

Évaluation exhaustive

Après un dépistage positif de la dépression, une évaluation biopsychosociale (holistique) exhaustive doit être effectuée, y compris :

- Examen des critères diagnostiques du DSM-5-TR;
- Estimation de la sévérité, y compris la présence de symptômes psychotiques ou catatoniques;
- Élimination des troubles bipolaires de l’humeur, car les antidépresseurs peuvent précipiter la manie;
- Risque de suicide, en interrogeant directement les patients sur les idées, les intentions et les projets suicidaires;
- Antécédents personnels ou familiaux de troubles de l’humeur;
- Consommation de médicaments, y compris ceux en vente libre, et consommation de substances;
- Examen des facteurs de stress actuels, des pertes récentes et de la situation de vie;
- Niveau de fonctionnement ou d’incapacité, y compris la douleur;
- Situation familiale, intégration sociale et soutien, le fardeau des responsabilités d’être un(e) proche aidant(e);
- Impact des déterminants sociaux de la santé (p. ex. pauvreté, âgisme, racisme);
- Examen de l’état mental et évaluation des fonctions cognitives;
- Examen physique et tests de laboratoire pour déterminer si des problèmes médicaux contribuent aux symptômes dépressifs ou les reproduisent.

Le traitement peut être divisé en trois phases principales :

1. Phase de traitement aiguë : pour obtenir une rémission des symptômes.
2. Phase de continuation : prévenir la récurrence ou la rechute d’un même épisode de maladie.
3. Phase de maintien ou de prophylaxie : pour prévenir les épisodes futurs ou la récurrence.

Lignes directrices pour le traitement

Interventions psychosociales :

- Exercice (encourager l’activité au rythme et à la capacité de chacun);
- La pleine conscience et d’autres pratiques psychocorporelles (y compris le tai-chi et le yoga);
- Augmentation de l’activité sociale et du soutien;
- Auto-assistance (livres, vidéos, sites Web, applications).

Psychothérapies :

- Pour les dépressions légères à modérées, la psychothérapie ou les antidépresseurs sont les deux traitements de première intention. Ils peuvent être utilisés conjointement.
 - Les indications sont influencées par le style d’adaptation, les antécédents, notamment les traumatismes, et le niveau des fonctions cognitives.
 - Psychothérapie dispensée par des professionnels de la santé mentale qualifiés, individuellement ou en groupe.
- Les psychothérapies ayant le plus de données probantes à l’appui de leur efficacité chez les personnes âgées sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC; individuelle et de groupe) et la thérapie par la résolution de problèmes (TRP).

- 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.

Traitement pharmacologique :

- Les résultats sont optimaux lorsque les médicaments sont utilisés conjointement avec des traitements psychosociaux ou psychothérapeutiques.
 - voir le tableau des antidépresseurs couramment utilisés
 - voir les lignes directrices complètes pour les détails de la prescription et de la surveillance
- Nous recommandons que le personnel clinique envisage 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.
 - Une analyse du taux de sodium 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 le taux de sodium après 2 semaines pour les patients prenant des diurétiques ou ayant des antécédents d’hyponatrémie.
- 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.

Que faire en cas d’échec du traitement de première intention?

- Envisager de changer d’antidépresseur ou d’utiliser un antidépresseur d’une autre classe, du lithium, un antipsychotique (par exemple l’aripiprazole) ou une forme spécifique de psychothérapie.
- **La SMTr** (côté gauche seulement ou bilatérale séquentielle ou SMTr profonde) doit être envisagée chez les personnes âgées 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.
- **L’électroconvulsivothérapie (ECT)** doit être envisagée dans le traitement des patients âgés atteints de dépression unipolaire sévère qui :
 - Ont déjà eu une bonne réponse à un traitement par ECT.
 - N’ont pas répondu à un ou plusieurs essais d’antidépresseurs adéquats accompagnés d’une psychothérapie, en particulier si leur état de santé se détériore rapidement en raison de la dépression.
 - En tant que traitement de première intention pour les patients âgés sévèrement 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 sévère ou présentent des signes psychotiques.

Médicaments antidépresseurs recommandés

Médicament	Dose de départ	Dose thérapeutique moyenne	Dose maximale	Considérations
Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)				
Sertraline	25 à 50 mg par jour	50 à 200 mg par jour	200 mg par jour	
Escitalopram	2,5 à 5 mg par jour	10 à 20 mg par jour	10 mg* par jour	Allongement de l’intervalle QT corrigé possible.
Citalopram	5 à 10 mg par jour	20 à 30 mg par jour	20 mg* par jour	
Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norépinéphrine (IRSN)				
Duloxétine	30 mg par jour	60 à 120 mg par jour	120 mg par jour	Peut accroître la pression artérielle.
Venlafaxine	37,5 mg par jour	150 à 300 mg par jour	300 mg par jour	Peut accroître la pression artérielle.
Autres antidépresseurs				
Mirtazapine	7,5 à 15 mg qhs	30 à 45 mg qhs	45 mg qhs	Sédation, gain de poids.
Bupropion SR	100 mg qam	100 à 150 mg BID	200 mg BID	Activation. Risque de troubles épileptiques en cas de dosage élevé.
Bupropion XL	150 mg par jour	150 mg BID	450 mg par jour	Activation. Risque de troubles épileptiques en cas de dosage élevé.
Nortriptyline (tricyclique)	10 à 25 mg qhs	40 à 100 mg qhs	150 mg qhs	Pas en première ligne. Propriétés anti-cholinergiques, effets secondaires cardiovasculaires. Surveiller les niveaux sanguins.
Vortioxétine	10 mg par jour	10 à 20 mg par jour	20 mg par jour	

*Dosage maximal recommandé pour les personnes âgées.
qhs = chaque soir, qam = chaque matin, BID = deux fois par jour

Surveillance et traitement à long terme

Les professionnels de la santé doivent surveiller la récurrence de la dépression chez la personne âgée pendant les deux premières années suivant le traitement.

- La surveillance continue doit se concentrer sur les symptômes dépressifs présents lors de l’épisode initial.
- Les personnes âgées en rémission d’un premier épisode doivent être traitées pendant au moins un an et jusqu’à deux ans à compter de l’amélioration de leur état.
- Les personnes âgées souffrant d’épisodes récurrents doivent recevoir un traitement d’entretien d’une durée à long terme.
- Dans les établissements de soins de longue durée, la réponse au traitement doit être évaluée tous les mois après l’amélioration initiale, puis tous les trois mois, ainsi qu’une fois par année après la rémission des symptômes.



Contribution financière :
 Agence de la santé publique du Canada
 Public Health Agency of Canada

@ Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, 2024

Carte de poche sur l’évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées

Inspirée des : Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l’évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées (2021)

Pour en savoir plus, consultez le www.ccsmpa.ca

Cette ressource pour les cliniciens est conçue uniquement à des fins d’information et ne doit pas être interprétée ou utilisée à titre de norme d’exercice de la médecine.

