporté. En 2008, la FDA a homologué la SMTr comme traitement de la dépression chez les patients qui n'ont pas présenté de réponse clinique à au moins un médicament antidépresseur et qui sont âgés d'au plus 69 ans (Manepalli et coll., 2014).

Malgré le nombre relativement élevé d'études réalisées jusqu'à présent sur la SMTr, il y a peu d'études ayant évalué l'efficacité de cette technique pour traiter spécifiquement la dépression gériatrique réfractaire au traitement. Quelques rapports moins récents laissent entendre que le vieil âge est un prédicteur négatif de la réponse à la SMTr (Figiel et coll., 1998; Fregni et coll., 2006; Manes et coll., 2001; Mosimann et coll., 2002). Cependant, ces études comportaient plusieurs limites importantes : des cycles de traitement courts et des paramètres de stimulation sous-optimaux, notamment en ce qui a trait à l'intensité de la stimulation requise pour surmonter l'atrophie préfrontale qui se produit au cours du vieillissement. Le mécanisme proposé pour expliquer ces résultats négatifs est probablement lié à l'augmentation de la distance entre le cuir chevelu et le cortex chez les aînés (Figiel et coll., 1998). Des analyses d'imagerie (Mosimann et coll., 2004; Kozel et coll., 2000) et une petite étude pilote clinique non comparative (Nahas et coll., 2004) indiquent qu'il pourrait y avoir une corrélation entre l'effet antidépresseur de la SMTr et la distance entre le cuir chevelu et le cortex. Dans leur étude à méthodologie ouverte, Nahas et coll. (2004) ont ajusté l'intensité de la stimulation en fonction de la distance entre le cuir chevelu et le cortex et ont utilisé la superposition d'images de résonance magnétique (IRM) pour cibler le cortex préfrontal dorsolatéral chez 18 sujets âgés. L'intensité moyenne requise était de 114 %, ce qui est significativement plus élevé que l'intensité utilisée dans d'autres essais du traitement réalisés à l'époque. Il est intéressant de noter qu'un ECR plus récent portant sur un échantillon d'aînés souffrant de dépression et

de lésions vasculaires cérébrales a révélé que la SMTr unilatérale à une intensité de 110 % entraînait un taux de rémission modeste mais significatif de 27,3 % (Jorge et coll., 2008).

Les spécialistes de la SMTr en sont venus à utiliser une intensité correspondant à 120 % du seuil d'intensité motrice pour les sujets de tout groupe d'âge; par conséquent, les méta-analyses d'études plus récentes sur la SMTr dans le cortex préfrontal dorsolatéral n'ont pas trouvé que le vieil âge est un prédicteur négatif de réponse clinique (Berlim et coll., 2014; Gross et coll., 2007). Certaines données préliminaires laissent croire que les personnes âgées pourraient présenter une meilleure réponse à la forme bilatérale séquentielle de SMTr dans laquelle la stimulation à basse fréquence (1 Hz) du côté droit est immédiatement suivie par la stimulation à haute fréquence (10 Hz) du côté gauche, à une intensité de stimulation de 120 % (Blumberger et coll., 2012; Blumberger et coll., 2016; Trevizol et coll., 2019). D'autres données indiquent que les personnes âgées pourraient présenter une meilleure réponse lorsque la bobine utilisée produit un plus grand champ électrique induit que la valeur standard de 8 bobines (Levkovitz et coll., 2009). Un essai comparatif mené sur des personnes âgées d'entre 60 et 80 ans a montré que la SMTr profonde entraînait une augmentation statistiquement significative du taux de rémission par rapport au traitement simulé (Kaster et coll., 2018).

La réalisation d'autres études sur la SMTr chez les personnes âgées s'impose étant donné que les paramètres de traitement optimisés ont donné des résultats plus prometteurs que ceux des études antérieures. Des études comparatives portant sur des aînés dans les groupes d'âge plus élevé (c.-à-d. au-delà de 70 ans) sont requises pour confirmer l'efficacité et la tolérabilité du traitement dans ce sous-groupe de personnes âgées. Les personnes âgées pourraient être particulièrement aptes à profiter de la SMTr étant donné que le calendrier de traitement de 5 jours par semaine pourrait mieux s'intégrer à leur horaire quotidien. La SMTr jouit d'une bonne acceptabilité auprès des patients en raison de son profil favorable d'effets secondaires, en particulier l'absence d'effets cognitifs indésirables.

NOUVELLE :

TESTS PHARMACOGÉNÉTIQUES

À l'heure actuelle, nous ne recommandons pas le recours généralisé aux tests pharmacogénétiques chez les personnes âgées souffrant de dépression du troisième âge. Il pourrait être utile pour les patients présentant des effets secondaires graves et récurrents à plusieurs médicaments antidépresseurs de subir un test pharmacogénétique pour déterminer si le métabolisme du CYP450 joue un rôle. [C]

Des résultats récents indiquent que les tests pharmacogénétiques pourraient améliorer l'issue des personnes âgées qui souffrent d'un TDM et chez qui l'essai d'au moins un antidépresseur a échoué. Un essai comparatif, portant sur 206 participants adultes (âgés de 65 ans ou plus) recevant des soins guidés par les tests pharmacogénétiques, a montré une amélioration significative de la réponse clinique et du taux de rémission comparativement aux soins habituels (Forester et coll., 2020).

Toutefois, ces tests sont dispendieux et ne sont pas offerts à grande échelle. Nous ne recommandons pas leur utilisation dans la pratique de tous les jours, bien que les tests pharmacogénétiques puissent être utiles pour certains patients qui sont intolérants à plusieurs antidépresseurs.

MODIFIÉE : POPULATIONS PARTICULIÈRES – DÉMENCE

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

MODIFIÉE : Il existe à l'heure actuelle peu de données probantes pour justifier la recommandation de l'utilisation d'un antidépresseur pour traiter la dépression légère ou modérée chez les patients souffrant de démence. Les interventions comportementales peuvent être utilisées en première intention, alors qu'un médicament antidépresseur pourrait être offert si les symptômes sont graves et persistants, sous réserve que l'efficacité n'est pas bien établie et que des effets secondaires pourraient survenir. [D]

Plusieurs méta-analyses et synthèses systématiques ont examiné l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression chez les patients souffrant de démence. La conclusion de la première synthèse Cochrane parue en 2002 (Bains et coll., 2002) était négative. Cette analyse a été suivie d'une méta-analyse de 5 études qui est arrivée à une conclusion positive et a montré que le NST pour obtenir la rémission était de 5 (Thompson et coll., 2007). Par la suite, 4 autres méta-analyses, dont une autre synthèse Cochrane parue en 2018, ont donné des conclusions négatives (Nelson et coll., 2011, Sepehry et coll., 2012, Orgeta et coll., 2017, Dudas et coll., 2018). Nous suggérons tout de même qu'un médicament antidépresseur peut être offert si les symptômes sont graves et persistants.

NOUVELLE : POPULATIONS PARTICULIÈRES – MALADIE DE PARKINSON

Nous recommandons l'utilisation des ISRS comme traitement de première intention de la dépression chez les patients souffrant de la maladie de Parkinson, et les IRSN comme option de rechange. La TCC peut également être envisagée. [B]

Les lignes directrices de 2006 ne comportaient pas de recommandation au sujet des patients parkinsoniens souffrant de dépression. Une méta-analyse de 20 ECR a comparé la pharmacothérapie, la thérapie comportementale ou la SMTr à un placebo ou à d'autres médicaments ou méthodes. Il y avait 13 essais portant sur des médicaments, dont 9 utilisant un placebo; la plupart des études portaient sur des antidépresseurs. Deux études ont examiné des agonistes de la dopamine alors qu'une autre a examiné la mémantine. Les médicaments antidépresseurs, précisément les ISRS et les IRSN, se sont révélés efficaces. Les médicaments qui ne sont pas des antidépresseurs (p. ex., les agonistes de la dopamine) n'ont pas donné de résultats positifs. La TCC s'est également révélée

bénéfique (Bomasang-Layno et coll., 2015). Une autre méta-analyse a évalué l'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression chez les patients atteints de la maladie de Parkinson comparativement à celle d'un placebo ou aux résultats d'un groupe témoin. Cette méta-analyse portait sur 20 études : 12 étaient des essais comparatifs et randomisés avec placebo et les autres étaient soit des études comparatives ou des études comparant un antidépresseur à l'absence de traitement. Les résultats montrent que les ISRS, les IMAO et les ATC sont efficaces comparativement à un placebo. En général, les antidépresseurs étaient bien tolérés (Mills et coll., 2018). À la lumière de l'efficacité équivalente entre les antidépresseurs, nous recommandons l'utilisation des ISRS ou des IRSN, étant donné qu'ils sont généralement mieux tolérés que les antidépresseurs plus anciens comme les ATC.

MODIFIÉE : POPULATIONS PARTICULIÈRES – DÉPRESSION VASCULAIRE/DÉPRESSION POST-AVC

Il convient d'envisager l'utilisation des ISRS comme traitement de première intention de la dépression post-AVC, sans égard au fait que l'AVC ait été ou non de nature ischémique ou hémorragique. Les traitements de deuxième intention peuvent comprendre les IRSN et la mirtazapine. Le méthylphénidate peut également être envisagé, en particulier chez les patients présentant une apathie importante. [B]

REMARQUE : les lignes directrices de 2006 recommandaient d'éviter la venlafaxine. Il n'y était pas fait mention du méthylphénidate.

Plusieurs méta-analyses ont montré qu'une variété d'antidépresseurs sont supérieurs à un placebo dans le traitement de la dépression post-AVC (Xu et coll., 2016; Deng et coll. 2017; Qin et coll., 2018). Nous privilégions l'utilisation des ISRS en première intention sur la base du risque global d'effets secondaires, bien que ces agents soient associés à un risque accru de saignement lorsqu'ils sont associés à un médicament anti-inflammatoire non stéroïdien (Shin et coll., 2015). Le méthylphénidate pourrait être efficace selon un ECR avec placebo (Grade et coll., 1998).

NOUVELLE :

MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS (MODÈLES DE PARTAGE INTERPROFESSIONNEL DES SOINS)

Les éléments centraux des modèles de traitement de la dépression du troisième âge en milieu de soins primaires fondés sur des données probantes comprennent l'amélioration de l'éducation des patients et l'intégration des membres du personnel interprofessionnel à titre de gestionnaires des soins de la dépression qui évaluent systématiquement et font le suivi clinique des patients à l'aide d'un protocole de soins progressifs. La prescription d'un traitement est donnée par un médecin de soins primaires ou une infirmière praticienne, et comprend une consultation psychiatrique au besoin. Un plan de soins personnalisé doit être élaboré par le biais d'une approche collaborative. [A]

Les interventions qui intègrent les services de santé mentale aux soins primaires ont permis d'accroître le nombre de patients recevant un traitement contre la dépression et d'améliorer la qualité de ce traitement. Les modèles les plus efficaces comportent le dépistage et la surveillance systématiques de la dépression, des équipes interprofessionnelles composées de fournisseurs de soins primaires et de spécialistes de la santé mentale, un gestionnaire des soins de la dépression travaillant directement avec les patients sur une longue période ainsi que l'utilisation d'un traitement contre la dépression fondé sur les lignes directrices (Bruce et Sirey, 2018). Trois grandes études (PRISM-E, IMPACT et PROSPECT) ont montré l'efficacité des approches intégrées pour les soins des personnes âgées. Thota et ses collègues (2012) ont procédé à un examen approfondi et à une méta-analyse du recours aux soins interprofessionnels pour améliorer la prise en charge des troubles dépressifs dans plusieurs populations de patients. Les résultats de leur méta-analyse font état de données probantes solides étayant l'efficacité des soins interprofessionnels pour améliorer les symptômes dépressifs, la fidélité au traitement, la réponse au traitement, la rémission des symptômes, le rétablissement des symptômes, la qualité de vie et le statut fonctionnel de même que la satisfaction envers les soins des patients ayant reçu un diagnostic de dépression.

NOUVELLE :

MODÈLES DE PRESTATION DES SOINS (SOINS VIRTUELS)

Pour optimiser l'accès aux services cliniques, il faudrait offrir des options de soins virtuels adaptées aux aînés (p. ex., par visioconférence). Les patients âgés devraient avoir accès à l'équipement et au soutien appropriés pour s'assurer de pouvoir communiquer efficacement et optimiser les consultations de soins virtuelles. [C]

Le recours à la télépsychiatrie pour prodiguer des soins aux personnes âgées s'est révélé faisable et efficace (Conn et coll., 2013; Ramos-Ríos et coll., 2012). Une synthèse systématique d'études a montré que la prestation de soins de télésanté était faisable et bien acceptée pour les consultations avec des patients hospitalisés ou en centre d'accueil et d'hébergement, les tests cognitifs, le diagnostic de la démence et le traitement de la dépression dans le cadre de systèmes de soins intégrés et interprofessionnels et de la psychothérapie (Gentry et coll., 2019). Cependant, le recours à la télépsychiatrie au Canada n'était pas très répandu avant la pandémie de COVID-19. À partir de ce moment, le recours à des méthodes de soins virtuelles s'est considérablement accru dans de nombreux secteurs des soins de santé. Bon nombre de personnes âgées sont souvent désavantagées en raison de leur aptitude limitée à utiliser les nouvelles technologies. De ce fait, nous sommes fortement en faveur d'options de soins virtuels adaptées aux aînés grâce à de l'équipement et à du soutien appropriés.

4. Résumé des recommandations de 2006 avec les recommandations nouvelles et mises à jour de 2021

PRÉVENTION

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS NOUVELLES OU MISES À JOUR EN 2021
	Diverses interventions visant à réduire l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées ont permis de diminuer les symptômes dépressifs en plus de la solitude. Ces interventions étaient principalement des thérapies de groupe dans des milieux de soins de longue durée. Elles comprennent la thérapie par la réminiscence, les programmes d'exercice physique, les visioconférences avec la famille, l'hortithérapie et les groupes sociaux sexospécifiques. [B]
	La prescription sociale, définie comme étant « un moyen de permettre aux services de soins primaires d'orienter les patients ayant des besoins sociaux, émotionnels ou pratiques vers une gamme de services non cliniques locaux, souvent fournis par le secteur bénévole et communautaire », peut entraîner une réduction des symptômes dépressifs chez les personnes âgées souffrant de symptômes dépressifs légers ou modérés, d'isolement social ou de solitude. [C]
	Un protocole de soins progressifs (ex. : observation vigilante, bibliothérapie fondée sur la thérapie cognitivo-comportementale [TCC], thérapie par la résolution de problèmes et orientation vers les soins primaires pour un traitement antidépresseur) peut réduire l'incidence des troubles dépressifs et anxieux chez les personnes âgées résidant dans la communauté souffrant de dépression ou d'anxiété infraliminaire. [B]
	Un degré accru d'activité physique est systématiquement associé à une probabilité réduite de souffrir de dépression dans le futur. Ce résultat est observé dans tous les groupes d'âge, y compris les personnes âgées. Les cliniciens devraient inciter leurs patients ayant un faible degré d'activité physique à être plus actifs. Les cliniciens ont à leur disposition des outils pour aider les patients à établir des objectifs de santé (p. ex., Fontaine de la santé). [B]
Les campagnes d'éducation publique devraient insister sur la prévention de la dépression et du suicide chez la personne âgée. [D]	Inchangée

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

Recommandations : Dépistage et évaluation – Facteurs de risque

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Inchangée
<p>On recommande le dépistage systématique de la dépression chez la personne âgée qui se retrouve dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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] 	Essentiellement inchangée, mais soulignons que l'exclusion de la dépression dans les deux premiers mois après la perte et pendant le deuil a été retirée de la 5 ^e édition du manuel <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)</i> .

Recommandations : Dépistage et évaluation – Dépistage et outils de dépistage

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Inchangée
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]	Inchangée
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, <i>Geriatric Depression Scale</i>), l'échelle d'autoévaluation SELFCARE, et l'évaluation sommaire de la personne âgée (BASDEC, <i>Brief Assessment Schedule Depression Cards</i>) pour le malade hospitalisé. [B]	Nous recommandons l'usage de l'échelle GDS or du questionnaire sur l'état de santé du patient (<i>Patient Health Questionnaire-9 [PHQ-9]</i>). [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]	Inchangée

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION (SUITE)

Recommandations : Dépistage et évaluation – Évaluation des cas identifiés lors du dépistage

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>Si le dépistage indique la présence probable d'une dépression, une évaluation bio-psycho-sociale exhaustive est indiquée. Celle-ci inclura :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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] 	<p>Aucun changement sauf pour la nouvelle version du DSM (DSM-5).</p>
<p>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]</p>	<p>Inchangée</p>

Recommandations : Dépistage et évaluation – Évaluation du risque de suicide

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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]</p>	<p>Inchangée</p>

TRAITEMENT SELON LE TYPE DE DÉPRESSION ET SA SÉVÉRITÉ

Recommandation : Traitement du trouble d'adaptation avec humeur dépressive

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Aucun changement sauf pour la nouvelle version du DSM (DSM-5).

Recommandations : Traitement du trouble dépressif mineur

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
L'épisode dépressif mineur de moins de 4 semaines est traité par une psychothérapie de soutien ou des interventions psychosociales. [D]	Inchangée
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]	Inchangée

Recommandations : Traitement du trouble dépressif dysthymique – Trouble dépressif persistant

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
Le traitement du trouble dysthymique englobe une pharmacothérapie pouvant être accompagnée d'une psychothérapie et la réponse clinique est réévaluée de façon périodique. [B]	Les cliniciens peuvent envisager des méthodes non pharmacologiques comme traitement de première intention du trouble dépressif persistant, une pharmacothérapie étant recommandée pour les patients présentant des symptômes qui persistent ou qui s'aggravent malgré les interventions psychosociales. [C]
Si le patient refuse l'antidépresseur proposé, la psychothérapie représente le seul traitement possible. Son efficacité doit être réévaluée périodiquement. [D]	Inchangée

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

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
La dépression unipolaire majeure, de gravité légère ou modérée, est traitée par un antidépresseur, une psychothérapie ou une combinaison de ces deux modalités. [A]	Inchangée

TRAITEMENT SELON LE TYPE DE DÉPRESSION ET SA SÉVÉRITÉ (SUITE)

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

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Inchangée
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]	La sismothérapie est envisagée pour le traitement des patients âgés souffrant de dépression unipolaire grave et ayant déjà présenté une bonne réponse à un cycle de sismothérapie ou n'ayant pas répondu à un essai adéquat ou plus d'un traitement antidépresseur en association avec la psychothérapie, en particulier si l'état de santé du patient s'est détérioré à cause de la dépression. La sismothérapie est un traitement de première intention pour les patients âgés dépressifs qui présentent un risque élevé de conséquences défavorables, c'est-à-dire ceux qui ont des idées ou des intentions suicidaires, souffrent d'une maladie physique grave ou présentent des signes psychotiques. [A] La sismothérapie peut également s'avérer utile comme traitement de continuation ou d'entretien chez les patients âgés présentant une réponse partielle, une résistance ou une intolérance à la pharmacothérapie pendant la phase aiguë de traitement. [B]

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

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
En l'absence de contre-indications particulière et selon la disponibilité, la sismothérapie doit être proposée comme traitement de la dépression psychotique. Sinon, une combinaison d'un antidépresseur et d'un antipsychotique doit être prescrite. Il faut proposer l'ECT si cette combinaison n'est pas efficace (p. ex., mal tolérée, aucune amélioration d'un minimum de symptômes dans les 4 à 8 semaines de traitement, ou absence de rémission malgré une optimisation de la dose et de la durée du traitement sur plus de 8 à 12 semaines). Il faut également envisager l'ECT si des conséquences graves pour la santé (p. ex., suicide, troubles métaboliques) sont imminentes parce que le traitement pharmacologique a été mal toléré ou n'apporte pas les améliorations nécessaires assez rapidement. [D]	Récemment, de nouveaux essais cliniques comparatifs avec placebo ont fait état de l'utilisation sécuritaire et efficace de l'association de médicaments antidépresseurs et antipsychotiques dans le traitement du TDM avec éléments psychotiques. Nous recommandons donc que les cliniciens utilisent leur jugement en fonction de la gravité de l'épisode et de l'état physique du patient pour essayer en premier lieu la pharmacothérapie d'association. La sismothérapie devrait être envisagée après 4 à 8 semaines si le traitement d'association échoue ou est mal toléré ou si des conséquences graves pour la santé du patient surviennent. [B]

TRAITEMENT SELON LE TYPE DE DÉPRESSION ET SA SÉVÉRITÉ (SUITE)

Recommandation : Acheminement vers les services psychiatriques

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>Le clinicien devrait acheminer vers les services psychiatriques les personnes âgées souffrant des troubles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépression psychotique • maladie affective bipolaire • dépression accompagnée d'idées ou d'intention suicidaires. <p>En outre, le transfert peut s'avérer bénéfique dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépression accompagnée de toxicomanie • épisode dépressif majeur, grave • dépression accompagnée de démence [D] 	<p>Modification de la terminologie de « dépression accompagnée de toxicomanie » à « dépression accompagnée d'un trouble lié à l'utilisation de substances psychoactives ».</p>

Recommandations : Stimulation magnétique transcrânienne

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
	<p>Nous recommandons la SMTr (côté gauche seulement ou bilatérale séquentielle ou SMTr profonde) chez les personnes âgées (> 60 ans) souffrant de dépression unipolaire n'ayant pas présenté de réponse clinique à au moins un essai adéquat d'un antidépresseur. La SMTr n'est pas recommandée pour les patients chez qui un cycle de sismothérapie a échoué ou qui souffrent d'un trouble épileptique. [B]</p>

Recommandations : Tests pharmacogénétiques

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
	<p>À l'heure actuelle, nous ne recommandons pas le recours généralisé aux tests pharmacogénétiques chez les personnes âgées souffrant de dépression du troisième âge. Il pourrait être utile pour les patients présentant des effets secondaires graves et récurrents à plusieurs médicaments antidépresseurs de subir un test pharmacogénétique pour déterminer si le métabolisme du CYP450 joue un rôle. [C]</p>

TRAITEMENT SELON LE TYPE DE DÉPRESSION ET SA SÉVÉRITÉ (SUITE)

Recommandations : Psychothérapies et interventions psychosociales

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>Tous les patients souffrant de dépression devraient bénéficier de soins de soutien. [B]</p> <p>Une psychothérapie ou des interventions psychosociales devraient être offertes dans le traitement des troubles dysthymiques, de dépression mineure ou de symptômes dépressifs causés par une réaction de deuil normale. [B]</p>	<p>Les psychothérapies et/ou les traitements psychosociaux doivent être offerts aux personnes âgées souffrant de dépression (symptômes ou trouble) dans tous les milieux (communautaire, hospitalier, soins de longue durée). [A]</p>
<p>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 réminiscence. [A]</p>	<p>Les psychothérapies ayant le plus de données probantes à l'appui de leur efficacité sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC; individuelle et de groupe) et la thérapie par la résolution de problèmes (TRP). La TRP peut être offerte aux personnes âgées souffrant d'un déclin cognitif et d'un dysfonctionnement exécutif. La TCC et la TRP ont également fait l'objet d'études sur les personnes âgées souffrant d'un problème médical comorbide. [B]</p> <p>Des données probantes appuient également le recours à la thérapie comportementale, à l'activation comportementale, à la réminiscence et à d'autres psychothérapies telles que la psychothérapie psychodynamique et la psychothérapie interpersonnelle. [B]</p> <p>Les thérapies prodiguées par Internet peuvent être comparables à une thérapie en personne et peuvent améliorer l'accès à ces services pour les personnes vivant dans une région mal desservie ou présentant des problèmes de mobilité. [C]</p>
	<p>Nouvelle :</p> <p>Des résultats prometteurs montrent que l'exercice et les interventions ciblant le corps et l'esprit (p. ex., tai-chi, yoga, diminution du stress basée sur la pleine conscience), utilisées seules ou en association avec d'autres thérapies, peuvent atténuer les symptômes dépressifs chez les personnes du troisième âge. L'activité physique sous forme d'exercice constitue une importante méthode non pharmacologique d'amélioration de l'humeur chez les personnes âgées. Les cliniciens doivent se servir de leur jugement dans la recommandation du type d'exercice et de la durée, en tenant compte de la présence d'états comorbides, de la capacité physique et du degré de motivation. [B]</p>
<p>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]</p> <p>Une combinaison de psychothérapie et d'un antidépresseur doit être disponible dans le traitement de la dépression majeure grave, chronique ou récurrente. [A]</p>	<p>Inchangée</p>

TRAITEMENT SELON LE TYPE DE DÉPRESSION ET SA SÉVÉRITÉ (SUITE)

Recommandations : Psychothérapies et interventions psychosociales (suite)

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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]</p>	Inchangée
<p>Les équipes en santé mentale oeuvrant 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]</p>	Inchangée

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Recommandations : Choix de l'antidépresseur (voir également la section qui suit)

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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]</p>	Inchangée
<p>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. [B]</p>	Inchangée
<p>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. Les cliniciens doivent éviter l'utilisation de benzodiazépines pour le traitement des symptômes dépressifs chez les patients âgés. [B]</p>	Inchangée

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (SUITE)

Recommandations : Surveillance des effets indésirables et des interactions médicamenteuses

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Nous recommandons que les cliniciens envisagent l'utilisation de la duloxétine ou de la sertraline comme médicament de première intention pour le traitement d'un épisode aigu de dépression majeure chez les personnes âgées. Les autres options comprennent l'escitalopram et le citalopram étant donné la faible possibilité d'interactions médicamenteuses, mais les préoccupations liées à l'intervalle QTc inciteraient à restreindre la dose à une concentration sous-thérapeutique. [A]
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]	Nous suggérons aux cliniciens de choisir l'antidépresseur qui présente le plus faible risque d'effets secondaires anticholinergiques et d'interactions médicamenteuses et dont l'usage est relativement sécuritaire en présence d'un trouble cardiovasculaire comorbide. Les patients doivent faire l'objet d'une surveillance attentive pour vérifier le respect du traitement pharmacologique, l'usage de substances psychoactives, la présence d'idées suicidaires et l'apparition d'une toxicité médicamenteuse. [D]
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]	Inchangée
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]	Inchangée
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 ATC ne doivent être envisagés que comme agents de troisième intention et les effets secondaires potentiellement graves doivent être dûment pris en considération. [C]
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]	Les effets secondaires des ATC sont entre autres : hypotension orthostatique (chute/fracture), troubles de conduction cardiaque, effets anticholinergiques (délirium, sécheresse buccale, rétention urinaire, constipation). Si un ATC est utilisé, la nortriptyline et la désipramine causent le moins d'effets anticholinergiques. [D]

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (SUITE)

Recommandations : Surveillance des effets indésirables et des interactions médicamenteuses (suite)

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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]</p> <p>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]</p>	<p>Lorsqu'il prescrit des antidépresseurs de la classe des ISRS ou des IRSN à des personnes âgées, le prescripteur doit rechercher la présence d'antécédents d'hyponatrémie avant de prescrire ces médicaments, dans le cadre du processus de consentement; en présence de tels antécédents, il doit envisager de demander une analyse de la natrémie avant d'entreprendre le traitement par antidépresseur. [C]</p> <p>Une analyse de la natrémie sérique doit être réalisée de 2 à 4 semaines avant l'instauration d'un traitement par antidépresseur des classes ISRS ou IRSN. Les prescripteurs peuvent envisager de vérifier la natrémie après 2 semaines pour les patients prenant des diurétiques ou ayant des antécédents d'hyponatrémie. Les ATC, le bupropion et la mirtazapine sont associés un risque plus faible d'hyponatrémie. [C]</p>

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

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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]</p>	<p>Lorsqu'il prescrit un antidépresseur, le médecin prévoit initialement un suivi hebdomadaire ou bimensuel (en personne ou virtuellement) 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]</p>
<p>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]</p>	<p>Inchangée</p>
<p>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]</p>	<p>Inchangée</p>

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (SUITE)**Recommandations : Optimisation de la dose de l'antidépresseur et durée de traitement (suite)**

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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] 	Inchangée
<p>Si, à la suite d'un essai valable, le clinicien constate une nette amélioration mais pas de rémission complète, il envisage les options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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] 	<p>Si, à la suite d'un essai valable, le clinicien constate une nette amélioration mais pas de rémission complète, il envisage les options suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de prolonger le traitement pendant 4 semaines, en ajoutant peut-être un autre antidépresseur, du lithium, un antipsychotique (p. ex., aripiprazole) 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. • l'adjonction de lithium reste une option valable mais doit être utilisée avec précaution en raison du risque de toxicité du lithium. Le clinicien doit savoir comment faire le suivi du patient prenant du lithium au fil du temps par des investigations cliniques. [C]
<p>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]</p>	Inchangée
<p>Les stratégies d'augmentation de la dose nécessitent la supervision de médecins expérimentés. [D]</p>	Inchangée
<p>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]</p>	<p>La fluoxétine n'est pas recommandée en raison de sa longue demi-vie biologique, la paroxétine n'est pas recommandée en raison des effets anticholinergiques accrus et les IMAO de première génération ne sont pas recommandés en raison du risque accru de graves interactions médicament-médicament ou médicament-aliment. [D]</p>
<p>Les antidépresseurs, particulièrement les ISRS, ne doivent pas être cessés brusquement, mais progressivement sur une période de 7 à 10 jours. [C]</p>	Inchangée

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (SUITE)

Recommandations : Surveillance et traitement de longue durée

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Inchangée
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]	Inchangée
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]	Inchangée
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]	Inchangée
En cas de rechute ou de rémission incomplète, l'ajout d'une psychothérapie jugée efficace constitue une option thérapeutique valable. [B]	Inchangée
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]	On conseille fortement aux cliniciens d'évaluer le respect du traitement médicamenteux comme première étape de prise en charge d'une réponse partielle ou d'une dépression réfractaire au traitement. Les autres facteurs à prendre en considération sont la consommation d'alcool, de substances psychoactives ou de médicaments qui pourraient favoriser l'apparition de symptômes dépressifs. Il faut passer en revue les problèmes médicaux, en particulier la possibilité d'hyponatrémie induite par l'antidépresseur. Le diagnostic de travail doit également être réévalué. La sismothérapie peut également s'avérer utile comme traitement de continuation ou d'entretien chez les patients âgés présentant une réponse partielle, une résistance ou une intolérance à la pharmacothérapie pendant la phase aiguë de traitement. [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]	Inchangée
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]	Inchangée

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (SUITE)

Recommandations : Surveillance et traitement de longue durée (suite)

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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.</p> <p>La décision de maintenir ou de cesser le traitement antidépresseur dépend de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la durée de la rémission e.x. 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] 	Inchangée

Recommandations : Éducation

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>Du contenu spécialisé traitant de l'évaluation et du traitement de la dépression chez les personnes âgées devrait faire partie des programmes d'éducation de base et d'éducation continue de tous les professionnels de la santé. [D]</p>	<p>Du contenu spécialisé traitant de la prévention, de l'évaluation et du traitement de la dépression chez les personnes âgées devrait faire partie des programmes d'éducation de base et d'éducation continue de tous les professionnels de la santé. [D]</p>
<p>Une formation spécialisée en santé mentale de la personne âgée devrait être offerte aux dispensateurs de soins oeuvrant auprès de personnes âgées souffrant de dépression. [D]</p>	Inchangée
<p>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]</p>	Inchangée
<p>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]</p>	Inchangée

POPULATIONS PARTICULIÈRES

Recommandations : Populations particulières – Maladie bipolaire

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Inchangée
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]	Inchangée
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]	Inchangée
La prescription d'un thymoleptique nécessite un suivi à court et long terme afin de déceler les effets indésirables. [B]	Les patients prenant un stabilisateur de l'humeur, quel qu'il soit, doivent faire l'objet d'un suivi au fil du temps pour déceler l'apparition possible d'effets indésirables à court terme ou à long terme. Dans les cas où le lithium est utilisé, le patient, sa famille et l'équipe de soins doivent comprendre les facteurs qui peuvent augmenter le taux de lithium et entraîner une toxicité potentielle. Le lithium peut provoquer une hypothyroïdie, une hypercalcémie par le biais d'une hyperparathyroïdie et un dysfonctionnement rénal. Le clinicien doit surveiller périodiquement le patient prenant du lithium, entre autres par des analyses de laboratoire. [B]

Recommandations : Populations particulières – Démence

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
Face à des symptômes dépressifs légers ou de courte durée, on offre d'abord des interventions psychosociales de soutien. [D]	Inchangée
Dans les cas de dépression majeure associée à la démence, le traitement médicamenteux est recommandé. [B]	Il existe peu de données probantes pour justifier la recommandation de l'utilisation d'un antidépresseur pour traiter la dépression légère ou modérée chez les patients souffrant de démence. Les interventions comportementales peuvent être utilisées en première intention, alors qu'un médicament antidépresseur pourrait être offert si les symptômes sont graves et persistants, sous réserve que l'efficacité n'est pas bien établie et que des effets secondaires pourraient survenir. [D]

POPULATIONS PARTICULIÈRES (SUITE)

Recommandations : Populations particulières – Démence (suite)

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous recommandons l'utilisation de la duloxétine et de la sertraline comme antidépresseurs de première intention, tout en reconnaissant que l'utilisation d'autres antidépresseurs est également appropriée. La restriction de l'exposition aux propriétés anticholinergiques demeure un important facteur à prendre en considération chez les patients souffrant à la fois de démence et de dépression.
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]	Inchangée
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]	Inchangée

Recommandations : Populations particulières – Dépression vasculaire/dépression post-AVC

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
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]	Inchangée
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] ((Évitez les antidépresseurs aux propriétés anticholinergiques importantes et ceux qui peuvent provoquer une hypertension ou une hypotension grave.)	Il convient d'envisager l'utilisation des ISRS comme traitement de première intention de la dépression post-AVC, que l'AVC ait été ou non de nature ischémique ou hémorragique. Les traitements de deuxième intention peuvent comprendre les IRSN et la mirtazapine. Le méthylphénidate peut également être envisagé, en particulier chez les patients présentant une apathie importante. [B]

Recommandations : Populations particulières – Maladie de Parkinson

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
	Nous recommandons l'utilisation des ISRS comme traitement de première intention de la dépression chez les patients souffrant de la maladie de Parkinson, et les IRSN comme option de rechange [B] . La TCC peut également être envisagée. [B]

SYSTÈMES DE SOINS

Recommandations : Systèmes de soins

RECOMMANDATIONS DE 2006	RECOMMANDATIONS MISES À JOUR EN 2021
<p>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.</p> <p>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]</p>	Inchangée
<p>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]</p>	Inchangée
	<p>Nouvelle : Les éléments centraux des modèles de traitement de la dépression du troisième âge en milieu de soins primaires fondés sur des données probantes comprennent l'amélioration de l'éducation des patients et l'intégration des membres du personnel interprofessionnel à titre de gestionnaires des soins de la dépression qui évaluent systématiquement et font le suivi clinique des patients à l'aide d'un protocole de soins progressifs. La prescription d'un traitement est donnée par un médecin de soins primaires ou une infirmière praticienne, et comprend une consultation psychiatrique au besoin. Un plan de soins personnalisé doit être élaboré par le biais d'une approche collaborative. [A]</p>
	<p>Nouvelle : Pour optimiser l'accès aux services cliniques, il faudrait offrir des options de soins virtuels adaptées aux aînés (p. ex., par visioconférence). Les patients âgés devraient avoir accès à l'équipement et au soutien appropriés pour s'assurer de pouvoir communiquer efficacement et optimiser les consultations de soins virtuelles. [C]</p>

5. Références

- Age U.K. (2011). Social prescribing. A model for partnership working between primary care and the voluntary sector. *Age Concern, Yorkshire & Humber, Bradford*.
- Alliance pour des communautés en santé (2020). *Rx : Communauté – Rapport final sur la prescription sociale en Ontario*.
- Bains, J., Birks, J., & Dening, T. (2002). Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Syst Rev*, (4).
- Berlim MT, van den Eynde F, Tovar-Perdomo S, & Daskalakis Z J. (2014) Response, remission and drop-out rates following high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for treating major depression: a systematic review and meta-analysis of randomized, double-blind and sham-controlled trials. *Psychol Med*, 44(2), 225-39.
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4).
- Bland, R., & Darlington, Y. (2002). The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. *Perspect in Psychiatr Care*, 38(2), 61-68.
- Blumberger D. M., Mulsant B. H., Fitzgerald P. B., ... & Z. J. Daskalakis. (2012). A randomized double-blind sham-controlled comparison of unilateral and bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant major depression. *World J Biol Psychiatry*, 13(6), 423-35.
- Blumberger, D. M., Maller, J. J., Thomson, L., Mulsant, B. H., Rajji, T. K., Maher, M., ... & Daskalakis, Z. J. (2016). Unilateral and bilateral MRI-targeted repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant depression: a randomized controlled study. *J Psychiatry Neurosci*, 41(4), E58.
- Bomasang-Layno, E., Fadlon, I., Murray, A. N., & Himelhoch, S. (2015). Antidepressive treatments for Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism Relat Disord*, 21(8), 833-842.
- Bruce, M. L., & Sirey, J. A. (2018). Integrated care for depression in older primary care patients. *Can J Psychiatry*, 63(7), 439-446.
- Cassidy, K. L., Vallis, M., Conn, D., Massie, A. S., Checkland, C., Parsons, D., ... & Rabheru, K. (2020). Comparing a clinician-assisted and app-supported behavioral activation intervention to promote brain health and well-being in frontline care. *Intl Psychogeriatrics*, 1-11.
- Catalan-Matamoros, D., Gomez-Conesa, A., Stubbs, B., & Vancampfort, D. (2016). Exercise improves depressive symptoms in older adults: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res*, 244, 202-209.
- Cheavens, J. S., Feldman, D. B., Gum, A., Michael, S. T., & Snyder, C. R. (2006). Hope therapy in a community sample: A pilot investigation. *Soc Indic Res*, 77(1), 61-78.
- Chiang, K.-J., Chu, H., Chang, H.-J., Chung, M.-H., Chen, C.-H., Chiou, H.-Y., & Chou, K.-R. (2010). The effects of reminiscence therapy on psychological well-being, depression, and loneliness among the institutionalized aged. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25(4), 380-388.
- Conn, D. K., Madan, R., Lam, J., Patterson, T., & Skirten, S. (2013). Program evaluation of a telepsychiatry service for older adults connecting a university-affiliated geriatric center to a rural psychogeriatric outreach service in Northwest Ontario, Canada. *Int Psychogeriatr*, 25(11), 1795.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int Journal Geriatr Psychiatry*, 21(12), 1139-1149.
- Cuijpers, P., Ebert, D. D., Acarturk, C., Andersson, G., & Cristea, I. A. (2016). Personalized psychotherapy for adult depression: A meta-analytic review. *Behav Ther*, 47(6), 966-980.
- De Picker, L., Van Den Eede, F., Dumont, G., Moorkens, G., & Sabbe, B. G. (2014). Antidepressants and the risk of hyponatremia: a class-by-class review of literature. *Psychosomatics*, 55(6), 536-547.
- Deng, L., Sun, X., Qiu, S., Xiong, Y., Li, Y., Wang, L., ... & Liu, M. (2017). Interventions for management of post-stroke depression: A Bayesian network meta-analysis of 23 randomized controlled trials. *Sci Rep*, 7(1), 1-12.
- Dias, A., Azariah, F., Anderson, S. J., Sequeira, M., Cohen, A., Morse, J. Q., ... & Reynolds, C. F. (2019). Effect of a lay counselor intervention on prevention of major depression in older adults living in low-and middle-income countries: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 13-20.
- Dudas, R., Malouf, R., McCleery, J., & Dening, T. (2018). Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Syst Rev*, (8).
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *Am Psychol*, 69(2), 153.
- Figiel, G. S., Epstein, C., McDonald, W. M., Amazon-Leece, J., Figiel, L., Saldivia, A., & Glover, S. (1998). The use of rapid-rate transcranial magnetic stimulation (rTMS) in refractory depressed patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 10(1), 20-25.

- Forester, B. P., Parikh, S. V., Weisenbach, S., Ajilore, O., Vahia, I., Rothschild, A. J., Thase, M. E., Dunlop, B. W., DeBattista, C., Conway, C. R., Shelton, R. C., Macaluso, M., Li, J., Traxler, P., Logan, J., Brown, L., Dechairo, B., & Greden, J. F. (2020). Combinatorial Pharmacogenomic Testing Improves Outcomes for Older Adults With Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 28(9), 933–945.
- Franck, L., Molyneux, N., & Parkinson, L. (2016). Systematic review of interventions addressing social isolation and depression in aged care clients. *Qual Life Res*, 25(6), 1395-1407. doi: 10. 1007/s11136-015-1197-y
- Fregni, F., Marcolin, M.A., Myczkowski, M., Amiaz, R., Hasey, G., Rumi, D. O., ... & Pascual-Leone, A. 2006. Predictors of antidepressant response in clinical trials of transcranial magnetic stimulation. *Int J Neuropsychopharmacol*, 9(6):641-54.
- Friedli, L. & Watson, S. (2004). *Social prescribing for mental health*. Durham: Northern Centre for Mental Health.
- Gentry, M. T., Lapid, M. I., & Rummans, T. A. (2019). Geriatric telepsychiatry: systematic review and policy considerations. *Am J Geriatr Psychiatry*, 27(2), 109-127.
- Gough, A., Cassidy, B., Rabheru, K., Conn, D., Canales, D. D., & Cassidy, K. L. (2019). The Fountain of Health: effective health promotion knowledge transfer in individual primary care and group community-based formats. *Int Psychogeriatr*, 31(2), 173-180.
- Grade, C., Redford, B., Chrostowski, J., Toussaint, L., & Blackwell, B. (1998). Methylphenidate in early poststroke recovery: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Phys Med Rehab*, 79(9), 1047-1050.
- Gross M, Nakamura L, Pascual-Leone A, Fregni F. Has repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) treatment for depression improved? A systematic review and meta-analysis comparing the recent vs. the earlier rTMS studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116(3):165-73.
- Jeyantham, K., Kotecha, D., Thanki, D., Dekker, R., & Lane, D. A. (2017). Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart Fail Rev*, 22(6), 731-741.
- Jonsson, U., Bertilsson, G., Allard, P., Gyllensvärd, H., Söderlund, A., Tham, A., & Andersson, G. (2016). Psychological treatment of depression in people aged 65 years and over: A systematic review of efficacy, safety, and cost-effectiveness. *PLoS one*, 11(8), e0160859.
- Jorge RE, Moser DJ, Acion L, Robinson RG. (2008). Treatment of vascular depression using repetitive transcranial magnetic stimulation. *Arch Gen Psychiatry*, 65(3), 268-76.
- Kaster, T. S., Daskalakis, Z. J., Noda, Y., Knyahnytska, Y., Downar, J., Rajji, T. K., ... & Blumberger, D. M. (2018). Efficacy, tolerability, and cognitive effects of deep transcranial magnetic stimulation for late-life depression: a prospective randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, 43(11), 2231-2238.
- Katila, H., Mezhebovsky, I., Mulroy, A., Berggren, L., Eriksson, H., Earley, W., & Datto, C. (2013). Randomized, double-blind study of the efficacy and tolerability of extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in elderly patients with major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*, 21(8), 769-784.
- Kirkham, J. G., Choi, N., & Seitz, D. P. (2016). Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 31(5), 526-535.
- Kok, R. M., Nolen, W. A., & Heeren, T. J. (2012). Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. *J Affect Disord*, 141(2-3), 103-115.
- Kozel, F. A., Nahas, Z., deBrux, C., Molloy, M., Lorberbaum, J. P., Bohning, D., ... & George, M. S. (2000). How Coil-Cortex Distance Relates to Age, Motor Threshold, and Antidepressant Response to Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 12(3), 376-384.
- Kwon, P., Birrueta, M., Faust, E., & Brown, E. R. (2015). The role of hope in preventive interventions. *Soc Personal Psychol Compass*, 9(12), 696-704.
- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Blumberger, D. M., Karp, J. F., Newcomer, J. W., Anderson, S. J., ... & Reynolds III, C. F. (2015). Efficacy, safety, and tolerability of augmentation pharmacotherapy with aripiprazole for treatment-resistant depression in late life: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 386(10011), 2404-2412.
- Leth-Møller, K. B., Hansen, A. H., Torstensson, M., Andersen, S. E., Ødum, L., Gislason, G., ... & Holm, E. A. (2016). Antidepressants and the risk of hyponatremia: a Danish register-based population study. *BMJ Open*, 6(5).
- Levkovitz Y., Harel E. V., Roth Y., Braw, Y., Most, D., Katz, L. N., ... & Zangen, A. (2009). Deep transcranial magnetic stimulation over the prefrontal cortex: evaluation of antidepressant and cognitive effects in depressive patients. *Brain Stimul*, 2(4):188-200.
- Li, P., Guo, Y. J., Tang, Q., & Yang, L. (2018). Effectiveness of nursing intervention for increasing hope in patients with cancer: a meta-analysis. *Rev Lat Am Enfermagem*, 26.
- Lien, Y. H. H. (2018). Antidepressants and hyponatremia. *Am J Med*, 131(1), 7-8.

- Manepalli, J., Sapkota, N. (2014). Neuromodulation therapies in the elderly depressed patient. *Curr Geriatr Rep*, 3(4), 229-236.
- McIntyre, R. S., Lophaven, S., & Olsen, C. K. (2014). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of vortioxetine on cognitive function in depressed adults. *Int J Neuropsychopharmacol*, 17(10), 1557-1567.
- McIntyre, R. S., Harrison, J., Loft, H., Jacobson, W., & Olsen, C. K. (2016). The effects of vortioxetine on cognitive function in patients with major depressive disorder: a meta-analysis of three randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol*, 19(10), pyw055.
- Meyers, B. S., Flint, A. J., Rothschild, A. J., Mulsant, B. H., Whyte, E. M., Peasley-Miklus, C., ... & Heo, M. (2009). A double-blind randomized controlled trial of olanzapine plus sertraline vs olanzapine plus placebo for psychotic depression: the study of pharmacotherapy of psychotic depression (STOP-PD). *Arch Gen Psychiatry*, 66(8), 838-847.
- Mills, K. A., Greene, M. C., Dezube, R., Goodson, C., Karmarkar, T., & Pontone, G. M. (2018). Efficacy and tolerability of antidepressants in Parkinson's disease: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*, 33(4), 642-651.
- Moffatt, S., Steer, M., Lawson, S., Penn, L., & O'Brien, N. (2017). Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*, 7(7), e015203.
- Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 12(1), 100-105.
- Manes, F., Jorge, R., Morcuende, M., Yamada, T., Paradiso, S., Robinson, R. G. (2001). A controlled study of repetitive transcranial magnetic stimulation as a treatment of depression in the elderly. *Int Psychogeriatr*, 13(2):225-31.
- Mosimann, U. P., Marre, S. C., Werlen, S., Schmitt, W., Hess, C.W., Fisch, H. U., Schlaepfer, T. E. (2002). Antidepressant effects of repetitive transcranial magnetic stimulation in the elderly: correlation between effect size and coil-cortex distance. *Arch Gen Psychiatry*, 59(6), 560-1.
- Mosimann, U. P., Schmitt, W., Greenberg, B.D., Kosel, M., Müri, R. M., Berkhoff, M., ... & Schlaepfer, T. E. (2004). Repetitive transcranial magnetic stimulation: a putative add-on treatment for major depression in elderly patients. *Psychiatry Res*, 126(2), 123-33.
- Mulsant, B. H., Blumberger, D. M., Ismail, Z., Rabheru, K., & Rapoport, M. J. (2014). A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. *Clin Geriatr Med*, 30(3), 517-534.
- Nahas, Z., Li, X., Kozel, F.A., Mirzki, D., Memon, M., Miller, K., ... & George, M. (2004). Safety and benefits of distance-adjusted prefrontal transcranial magnetic stimulation in depressed patients 55-75 years of age: a pilot study. *Depress Anxiety*, 19(4), 249-56.
- Nelson, J. C., Delucchi, K., & Schneider, L. S. (2008). Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(7), 558-567.
- Nelson, J. C., & Devanand, D. P. (2011). A Systematic Review and Meta-Analysis of Placebo-Controlled Antidepressant Studies in People with Depression and Dementia. *J Am Geriatr Soc*, 59(4), 577-585.
- Nomikos, G. G., Tomori, D., Zhong, W., Affinito, J., & Palo, W. (2017). Efficacy, safety, and tolerability of vortioxetine for the treatment of major depressive disorder in patients aged 55 years or older. *CNS Spectr*, 22(4), 348-362.
- O'Moore, K. A., Newby, J. M., Andrews, G., Hunter, D. J., Bennell, K., Smith, J., & Williams, A. D. (2018). Internet cognitive-behavioral therapy for depression in older adults with knee osteoarthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res*, 70(1), 61-70.
- Orgeta, V., Tabet, N., Nilforooshan, R., & Howard, R. (2017). Efficacy of antidepressants for depression in Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer's Dis*, 58(3), 725-733.
- Peng, X. D., Huang, C. Q., Chen, L. J., & Lu, Z. C. (2009). Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: a systematic review. *J Int Med Res*, 37(4), 975-982.
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging Ment Health*, 11(6), 645-657.
- Quan, N. G., Lohman, M. C., Resciniti, N. V., & Friedman, D. B. (2019). A systematic review of interventions for loneliness among older adults living in long-term care facilities. *Aging Ment Health*, 1-11.
- Qin, B., Chen, H., Gao, W., Zhao, L. B., Zhao, M. J., Qin, H. X., ... & Yang, M. X. (2018). Efficacy, acceptability, and tolerability of antidepressant treatments for patients with post-stroke depression: a network meta-analysis. *Braz J Med Biol Res*, 51(7).
- Ramos-Ríos, R., Mateos, R., Lojo, D., Conn, D. K., & Patterson, T. (2012). Telepsychogeriatrics: a new horizon in the care of mental health problems in the elderly. *Int Psychogeriatr*, 24(11), 1708.

- Reynolds III, C. F., Cuijpers, P., Patel, V., Cohen, A., Dias, A., Chowdhary, N., ... & Albert, S. M. (2012). Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. *Annu Rev Public Health, 33*, 123-135.
- Reynolds III, C. F., Thomas, S. B., Morse, J. Q., Anderson, S. J., Albert, S., Dew, M. A., ... & Quinn, S. C. (2014). Early intervention to preempt major depression among older black and white adults. *Psychiatr Ser, 65*(6), 765-773.
- Robinson, R. G., Jorge, R. E., Moser, D. J., Acion, L., Solodkin, A., Small, S. L., ... & Arndt, S. (2008). Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA, 299*(20), 2391-2400.
- Rovner, B. W., German, P. S., Broadhead, J., Morriss, R. K., Brant, L. J., Blaustein, J., & Folstein, M. F. (1990). The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. *Int Psychogeriatr, 2*(1), 13-24.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res, 77*, 42-51.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Firth, J., Rosenbaum, S., Ward, P. B., Silva, E. S., ... & Stubbs, B. (2018). Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Psychiatry, 175*(7), 631-648.
- Seitz, D., Purandare, N., & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr, 22*(7), 1025-1039
- Sepehry, A. A., Lee, P. E., Hsiung, G. Y. R., Beattie, B. L., & Jacova, C. (2012). Effect of selective serotonin reuptake inhibitors in Alzheimer's disease with comorbid depression. *Drugs Aging, 29*(10), 793-806.
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. *BMJ, 318*(7183), 593-596.
- Shin, J. Y., Park, M. J., Lee, S. H., Choi, S. H., Kim, M. H., Choi, N. K., ... & Park, B. J. (2015). Risk of intracranial haemorrhage in antidepressant users with concurrent use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: nationwide propensity score matched study. *BMJ, 351*.
- Statistique Canada (2020). *Les aînés et le vieillissement*. https://www.statcan.gc.ca/fra/sujets-debut/aines_et_vieillessement
- Steffens, D. C., Nelson, J. C., Eudicone, J. M., Andersson, C., Yang, H., Tran, Q. V., ... & Berman, R. M. (2011). Efficacy and safety of adjunctive aripiprazole in major depressive disorder in older patients: a pooled subpopulation analysis. *Int J Geriatr Psychiatry, 26*(6), 564-572.
- Tham, A., Jonsson, U., Andersson, G., Söderlund, A., Allard, P., & Bertilsson, G. (2016). Efficacy and tolerability of antidepressants in people aged 65 years or older with major depressive disorder—A systematic review and a meta-analysis. *J Affective Disord, 205*, 1-12.
- Thompson, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., & Lanctôt, K. L. (2007). Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: a metaanalysis. *Can J Psychiatry, 52*(4), 248-255.
- Thota, A. B., Sipe, T. A., Byard, G. J., Zometa, C. S., Hahn, R. A., McKnight-Eily, L. R., ... & Community Preventive Services Task Force. (2012). Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med, 42*(5), 525-538
- Titov, N., Dear, B. F., Staples, L. G., Bennett-Levy, J., Klein, B., Rapee, R. M., ... & Nielssen, O. B. (2015). MindSpot clinic: an accessible, efficient, and effective online treatment service for anxiety and depression. *Psychiatr Ser, 66*(10), 1043-1050
- Trevizol, A. P., Goldberger, K. W., Mulsant, B. H., Rajji, T. K., Downar, J., Daskalakis, Z. J., & Blumberger, D. M. (2019). Unilateral and bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment-resistant late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry, 34*(6), 822-827.
- Tse, M., Tang, S., Wan, V., & Vong, S. (2014). The effectiveness of physical exercise training in pain, mobility, and psychological well-being of older persons living in nursing homes. *Pain Manag Nurs, 15*(4), 778-788.
- van't Veer-Tazelaar, P. J., van Marwijk, H. W., van Oppen, P., van Hout, H. P., van der Horst, H. E., Cuijpers, P., ... & Beekman, A. T. (2009). Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry, 66*(3), 297-304.
- Westerhof, G. J., Korte, J., Eshuis, S., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Precious memories: A randomized controlled trial on the effects of an auto- biographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging Ment Health, 22*(11), 1494-1501.
- Wilson, D. M., Marin, A., Bhardwaj, P., Lichlyter, B., Thurston, A., & Mohankumar, D. (2010). A hope intervention compared to friendly visitors as a technique to reduce depression among older nursing home residents. *Nurs Res Pract, 2010*.
- Xu, X. M., Zou, D. Z., Shen, L. Y., Liu, Y., Zhou, X. Y., Pu, J. C., ... & Wei, Y. D. (2016). Efficacy and feasibility of antidepressant treatment in patients with post-stroke depression. *Medicine, 95*(45).





© Coalition canadienne pour la santé mentale
des personnes âgées (2021).

ccsmh.ca