GESTION DES ANTIDÉPRESSEURS EN UCDG

ANNEXE 5 DU DOCUMENT «GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG -4IÈME ÉDITION [1]»

Cette fiche pratique est présentée à titre indicatif et ne remplace pas le jugement du médecin ou du pharmacien.

3ième édition

Auteurs :
James Hill, Pharm.D., M.Sc., BCPS, FOPQ, pharmacien, CISSS du Bas-St-Laurent, Hôpital régional de Rimouski.
Doris Clerc, M.D., gérontopsychiatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Réviseure :
Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal,
Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Illustrations : Victoire K-Bezeau

Regroupement des Unités de Courte Durée Gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec

GÉNÉRALITÉS

La dépression est le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez la personne âgée et est particulièrement prévalente chez les ainés vivant en milieux de vie protégés. Malheureusement, elle est sous-diagnostiquée et sous-traitée, trop souvent prise à tort comme une composante inhérente au vieillissement normal ou à une affection physique [2]. Chez la personne âgée, la dépression peut survenir dans le cadre d'un trouble dépressif caractérisé (TDC) récurrent ayant débuté à l'âge adulte, ou de novo après l'âge de 60 ans. Dans ce dernier cas, on parle alors d'une dépression d'apparition tardive. La dépression chez la personne âgée pouvant dans certains cas représenter un prodrome d'une autre condition médicale (ex : maladie de Parkinson, trouble neurocognitif), il est nécessaire de faire une évaluation complète de la personne incluant sur le plan médical et psychiatrique.

La prévalence du TDC dans le monde est de 7,2 % chez les adultes âgés de 75 ans et plus [3]. Outre les antécédents personnels et familiaux, plusieurs facteurs associés au vieillissement peuvent contribuer à l'apparition de la dépression : comorbidités physiques, handicaps et perte d'autonomie, pertes affectives et deuils, isolement et solitude, difficultés socio-économiques, changements de rôles. La dépression affecte la qualité de vie, et est associée à une détérioration de l'état de santé, ainsi qu'à une augmentation des incapacités, du recours aux services de santé et de la mortalité. Jusqu'à 87% des personnes âgées décédées par suicide rencontraient les critères pour un TDC [3]. Il est donc important de la prévenir, de la reconnaître et de la traiter.

Les approches préventives incluent [4]:

- Les interventions visant à réduire l'isolement social et la solitude : modèle de **Prescription sociale**, qui met l'accent sur l'orientation des patients ayant des besoins sociaux, émotionnels ou pratiques vers une gamme de services locaux non clinique, souvent fournis par le secteur bénévole et communautaire [5]. L'étude *Rx : Communauté – La prescription sociale en Ontario* rapporte qu'elle a été associée à une amélioration significative du bien-être mental, une diminution de la solitude et une amélioration du sentiment d'appartenance et de connexité.
- Un protocole de soins par étapes ou progressifs (qui a été démontré par certaines études ciblant les personnes âgées dans la communauté ayant des symptômes infraliminaires comme réduisant l'incidence de troubles anxiodépressifs). Cela inclut la surveillance des symptômes, la bibliothérapie basée sur l'approche cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie par résolution de problèmes et l'orientation vers les soins primaires pour l'administration d'antidépresseurs.
- L'activité physique.
- L'insufflation d'espoir et la pensée positive.

ÉVALUATION

Le **tableau 1** présente les critères diagnostiques de la dépression qui sont regroupés dans le DSM-5 TR et qui sont aussi applicables pour établir un diagnostic de dépression chez un sujet âgé [6].

Tableau 1: Critères diagnostiques de la dépression selon le DSM-5-TR [6]

A	Au moins 5 des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur de la personne; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. NB : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale. 1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (ex. : se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (ex. : pleure). 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres). 3. Perte ou prise de poids significative en l'absence de régime (ex. : modification du poids corporel excédant 5% en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours. 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement). 6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours. 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade). 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres). 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B	Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
C	L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une affection médicale. NB : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé. NB : Les réponses à une perte significative (ex. : deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.
D	La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.
E	Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque. NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

La présentation clinique de la dépression chez la personne âgée se distingue parfois par la prédominance de la perte d'intérêt sur la tristesse, la sévérité de l'anxiété qui peut s'accompagner d'irritabilité ou d'agitation psychomotrice stérile, la présence de plaintes somatiques multiples ou inexpliquées, la présence de symptômes cognitifs [2]. Chez les personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM), la symptomatologie de la dépression est souvent atypique: diminution de l'affect positif ou du plaisir en réponse aux contacts sociaux ou activités habituelles, isolement ou retrait social, détérioration de l'appétit, détérioration du sommeil, agitation excessive, ralentissement excessif, idées récurrentes de mort [7].

Il est recommandé de faire le dépistage systématique de la dépression chez la personne âgée ayant vécu un deuil récent ou qui présente une réaction de deuil persistant 3 à 6 mois suivant la perte, des symptômes psychologiques ou physiques inhabituels, des plaintes cognitives, des préoccupations somatiques excessives, une maladie chronique invalidante, une hospitalisation prolongée ou à répétition, un refus de s'alimenter ou un laisser-aller dans les soins personnels [4]. Les outils classiques de dépistage de la dépression sont souvent peu fiables chez la personne âgée puisqu'ils sont mal adaptés à la présence concomitante de maladies physiques et de troubles cognitifs. Il est préférable de recourir aux outils conçus spécifiquement pour la personne âgée tels que l'Échelle de dépression

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

gériatrique [8] (version 30 et 15 items à l'**annexe 2**) ou, en présence de déficit cognitif modéré ou grave, l'échelle de Cornell (**annexe 3**) [9]. Le questionnaire sur la santé du patient QSP-9 (version francophone par l'INESSS du PHQ-9) peut également être utilisé bien qu'il ne soit pas spécifique à la personne âgée [10].

INTERVENTION CLINIQUE

Si un épisode dépressif est soupçonné, une évaluation bio-psycho-sociale est indiquée (voir **annexe 4**) [2, 4]. Les psychothérapies, les interventions psychosociales ainsi que l'exercice physique et l'activation comportementale doivent être offertes à tous les patients déprimés [4, 11]. Le traitement pharmacologique n'est qu'un des aspects d'une prise en charge globale qui comprend aussi la recherche des facteurs réversibles au niveau social, psychologique, environnemental et médical.

Les recommandations de traitement du trouble dépressif caractérisé chez la personne âgée sont les suivantes [4]:

- Épisode dépressif caractérisé d'intensité légère ou modérée, selon la préférence du patient : psychothérapie ou intervention psychosociale, antidépresseur, ou combinaison de ces deux modalités.
- Épisode dépressif caractérisé d'intensité grave : combinaison d'un antidépresseur et d'une psychothérapie, si les services appropriés sont disponibles et s'il n'y a pas de contre-indication à l'application de ces modalités de traitement. La sismothérapie est envisagée dans la dépression grave si les traitements précédemment énoncés se sont avérés insuffisants, si l'état de santé de la personne s'est détérioré (ex : troubles métaboliques, dénutrition, suicidalité), ou s'il y a une contre-indication à la médication.

Dans les cas de dépression grave, de dépression psychotique, d'épisode dépressif dans le contexte d'une maladie bipolaire, de suicidalité, une consultation en psychiatrie est fortement recommandée.

Il faut noter que chez les personnes âgées, la présence de 2 ou 3 symptômes dépressifs, correspondant à une dépression mineure, est associée à une atteinte fonctionnelle et de la qualité de vie. Il est donc pertinent de la traiter. Dans le cas où elle est d'une durée de 4 semaines ou moins, on recommande une psychothérapie de soutien ou des interventions psychosociales. Au-delà de 4 semaines, si les symptômes persistent malgré ces interventions, une pharmacothérapie ou une psychothérapie sont recommandées [4].

Les antidépresseurs semblent avoir une efficacité modérée chez les aînés. Selon une méta-analyse publiée en 2020, le taux de réponse aux antidépresseurs chez les personnes de plus de 65 ans, définie comme une amélioration d'au moins 50% des symptômes dépressifs sur une échelle validée, est de 50,7%. Ce taux de réponse est semblable à celui observé chez les adultes de 18 à 65 ans qui correspond à 53% [12]. Dans le cas de la dépression associée aux TNCMs ou persistants, l'essai d'un antidépresseur (en surveillant l'impact et les effets secondaires) peut être justifié [4].

De façon générale, tous les antidépresseurs présentent une efficacité similaire [4, 13]. Le choix de la molécule doit être individualisé en tenant compte de plusieurs facteurs dont la réponse antérieure aux antidépresseurs, les comorbidités, la fragilité, les effets indésirables à éviter ou les effets secondaires souhaités (comme l'augmentation de l'appétit souhaitée pour un patient dénutri), les interactions médicamenteuses et les symptômes associés (cf. **tableau 2**) [11, 13-17]. La présence de certains symptômes spécifiques peut orienter le choix de la molécule (cf. **tableau 3**) tout en réduisant le nombre de principes actifs chez un même patient.

Un principe important lors de l'initiation d'un antidépresseur est la consigne : *start low, go slow and keep going*. Ainsi, l'introduction de la molécule se fait à petites doses de façon progressive, mais avec l'objectif d'obtenir une dose cible efficace contre la dépression (cf. **tableau 2**) [4, 18]. La dose appropriée d'antidépresseur pour traiter la dépression chez l'aîné est semblable à celle d'un patient adulte d'âge moyen [19, 20]. Une interaction médicamenteuse ou une atteinte de la fonction rénale ou hépatique peut parfois augmenter les concentrations plasmatiques de l'antidépresseur et justifier une dose plus basse [19]. Si une dose optimale ne peut être atteinte à cause d'effets indésirables, il faut se questionner si c'est le nouvel antidépresseur qui occasionne l'effet indésirable ou si ce n'est pas plutôt une interaction médicamenteuse ou une autre molécule qui le potentialise (ex: bouche sèche avec benzodiazépine ou médicament avec effets anticholinergiques) [19].

En général, la réponse à un antidépresseur peut prendre de 4 à 8 semaines, et, selon certaines études, un essai prolongé de 10 à 12 semaines peut être nécessaire pour voir une réponse au traitement chez la personne âgée [4]. Toutefois, en l'absence de réponse après au moins 2 semaines à une dose cible, on recommande de continuer à augmenter la dose progressivement jusqu'à l'obtention d'un effet thérapeutique, ou jusqu'à la dose maximale recommandée, ou jusqu'à l'apparition d'effets indésirables qui empêchent

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

d'ajuster davantage le médicament. Le nombre de sujets à traiter « number needed to treat » (NNT) pour obtenir une réponse est de 14,4 [4]. Le NNT pour obtenir une rémission est de 6,7 [4].

Selon les *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées* élaborées par la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA), lors de la prescription d'un antidépresseur, un suivi initial aux une à deux semaines doit être fait afin d'évaluer la réponse clinique, le risque suicidaire, la possibilité d'aggravation des symptômes dépressifs et les effets indésirables du traitement pharmacologique. Ce suivi peut se faire en personne ou en mode virtuel [4].

L'**annexe 5** présente les antidépresseurs inappropriés ou potentiellement inappropriés chez la personne âgée.

Tableau 2: Antidépresseurs à privilégier chez la personne âgée [4, 21-23]

Antidépresseur	Dose de départ (mg/jour)	Dose cible en dépression (mg/jour)	Intervalle d'augmentation	Métabolisme	Particularités
ISRS					
Citalopram (Celexa®)*	10	20	5 à 10 mg q 7 jours	Substrat 2D6, 2C19, 3A4 Inhibiteur faible 2C9, 2C19, 2D6	Dose limitée à 20 mg/jour car risque d'allongement de l'intervalle QT [24]. Cette dose peut être insuffisante pour traiter une dépression chez certains patients.**
Escitalopram (Cipralex®)*	5	10	5 mg q 7 jours	Substrat 2D6, 2C19, 3A4 Inhibiteur faible 2C9, 2C19, 2D6	Dose limitée à 10 mg/jour car risque d'allongement de l'intervalle QT [25]. Cette dose peut être insuffisante pour traiter une dépression chez certains patients.**
Sertraline (Zoloft®)*	25	50 à 200	25 mg q 7 jours	Substrat 2B6, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4, UGT2B7 Inhibiteur faible 1A2, 2C9, 2D6, 3A4 Inhibiteur modéré 2B6 Inhibiteur puissant 2C19 Inhibiteur P-gp	
IRSN					
Venlafaxine (Effexor®)	37,5	75 à 300	37,5 mg q 7 jours	Substrat 2C9, 2C19, 2D6, 3A4 Inhibiteur faible 2D6, 3A4	• Risque d'augmentation de la tension artérielle si dose ≥ 150 mg • Formulation longue action : ne pas croquer les granules
Desvenlafaxine (Pristiq®)***	50	50 à 100	50 mg q 7 jours	Substrat 3A4, UGT Inhibiteur 2D6	Formulation longue action : ne se coupe pas, ne s'écrase pas
Duloxétine (Cymbalta®)*	30	60 à 120	30 mg q 7 jours	Substrat 1A2, 2D6 Inhibiteur modéré 2D6	Formulation longue action : pourrait être stable 2h dans compote ou jus de pommes (non approuvé par manufacturier)
Autres					
Bupropion (Wellbutrin®)	SR : 100 XL : 150	SR : 150 die à 150 bid XL : 150 à 450 die	100 à 150 mg q 7 jours	Substrat 1A2, 2B6, 2C9, 2D6, 2E1, 3A4 Inhibiteur faible 2D6	Formulation longue action: ne peut être écrasée, car risque augmenté de convulsion

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Antidépresseur	Dose de départ (mg/jour)	Dose cible en dépression (mg/jour)	Intervalle d'augmentation	Métabolisme	Particularités
Mirtazapine (Remeron®)	7,5 à 15	30 à 60	7,5 à 15 mg q 7 jours	Substrat 1A2, 2C9, 2D6, 3A4	Une dose plus faible apporte plus de somnolence
Vortioxétine (Trintellix®)	5 à 10	10 à 20	5 mg q 7 jours	Substrat 2A6, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 3A4/5	Dose maximale : 10 mg/jr avec inhibiteur puissant du 2D6 (ex: fluoxétine, paroxétine)

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
*Les *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées* publiées en 2021 par la CCSMPA recommandent la sertraline ou la duloxétine comme antidépresseur de première intention. La CCSMPA recommande le citalopram et l'escitalopram comme autres options puisqu'ils ont une faible possibilité d'interactions médicamenteuses. Ce sont les risques de prolongation du QTc qui peuvent restreindre la dose à une concentration sous-thérapeutique qui expliquent qu'ils ne sont pas sur le même pied d'égalité que la sertraline et la duloxétine.
**Chez certains patients, lorsque plusieurs échecs ont été constatés avec d'autres antidépresseurs, lorsque la dose quotidienne de citalopram 20 mg ou d'escitalopram 10 mg n'est pas suffisante et lorsqu'on croit qu'ils peuvent répondre à une dose supérieure, il est possible de considérer une augmentation de dose au-delà des recommandations de Santé Canada. Toutefois, il faut agir avec prudence et suivre les recommandations suivantes :

- Confirmer qu'il n'y a pas d'histoire personnelle ou familiale de mort cardiaque soudaine prématurée ou de syndrome du QT allongé, d'histoire de maladie cardiaque structurelle (dont un infarctus du myocarde récent ou une insuffisance cardiaque chronique décompensée) ;
- Discuter avec le patient et ses proches des risques vs bénéfices que représente cette augmentation de dose ;
- Revoir l'ensemble de la médication du patient qui peut augmenter le risque de prolongation du QTc ;
- Faire un ECG avant d'augmenter la dose et répéter l'ECG après chaque augmentation de dose lorsque l'état d'équilibre est atteint ; Reconsidérer la dose lorsque le QTc est supérieur à 500 ms ou que l'augmentation de la valeur du QTc est supérieure à 60 ms comparativement à la valeur avant l'ajout de la molécule [23, 26];
- Un outil d'aide à la décision sur le risque d'allongement de l'intervalle QT associé aux médicaments peut être utilisé et est disponible en ligne www.apesquebec.org/outilqt .

***Non remboursé par la RAMQ

Il est préférable d'éviter les inhibiteurs de la monoamine oxydase irréversibles (IMAO) et les antidépresseurs tricycliques chez le patient âgé, car ils occasionnent beaucoup d'effets indésirables et sont moins bien tolérés. Si un antidépresseur tricyclique est prescrit, il faut alors privilégier la nortriptyline ou la désipramine, des amines secondaires, qui causent moins d'effets anticholinergiques [4, 18]

Tableau 3: Choix d'antidépresseur d'usage courant et traitement d'autres problèmes de santé [4, 21, 23]

Symptômes	Choix d'antidépresseur
Anxiété	Tous sauf bupropion*
Insomnie	Mirtazapine
Douleurs de type neuropathique	Duloxétine, venlafaxine
Fibromyalgie	Duloxétine
Lombalgie chronique	Duloxétine
Arthrose du genou	Duloxétine
Fatigue	Bupropion

*Le bupropion peut parfois être utilisé pour l'anxiété, mais peut exacerber l'anxiété en début de traitement.

La fiche actuelle étant consacrée aux antidépresseurs, nous invitons le lecteur à consulter les *Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées [4]* et la *Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes* du Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 [21] pour en connaître davantage sur les alternatives aux antidépresseurs lorsqu'il y a réponse partielle ou absence de réponse avec une monothérapie d'antidépresseur.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ARRÊT D'UN ANTIDÉPRESSEUR

Il est recommandé de poursuivre le traitement antidépresseur pour une période minimale d'un an après une rémission [4, 27]. La CCSMPA recommande qu'à moins de contre-indication spécifique, on poursuive indéfiniment le traitement d'entretien aux antidépresseurs dans les situations suivantes : plus de deux épisodes dépressifs, dépression particulièrement grave ou difficile à traiter ou ayant nécessité la sismothérapie [4].

Les circonstances suivantes peuvent justifier l'arrêt d'un traitement antidépresseur:

- Fin du traitement de maintenance (1 à 2 ans après la rémission complète d'un premier épisode dépressif);
- Apparition d'effets indésirables intolérables;
- Absence de bénéfices cliniques après un essai de 4 à 6 semaines à dose efficace;
- La survenue d'une chute est l'occasion de réévaluer la pertinence du traitement.

Il est à noter que les antidépresseurs peuvent être utilisés pour plusieurs indications autres que la dépression. Il est recommandé de réévaluer la pertinence de tout antidépresseur au moins une fois par année [28]. Ainsi, la réévaluation complète de la pharmacothérapie peut révéler qu'un antidépresseur n'a pas été ajouté dans le cadre d'un épisode dépressif clair (ex. : deuil, douleur, insomnie) et que l'utilisation de cette molécule n'est plus indiquée.

Également, il est important de considérer la période au cours de laquelle on veut effectuer un retrait de l'antidépresseur. Une période où l'aîné vit un stress important ou de l'insomnie peut réduire le succès d'une telle tentative. Il faut donc considérer les stresseurs psychosociaux avant de déprescrire un antidépresseur [27].

La vitesse à laquelle un antidépresseur peut être sevré doit être individualisée et basée sur la durée de la prise de l'antidépresseur, la sévérité des symptômes dépressifs initiaux, le risque anticipé de récidive, la nature des effets indésirables et le risque de syndrome de retrait. Des symptômes de retrait surviennent parfois chez certains patients lors des dernières étapes. Ainsi, il est parfois nécessaire de faire une réduction de dose proportionnelle ou une réduction de dose hyperbolique où les doses et la vitesse de sevrage se font de plus en plus lentement, au fur et à mesure que la dose est réduite [29]. Ces méthodes exigent une préparation magistrale pour les dernières étapes. Le **tableau 4** énonce la vitesse maximale de sevrage des antidépresseurs courants et la **figure 1** résume les symptômes de sevrage à surveiller [30].

Figure 1. Exemples de symptômes de sevrage courants des antidépresseurs

Source de la figure 1 : Gardner D: Les médicaments antidépresseurs (partie 2) : quand et comment les arrêter en toute sécurité. Montréal (Québec, Canada): Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription; Droit d'auteur © 2025. Reproduit avec la permission de l'auteur et du Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

En cas de réapparition des symptômes dépressifs lors du sevrage, il est recommandé de reprendre l'antidépresseur à la dose qui a été efficace [4].

Deux documents ont été créés par le Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et de la déprescription afin d'expliquer aux patients l'utilisation sécuritaire des antidépresseurs, les symptômes de retrait potentiels ainsi que les différentes méthodes d'arrêt de ces molécules, dont la méthode hyperbolique. Ils sont disponibles sur le site suivant: www.reseaudeprescription.ca

Tableau 4 : Diminution des antidépresseurs en vue d'un arrêt complet [23, 31]

Classe d'antidépresseurs	Antidépresseur	Vitesse de diminution sur 4-6 semaines (mg/jour)
ISRS	Citalopram	10 q 1 à 2 semaines
	Escitalopram	5 q 1 à 2 semaines
	Fluoxétine*	Généralement pas nécessaire, car longue demi-vie et métabolite actif
	Fluvoxamine*	50 q 1 à 2 semaines
	Paroxétine*	Plus à risque de symptômes de retrait. 10 q 1 à 2 semaines Si symptômes de retrait, diminuer par palier de 5 mg q 1 à 2 semaines
	Sertraline	25 à 50 q 1 semaine
IRSN	Desvenlafaxine	50 q 1 semaine jusqu'à 50 mg/jour, puis 50 à chaque 2 jours pour 2 semaines
	Duloxétine	30 q 1 à 2 semaines
	Venlafaxine	Plus à risque de symptômes de retrait. 37,5 q 1 à 2 semaines Si symptômes de retrait, y aller encore plus lentement
ATC	Ex : amitriptyline*, désipramine*	10-25% de la dose q 1 à 2 semaines
Autres	Bupropion	Généralement pas nécessaire, mais peut être 100-150 q 2-3 jours
	Mirtazapine	7,5-15 q 1 semaine Peut être cessée abruptement à la dose de 15mg/jour. Attention une petite dose cause plus de somnolence.
	Vortioxétine	Dose égale ou inférieure à 10 mg peut être cessée abruptement. Si dose supérieure à 10 mg, diminuer à 10 mg pour une semaine puis cesser.

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; ATC : antidépresseur tricyclique.
* Ces médicaments ne sont pas des premiers choix chez les personnes âgées fragiles à cause de leurs effets secondaires.

SUBSTITUTION D'UN ANTIDÉPRESSEUR

Le passage direct d'un antidépresseur à un autre dans la même classe est possible. Le sevrage croisé (diminution graduelle de la dose du premier antidépresseur simultanément à l'augmentation progressive du deuxième sur une période d'une à deux semaines) est la meilleure option pour la substitution d'une classe à une autre, et est tout à fait valable pour une même classe. Cette période peut être plus longue si le contexte clinique l'exige ou si le patient a déjà présenté des symptômes de retrait par le passé [31]. Le site switchrx.com (https://switchrx.com/) peut également orienter le clinicien pour la substitution d'un antidépresseur vers un autre.

ANTIDÉPRESSEURS AVEC EFFETS ANTICHOLINERGIQUES

Si un patient développe des troubles cognitifs à la suite de l'ajout d'un antidépresseur ayant des effets anticholinergiques (ex : antidépresseurs tricycliques, paroxétine), il est tout à fait pertinent de cesser cet agent et de le remplacer par une alternative plus sécuritaire. Cependant, si un patient reçoit un traitement antidépresseur **efficace** depuis plusieurs années et développe des troubles cognitifs, il n'est pas recommandé de cesser ou substituer ce traitement avec pour **seul** motif que le médicament a des effets anticholinergiques. Modifier un traitement efficace peut mener à une rechute de la dépression. Les conséquences d'une rechute sont plus dommageables pour le patient que la probabilité que la molécule soit la cause des atteintes cognitives. Cependant, il est possible de tenter de diminuer la dose de l'antidépresseur tout en suivant de près le patient afin d'établir la dose minimale efficace.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANTIDÉPRESSEURS ET RISQUE DE SAIGNEMENTS

Les antidépresseurs sont associés avec une augmentation du risque de plusieurs types de saignements (saignements gastro-intestinaux, hémorragie intracrânienne, épistaxis, hématome, saignements gynécologiques, saignements opératoires) [32]. Le type de saignement le plus fréquemment rapporté est celui au niveau gastro-intestinal [33, 34]. Le risque absolu de saignement reste tout de même faible lorsqu'un antidépresseur est utilisé seul [33, 34]. Par exemple, le nombre nécessaire pour nuire (NNN) pour causer un saignement digestif haut avec un ISRS chez une population à risque faible est de 3177 et chez une population à risque élevé est de 881 [34].

Les antidépresseurs ayant une action inhibitrice au niveau de la recapture de la sérotonine seraient plus associés à une augmentation du risque de saignement [32]. L'hypothèse la plus probable est que les saignements seraient le résultat d'une inhibition du transporteur de la sérotonine dans les plaquettes, menant à une agrégation plaquettaire diminuée. De plus, les ISRS augmenterait l'acidité gastrique, ce qui favoriserait la formation d'ulcères et de saignements gastro-intestinaux [32]. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine augmentent le risque de saignements de 1,16 à 2,36 fois [32]. Les données concernent principalement les ISRS, et dans une moindre mesure, les IRSN [32].

Lorsqu'associé à certains autres médicaments, le risque de saignement peut augmenter. L'association d'inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) prescrits à dosage anti-inflammatoires augmente le risque de façon très importante (rapport de cote variant de 3,17 à 10,9), principalement au niveau gastro-intestinal [32]. Une augmentation des saignements est aussi décrite avec les antiplaquettaires (incluant l'aspirine 80 mg die) et les anticoagulants, mais est moins importante [32]. L'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) pourrait atténuer ce risque lorsqu'un antidépresseur est pris en concomitance avec un médicament augmentant le risque de saignements. Il faut toutefois considérer les risques à long terme de la prise des IPP [32]. Les antidépresseurs ayant moins d'effets au niveau de l'effet de la sérotonine pourraient être un premier choix [32, 35].

ANTIDÉPRESSEURS ET HYPONATRÉMIE

L'hyponatrémie se développe habituellement dans les deux à quatre premières semaines à la suite de l'initiation d'un nouvel antidépresseur [36]. Trois à six mois après l'initiation d'un antidépresseur, le risque d'hyponatrémie semble le même entre les patients prenant un antidépresseur et ceux qui n'en utilisent pas [36]. L'hyponatrémie se résout habituellement dans les deux semaines suivant l'arrêt de l'antidépresseur (48h à 6 semaines) [37, 38]. Le mécanisme le plus probable semble être le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) [37-39]. Ce phénomène ne semble pas être dose-dépendant [37, 39]. L'apparition de symptômes non spécifiques (ex. : faiblesse, somnolence, confusion, délirium, irritabilité, céphalée, nausées) suivant l'introduction d'un antidépresseur exige une vérification rapide des électrolytes [37, 40]. Un diagnostic différentiel de l'hyponatrémie est important afin de déterminer si l'antidépresseur est la véritable cause de l'hyponatrémie [38].

L'*Association of Medicine and Psychiatry* a publié un consensus d'expert pour la prise en charge de l'hyponatrémie secondaire aux psychotropes [38]. Il est à noter que ce consensus n'est pas spécifique aux personnes âgées, mais peut servir de guide pour le clinicien.

Le **tableau 6** présente des recommandations pour le suivi préventif de l'hyponatrémie.

Tableau 6 : Incidence, suivi préventif et facteur de risque de l'hyponatrémie selon la classe d'antidépresseurs [4, 23, 36-38, 40-43]

Classe d'antidépresseurs	Incidence d'hyponatrémie	Suivi préventif de la natrémie	Facteurs de risque (liste non exhaustive)
ISRS*	+++	Une valeur avant l'initiation (jusqu'à quatre semaines avant) Recontrôler au moins une fois au cours des deux à quatre premières semaines	➢ Patient âgé ➢ Sexe féminin ➢ Utilisation concomitante de diurétiques ou autres médicaments causant hyponatrémie ➢ IMC inférieur à 18,5 kg/m^2
IRSN*	+++		
ATC*	++		
Mirtazapine*	+ (++)		
IMAO	+	À considérer si antécédents d'hyponatrémie avec d'autres antidépresseurs	
Trazodone	+		

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Classe d'antidépresseurs	Incidence d'hyponatrémie	Suivi préventif de la natrémie	Facteurs de risque (liste non exhaustive)
Vortioxétine	+		➢ Histoire d'hyponatrémie ou natrémie de base abaissée ➢ Cirrhose, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, malnutrition, trouble lié à l'usage d'alcool
Bupropion	+/-		

Légende : Incidence d'hyponatrémie : +/-, rares cas rapportés; +, cas rapportés; ++, modérée; +++, élevée. ATC : antidépresseurs tricycliques, IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase, IMC : indice de masse corporelle
* Antidépresseurs à surveiller selon les critères de Beers (2023) [44]

L'hyponatrémie **légère (130-134 mmol/l) et asymptomatique** peut se traiter de la façon suivante [37, 38, 40, 41, 45]

- Restriction liquidienne (1000-1500 ml/jour)
- Retrait de l'agent en cause
  - Certains auteurs recommandent de ne pas cesser l'agent. Ils recommandent plutôt de réduire la dose et/ou de privilégier une restriction liquidienne temporaire en suivant la natrémie.
- Probablement inutiles: ajout de faibles doses de furosémide et augmentation de l'apport en sel. L'ajout de furosémide peut également augmenter le risque d'insuffisance rénale aigue et d'hypokaliémie.

Il est à noter qu'une hyponatrémie légère chronique peut avoir certaines conséquences chez le patient âgé : augmentation du risque de chute secondaire à une atteinte cognitive et à des troubles de la démarche, augmentation du risque de fractures [46].

Reprise d'un antidépresseur

Reprendre l'agent causal peut provoquer à nouveau de l'hyponatrémie. Malgré une littérature équivoque à ce sujet, le choix d'un antidépresseur d'une autre classe est privilégié au changement de molécule à l'intérieur d'une même classe. Selon plusieurs auteurs, le bupropion et la mirtazapine semblent être de bonnes alternatives en situation d'hyponatrémie [36, 38-41, 43]. Pour maximiser les chances de succès lors de la reprise d'un antidépresseur [37, 41]:

- Assurer un suivi de la natrémie plus serré durant les premiers mois, car le risque de récidive d'hyponatrémie est très élevé, peu importe l'antidépresseur;
- Éviter autant que possible l'administration concomitante d'autres médicaments pouvant causer une hyponatrémie, surtout les diurétiques thiazidiques;
- Envisager une restriction liquidienne à long terme (mais l'adhérence à cette restriction est souvent difficile et elle peut être risquée dans certaines situations cliniques, ex : trouble neurocognitif).

ANTIDÉPRESSEURS ET RISQUE DE CHUTES

Une méta-analyse publiée en 2018 indique une augmentation du risque de chutes avec un rapport de cote de 1,57 (IC95% 1,43-1,74) pour les antidépresseurs, 1,41 (IC95% 1,07-1,86) pour les ATC et 2,02 (IC95% 1,85-2,20) pour les ISRS [47]. Cependant, un biais de prescription (par exemple choisir un ISRS au lieu d'un ATC pour un patient fragile plus à risque de chutes) peut en partie expliquer cet écart [47]. Une analyse effectuée à partir de la base de données de pharmacovigilance de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publiée en 2025 indique une association entre les chutes et tous les antidépresseurs, sauf les ATC (0,98 [IC95% 0,93-1,03]) [48]. Les rapports de cote des différents antidépresseurs associés à des chutes sont les suivants: ISRS (1,28 [IC95% 1,23-1,32]), IRSN (1,26 [IC95% 1,20-1,31]), antagonistes des récepteurs alpha-2 adrénergiques dont la mirtazapine (1,45 [IC95% 1,36-1,54]) et les autres antidépresseurs (1,36 [IC95% 1,32-1,41]) [48]. Les auteurs de l'étude avertissent que les résultats avec les ATC doivent être interprétés avec prudence, entre autres puisque les doses des agents n'étaient pas considérées. Ainsi, il est possible que seulement de faibles doses pour insomnie ou douleurs chroniques étaient utilisées, expliquant en partie les résultats [48]. Il est à noter que l'outil STOPPFall publié en 2021 indique que les ATC sont plus à risque de chutes que les autres antidépresseurs [49].

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Une dépression non traitée, tout autant que la prise d'antidépresseurs, augmente le risque de chutes chez la population âgée [27]. Une dépression augmente le risque de chutes entre autres par ralentissement psychomoteur, déconditionnement, troubles de l'équilibre, attention ou sommeil altéré, peur de tomber [27]. Plusieurs mécanismes semblent expliquer l'augmentation du risque de chutes reliée à l'utilisation des antidépresseurs: hypotension orthostatique, troubles de l'équilibre, sédation/trouble de l'attention, hyponatrémie, troubles du mouvement, toxicité cardiaque, effets anticholinergiques [27, 49]. Les chutes semblent plus fréquentes dans les premières semaines de prise d'antidépresseurs, possiblement parce que les risques de chute liés à la dépression et aux antidépresseurs sont concomitants durant cette période [27].

Tel que décrit dans la section *Arrêt d'un antidépresseur*, une chute peut devenir une occasion de réévaluer la pertinence d'un traitement antidépresseur, mais il ne faut pas attendre la chute pour faire une telle évaluation.

MÉDICAMENTS À ÉVITER

Parmi les critères de Beers 2023 [44]:

Les critères de Beers soulignent que les antidépresseurs sont à risque de provoquer des chutes et que la plupart des antidépresseurs, dont les ISRS, les IRSN et la mirtazapine peuvent causer de l'hyponatrémie ou SIADH. La vigilance est donc de mise de ce côté.

Selon les critères de Beers, la combinaison de trois médicaments ou plus agissant sur le système nerveux central augmente le risque de chutes et de fractures, surtout lorsque combinés avec des benzodiazépines et les hypnotiques non-benzodiazépines (ou hypnotiques en Z tels zopiclone et zolpidem). Ceci renforce l'idée de réévaluer les traitements chez le patient âgé et de bien sélectionner les agents dont ceux pour le traitement des troubles anxieux. Pour plus de détails, voir la fiche du RUSHGQ sur les troubles anxieux (https://rushgq.org/publications/).

Les détails des critères de Beers pour les différents antidépresseurs sont inscrits à l'**annexe 5**.

Parmi les critères STOPP-START 2023 [50]:

Il est à noter que certains antidépresseurs sont jugés potentiellement inappropriés dans certaines conditions selon les critères STOPP. En contrepartie, il est mentionné dans la section START qu'il est approprié de traiter le trouble dépressif majeur chez nos patients âgés. Les détails des critères STOPP-START sont inscrits à l'**annexe 5**.

Parmi les critères U.S.-FORTA 2020 pour le traitement du trouble dépressif majeur [51]:

- Médicaments classés B, soit « les médicaments avec efficacité prouvée ou évidente chez les personnes âgées, mais limités par l'ampleur de l'effet et/ou des préoccupations sur la sécurité »: ISRS (sertraline, escitalopram, citalopram)
- Médicaments classés C, soit « les médicaments présentant des profils d'efficacité/sécurité discutables chez les personnes âgées, doivent être évités ou omis en présence d'une polypharmacie importante, d'une absence de bénéfices ou d'apparition d'effets secondaires; explorez des alternatives »: mirtazapine, IRSN (venlafaxine, duloxétine), bupropion, vortioxétine, vilazodone, potentialisateurs (quétiapine, olanzapine, aripiprazole), trazodone en ajout
- Médicaments classés D, soit « à éviter autant que possible chez la personne âgée, éviter en première intention, utiliser des alternatives »: ATC (nortriptyline), millepertuis, benzodiazépines

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

CAS CLINIQUE

Mme Sansfaçon, 83 ans, a été amenée à la salle d'urgence par sa famille en raison de faiblesse, somnolence et confusion apparues quelques jours plus tôt. Ses antécédents sont constitués d'une MCAS avec N-STEMI il y a 3 mois, une dyslipidémie, de l'arthrose, une maladie d'Alzheimer au stade léger et 2 épisodes dépressifs anciens. Comme médication, elle prend aspirine 80 mg PO DIE, métoprolol 75 mg PO BID, atorvastatine 40 mg PO DIE, donépézil 10 mg PO DIE et citalopram 20 mg PO DIE. On diagnostique rapidement une hyponatrémie à 128 mmol/L compatible avec un SIADH.

Approche initiale

La patiente est placée sous restriction hydrique. Le citalopram, prescrit 3 semaines plus tôt, est présumé coupable et sevré sur 1 semaine. La natrémie se normalise progressivement et l'état général de la patiente s'améliore.

Mi-séjour

Le questionnaire de la patiente et des proches de même que la révision du dossier antérieur nous apprennent que Mme Sansfaçon présentait des symptômes dépressifs et anxieux depuis la perte de son permis de conduire il y a près de 6 mois avec une auto-dévalorisation, une perte de confiance en ses moyens, des plaintes somatiques et des troubles du sommeil. À la suite de sa brève hospitalisation pour infarctus, les symptômes ont augmenté avec une tristesse, une perte d'intérêt et d'énergie, une perte d'appétit avec perte de 5% de son poids et des préoccupations sur sa propre mort. Trois semaines précédant l'hospitalisation, son médecin de famille avait débuté le citalopram de concert avec une psychothérapie.

Comme l'ajout de métoprolol coïncide avec l'aggravation des symptômes, il fut substitué pour du diltiazem afin de contrôler ses symptômes angineux. Par ailleurs, l'intensité et la durée des symptômes dépressifs justifiant un traitement pharmacologique, de la mirtazapine fut débutée dans l'optique d'amender les symptômes dépressifs, l'anxiété et la perte d'appétit. Le bupropion ne fut pas retenu de crainte d'exacerber les symptômes anxieux.

Planification au congé / suivi

Comme la patiente a bien récupéré au niveau cognitif, qu'elle ne verbalise aucune idée suicidaire et que sa famille est prête à poursuivre les soins de support, Mme Sansfaçon est libérée avec les prescriptions et recommandations suivantes :

- Mirtazapine 15 mg PO DIE pour 2 semaines puis 30 mg PO DIE. Comme il s'agit d'un troisième épisode, un traitement d'entretien à vie avec le médicament efficace et bien toléré est recommandé.
- Arrêt du métoprolol
- Diltiazem LA 120 mg PO DIE
- Autres médicaments idem
- Contrôle des électrolytes q 1 semaine x 4, puis q1 mois x 3
- Poursuite de la psychothérapie

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 1 - RÉFÉRENCES

1. Kergoat MJ, Desforges K, Firoozi F: **Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 4ième édition**. Montréal (Québec, Canada): Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ); 2026, https://rushgq.org/wp-content/uploads/2026/01/RUSHGQ_Guide_gestion_medicamenteuse_4ieme_edition_5janvier2026_FINAL.pdf.
2. Maltais JR, Chalifoux F, Roy-Desruisseaux J: **Chapitre 24. La dépression et les troubles affectifs**. In: *Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert, 4ième édition.* Edited by Lussier D, Massoud F. Montréal (Québec, Canada): Edisem; 2022: 425-445.
3. Walaszek A: **Optimizing the Treatment of Late-Life Depression**. *The American journal of psychiatry* 2024, **181**(1):7-10.
4. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées**. Totonto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2021, https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2021/06/CCSMH_Depression_Guidelines_FR_FINAL.pdf.
5. Friedli L, Jackson C, Abernethy H, Stansfield J: **Social prescribing for mental health: a guide to commissioning and delivery**. Durham: Northern Centre for Mental Health.; 2004, https://citizen-network.org/uploads/attachment/339/social-prescribing-for-mental-health.pdf.
6. American Psychiatric Association: **DSM-5-TR texte révisé - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Yssy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2023.
7. Clerc D, Bruneau M-A, Létourneau G: **Perturbations du comportement secondaires aux troubles neurocognitifs (SCPD): les symptômes spécifiques**. In: *Guide médical en soins de longue durée (Mdsldca).* Montréal (Québec): Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2022.
8. Bourque P, Blanchard L, Vézina J: **Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique**. *Revue canadienne du vieillissement* 1990, **9**:348-355.
9. Camus V, Schmitt L, Ousset PJ, Micas M: **Dépression et démence: contribution à la validation française de deux échelles de dépression: « Cornell Scale for Depression in Dementia » et « Dementia Mood Assessment Scale »**. *L'Encéphale* 1995, **21**:201-208.
10. Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS): **Fiche outil: questionnaire sur la santé du patient QSP-9 : outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs**: Institut national d'excellence en santé et services sociaux; 2015, https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf?sword_list%5B0%5D=QSP-9&no_cache=1.
11. Kok RM, Reynolds CF, 3rd: **Management of Depression in Older Adults: A Review**. *JAMA* 2017, **317**(20):2114-2122.
12. Gutsmiedl K, Krause M, Bighelli I, Schneider-Thoma J, Leucht S: **How well do elderly patients with major depressive disorder respond to antidepressants: a systematic review and single-group meta-analysis**. *BMC Psychiatry* 2020, **20**(1):102.
13. Pericaud A, Straczek C, Montastruc F, Leboyer M, Yrondi A, Arbus C: **[Use of antidepressants in unipolar depression in the elderly]**. *Encephale* 2022, **48**(4):445-454.
14. Connolly KR, Thase ME: **If at first you don't succeed: a review of the evidence for antidepressant augmentation, combination and switching strategies**. *Drugs* 2011, **71**(1):43-64.
15. Rozzini L, Chilovi BV, Conti M, Bertoletti E, Zanetti M, Trabucchi M, Padovani A: **Efficacy of SSRIs on cognition of Alzheimer's disease patients treated with cholinesterase inhibitors**. *International psychogeriatrics / IPA* 2010, **22**(1):114-119.
16. Verkaik R, Francke AL, van Meijel B, Ribbe MW, Bensing JM: **Comorbid depression in dementia on psychogeriatric nursing home wards: which symptoms are prominent?** *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2009, **17**(7):565-573.
17. Huang AR, Mallet L, Rochefort CM, Eguale T, Buckeridge DL, Tamblyn R: **Medication-related**

falls in the elderly: causative factors and preventive strategies. *Drugs Aging* 2012, **29**(5):359-376.

18. MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, Kennedy SH, Lam RW, Milev RV, Parikh SV *et al*: **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 6. Special Populations: Youth, Women, and the Elderly**. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2016, **61**(9):588-603.
19. Srifuengfung M, Pennington BRT, Lenze EJ: **Optimizing treatment for older adults with depression**. *Ther Adv Psychopharmacol* 2023, **13**:20451253231212327.
20. Steffens DC: **Treatment-Resistant Depression in Older Adults**. *N Engl J Med* 2024, **390**(7):630-639.
21. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, Blier P, Blumberger DM, Brietzke E, Chakrabarty T *et al*: **Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults: Reseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiete (CANMAT) 2023 : Mise a jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble depressif majeur chez les adultes**. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2024, **69**(9):641-687.
22. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Carte de poche sur l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes aînées**. Totonto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2024, https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/05/DIGITAL-CCSMH-Pocket-Card-DEPRESSION-FRENCH-1.pdf.
23. Procyshyn RM, Halpape K, Kim DD: **Clinical handbook of psychotropic drugs 26th edition**. Göttingen (Germany): Hogrefe; 2025.
24. Santé Canada: **Celexa (citalopram): Association à des anomalies du rythme cardiaque - avis pour les professionnels de la santé**; 2012, https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2012/14672a-fra.php.
25. Santé Canada: **Antidépresseur Cipralex (escitalopram): nouveaux renseignements concernant le risque cardiaque lié à la dose - avis pour les professionnels**; 2012, https://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2012/13674a-fra.php.
26. Sheeler RD, Ackerman MJ, Richelson E, Nelson TK, Staab JP, Tangalos EG, Dieser LM, Cunningham JL: **Considerations on safety concerns about citalopram prescribing**. *Mayo Clin Proc* 2012, **87**(11):1042-1045.
27. van Poelgeest EP, Pronk AC, Rhebergen D, van der Velde N: **Depression, antidepressants and fall risk: therapeutic dilemmas-a clinical review**. *Eur Geriatr Med* 2021, **12**(3):585-596.
28. Batelaan N, Scholten W, Rhebergen D, Van Balkom A: **Why we need to evaluate long-term antidepressant use in older patients with depression**. *Age Ageing* 2021, **50**(3):690-692.
29. Burn W, Horowitz MA, Roycroft G, Taylor D: **Stopping antidepressants**. London, United Kingdom: Royal College of psychiatrists' Public Engagement Editorial Board (PEEB); 2024, https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/mental-health/treatments-and-wellbeing/print-outs/stopping-antidepressants-information-resource-print-version-18-03-24.pdf?sfvrsn=76e4b9a8_3.
30. Gardner D: **Les médicaments antidépresseurs (partie 2) : quand et comment les arrêter en toute sécurité**. Montréal (Québec, Canada): Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription; 2025, https://www.reseaudeprescription.ca/blog/antidepresseurs-partie2.
31. Imbault G: **La cessation et la substitution d'un antidépresseur**. *Québec Pharmacie* 2008, **55**(9):25-31.
32. Bixby AL, VandenBerg A, Bostwick JR: **Clinical Management of Bleeding Risk With Antidepressants**. *Ann Pharmacother* 2019, **53**(2):186-194.
33. Pothen N, Patel P, Jafri A: **Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Bleeding Risk in the Geriatric Population**. *Innov Clin Neurosci* 2024, **21**(10):34-37.
34. McFarland D, Merchant D, Khandai A, Mojtahedzadeh M, Ghosn O, Hirst J, Amonoo H, Chopra D, Niazi S, Brandstetter J *et al*: **Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) Bleeding Risk: Considerations for the Consult-Liaison Psychiatrist**. *Curr Psychiatry Rep* 2023, **25**(3):113-124.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

35. Renoux C, Vahey S, Dell'Aniello S, Boivin JF: **Association of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors With the Risk for Spontaneous Intracranial Hemorrhage**. *JAMA neurology* 2017, **74**(2):173-180.
36. Lien YH: **Antidepressants and Hyponatremia**. *Am J Med* 2018, **131**(1):7-8.
37. Jacob S, Spinler SA: **Hyponatremia associated with selective serotonin-reuptake inhibitors in older adults**. *Ann Pharmacother* 2006, **40**(9):1618-1622.
38. Pinkhasov A, Xiong G, Bourgeois JA, Heinrich TW, Huang H, Coriolan S, Annamalai A, Mangal JP, Frankel S, Lang M *et al*: **Management of SIADH-related hyponatremia due to psychotropic medications - An expert consensus from the Association of Medicine and Psychiatry**. *J Psychosom Res* 2021, **151**:110654.
39. Viramontes TS, Truong H, Linnebur SA: **Antidepressant-Induced Hyponatremia in Older Adults**. *Consult Pharm* 2016, **31**(3):139-150.
40. De Picker L, Van Den Eede F, Dumont G, Moorkens G, Sabbe BG: **Antidepressants and the risk of hyponatremia: a class-by-class review of literature**. *Psychosomatics* 2014, **55**(6):536-547.
41. Mago R, Mahajan R, Thase ME: **Medically serious adverse effects of newer antidepressants**. *Curr Psychiatry Rep* 2008, **10**(3):249-257.
42. Mannesse CK, Jansen PA, Van Marum RJ, Sival RC, Kok RM, Haffmans PM, Egberts TC: **Characteristics, prevalence, risk factors, and underlying mechanism of hyponatremia in elderly patients treated with antidepressants: a cross-sectional study**. *Maturitas* 2013, **76**(4):357-363.
43. Gheysens T, Van Den Eede F, De Picker L: **The risk of antidepressant-induced hyponatremia: A meta-analysis of antidepressant classes and compounds**. *Eur Psychiatry* 2024, **67**(1):e20.
44. By the American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P: **American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria(R) for potentially inappropriate medication use in older adults**. *J Am Geriatr Soc* 2023, **71**(7):2052-2081.
45. Krisanapan P, Vongsanim S, Pin-On P, Ruengorn C, Noppakun K: **Efficacy of Furosemide, Oral Sodium Chloride, and Fluid Restriction for Treatment of Syndrome of Inappropriate Antidiuresis (SIAD): An Open-label Randomized Controlled Study (The EFFUSE-FLUID Trial)**. *Am J Kidney Dis* 2020, **76**(2):203-212.
46. Kim GH: **Pathophysiology of Drug-Induced Hyponatremia**. *J Clin Med* 2022, **11**(19).
47. Seppala LJ, Wermelink A, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, van der Velde N, task E, Finish group on fall-risk-increasing d: **Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics**. *J Am Med Dir Assoc* 2018, **19**(4):371 e311-371 e317.
48. Minoc EM, Villain C, Chretien B, Benbrika S, Heraudeau M, Lafont C, Bechade C, Lobbedez T, Lelong-Boulouard V, Dolladille C: **Association between antidepressant drugs and falls in older adults: A mediation analysis in the World Health Organization's pharmacovigilance database**. *Therapie* 2025.
49. Seppala LJ, Petrovic M, Ryg J, Bahat G, Topinkova E, Szczerbinska K, van der Cammen TJM, Hartikainen S, Ilhan B, Landi F *et al*: **STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high fall risk): a Delphi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk-Increasing Drugs**. *Age Ageing* 2021, **50**(4):1189-1199.
50. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denkinger M, Beuscart JB, Onder G, Gudmundsson A, Cruz-Jentoft AJ, Knol W, Bahat G *et al*: **STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3**. *Eur Geriatr Med* 2023, **14**(4):625-632.
51. Pazan F, Gercke Y, Weiss C, Wehling M, Raters F: **The U.S.-FORTA (Fit fOR The Aged) List: Consensus Validation of a Clinical Tool to Improve Drug Therapy in Older Adults**. *J Am Med Dir Assoc* 2020, **21**(3):439 e439-439 e413.
52. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO: **Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report**. *J Psychiatr Res* 1982, **17**(1):37-49.
53. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA: **Cornell Scale for Depression in Dementia**. *Biological psychiatry* 1988, **23**(3):271-284.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 2 – ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS CHEZ LE SUJET ÂGÉ (*ÉCHELLE DE DÉPRESSION GÉRIATRIQUE – 30 OU 15 ITEMS*)

VERSION 30 ITEMS

Description : L'échelle a été conçue pour évaluer les symptômes dépressifs chez les sujets âgés. Elle est couramment utilisée dans le cadre de l'évaluation gériatrique standardisée et dans les travaux de recherche clinique portant sur la dépression ou les troubles cognitifs.
Cotation : L'échelle est composée de 30 questions se répondant par oui ou non. L'examinateur donne un point pour chaque réponse marquée d'un astérisque. Le score total varie entre 0 et 30 points.
Interprétation : Dans la forme originale de l'échelle, un score ≤ 9 est normal, un score de 10 à 19 correspond à une dépression modérée, et un score de 20 à 30 correspond à une dépression sévère. Des études ont montré qu'un score > 13 indique l'existence d'un état dépressif avec une bonne sensibilité et spécificité.

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre	Oui*	Non
24. Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*

*accorder1 point à cette réponse, si autre réponse, accorder 0 point.

Références : [8, 52]. **Adapté de : Bourque, P., Blanchard, L., Vézina, J.: Étude psychométrique de l'Échelle de dépression gériatrique. Revue canadienne du vieillissement. 1990, 9:348-355. Droit d'auteur © 1990 Canadian Association on Gerontology. Reproduit avec la permission de Cambridge University Press.**

La version 15 items est disponible en ligne : https://sgca.fr/outils/gds15.pdf. Score 0 à 5 : normal; Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression; Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 3 – ÉVALUATION DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS CHEZ LE SUJET ÂGÉ ATTEINT DE TNC (ÉCHELLE DE CORNELL)

Description : Cette échelle a été élaborée pour faciliter le dépistage de la dépression chez des personnes dont le TNC est déjà installé, avec un MMS < 15. L'examinateur doit la compléter en interrogatoire direct avec le patient, mais également avec sa famille ou le personnel soignant. Les évaluations doivent être basées sur les symptômes et les signes présents **pendant la semaine précédant l'entretien**. Aucun point ne devra être attribué si les symptômes sont secondaires à une infirmité ou à une maladie somatique.

Cotation : A = impossible à évaluer 0 = absent 1 = intermittent ou modéré 2 = sévère

Interprétation : Le score maximum possible est de 38 et le score seuil pour un état dépressif est de 10.

Références : [9, 53]

Le détenteur des droits d'auteur de la version française de l'Échelle de Cornell n'a pas autorisé son utilisation dans le cadre du présent article. Celle-ci est disponible en Annexe 2 de l'article de Camus V. (1995).

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 4 – ÉVALUATION CLINIQUE DU PATIENT ÂGÉ DÉPRIMÉ

Éléments de l'évaluation clinique du patient âgé déprimé [2, 4, 22]:

- Revue des critères diagnostiques du DSM-5-TR ou utilisation d'une échelle de dépression (cf. **tableau 1**);
- Corroborer l'histoire auprès d'un tiers;
- Clarifier la personnalité pré-morbide;
- Clarifier les antécédents psychiatriques personnels et familiaux :
    - Épisodes de dépression ou manie
    - Gestes suicidaires
    - Réponse antérieure au traitement
- Clarifier les antécédents médicaux ainsi que les symptômes et limites fonctionnelles associées;
- Vérifier la consommation d'alcool et de drogue;
- Obtenir la liste complète de la médication consommée (avec ou sans ordonnance) ainsi que les produits de santé naturels;
- Examen des conditions de vie actuelle et des éléments de stress récents ;
- Évaluer la gravité des symptômes dépressifs et la présence de symptômes psychotiques ou catatoniques;
- Évaluation du risque suicidaire;
- Évaluer l'état fonctionnel et les incapacités;
- Évaluer le soutien social;
- Procéder à l'examen mental et au dépistage cognitif;
- Procéder à l'examen physique, incluant le poids, la prise de tension artérielle en position couchée et debout et un examen neurologique sommaire;
- Obtenir un bilan paraclinique de base :
    - Hémogramme
    - Glycémie ou hémoglobine glyquée
    - Fonction rénale et électrolytes
    - Fonction thyroïdienne
    - Un électrocardiogramme (ECG) est requis avant de débuter un antidépresseur tricyclique ou le citalopram/escitalopram
    - Autres tests pertinents selon la situation clinique.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

ANNEXE 5 – ANTIDÉPRESSEURS INAPPROPRIÉS OU POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

1) Selon les critères de Beers, en fonction des classes de médicaments ou de conditions cliniques [44]

A. Classes de médicaments	Justifications
Anticholinergiques : Antidépresseurs, seuls ou en combinaison : • amitriptyline • clomipramine • désipramine • doxépine>6mg/jr • imipramine • nortriptyline • paroxétine • trimipramine	- Fortement anticholinergique - Sédatif - Cause d'hypotension orthostatique - Le profil de sécurité de la doxépine à faible dose (dose inférieure ou égale à 6 mg/jr) est comparable au placebo
Antipsychotiques, diurétiques, carbamazépine, mirtazapine, oxcarbazépine, IRSN, ISRS, ATC, tramadol	- Peut exacerber ou causer un SIADH ou une hyponatrémie. - La natrémie doit être surveillée de près lors du début ou du changement de dose.

B. Condition clinique	Médicaments	Justifications
Syncope	- Inhibiteurs de la cholinestérase - Alpha bloquants non sélectifs (doxazosine, prazosine, térazosine) - ATC tertiaires - Antipsychotiques (chlorpromazine, olanzapine)	- Les ATC tertiaires augmentent le risque d'hypotension orthostatique.
Délirium	- Anticholinergiques (dont ATC et paroxétine) - Benzodiazépines - Antipsychotiques - Corticostéroïdes (oraux et parentéraux) - Antagonistes des récepteurs H2 - Opioïdes - Hypnotiques en Z	- Éviter chez les patients âgés avec ou à haut risque de délirium, car peut potentiellement induire ou exacerber le délirium.
Troubles neurocognitifs	- Anticholinergiques (dont ATC et paroxétine) - Benzodiazépines - Hypnotiques en Z - Antipsychotiques, utilisation chronique ou au besoin	- Éviter à cause des effets nuisibles au système nerveux central.
Antécédent de chutes ou fractures	- Anticonvulsivants - Antipsychotiques - Benzodiazépines - ATC - ISRS - IRSN - Hypnotiques en Z - Opioïdes	- Peut produire ataxie, dysfonction psychomotrice, syncope ou chutes additionnelles. - Si un agent doit être prescrit, considérer la réduction des autres agents qui agissent sur le système nerveux central qui peuvent causer des chutes et fractures et considérer d'autres stratégies pour réduire le risque de chute. - Les données sur les antidépresseurs sont partagées.

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Symptômes du tractus urinaire bas, hyperplasie bénigne de la prostate	- Médicaments avec fort potentiel anticholinergique, donc ATC et paroxétine	- Peut réduire le débit urinaire et causer de la rétention urinaire

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; ATC : antidépresseurs tricycliques

2) Parmi les critères STOPP-START [50]:

Parmi les critères STOPP:

- Antidépresseurs tricycliques chez sujet avec TNC, glaucome à angle fermé, problèmes de conduction cardiaque, prostatisme, constipation chronique, chutes récentes, histoire antérieure de rétention urinaire ou d'hypotension orthostatique (risque d'exacerbation de ces conditions)
- Initiation d'antidépresseurs tricycliques comme traitement antidépresseur de première ligne pour la dépression majeure (effets indésirables supérieurs aux ISRS et IRSN).
- IRSN et hypertension grave (pression artérielle systolique supérieure à 180 mmHg +/- pression artérielle diastolique supérieure à 105 mmHg (susceptible d'aggraver l'hypertension)
- ISRS en présence d'une hyponatrémie actuelle ou récente < 130 mmol/l (risque d'exacerber ou de précipiter une hyponatrémie)
- ISRS avec histoire significative actuelle ou récente de saignement (risque d'exacerbation ou de récurrence de saignement dû aux effets antiplaquettaires des ISRS)
- ISRS en combinaison avec warfarine ou anticoagulant oral direct avec histoire antérieure d'hémorragie majeure (risque augmenté de saignement dû aux effets antiplaquettaires des ISRS)
- Médicaments qui prolongent l'intervalle QTc chez les patients avec prolongation du QTc connue (plus de 450 ms chez l'homme et plus de 470 ms chez la femme), incluant les quinolones, macrolides, ondansetron, citalopram (plus de 20 mg/jour), escitalopram (plus de 10 mg/jour), ATC, lithium, halopéridol, digoxine, antiarythmiques de classe 1A, antiarythmiques de classe III, tizanidine, phénothiazines, mirabegron (risque d'arythmies ventriculaires menaçant la vie)
- Antidépresseurs chez patients avec chutes récurrentes (peut altérer l'état de conscience)
- Usage concomitant de deux médicaments ou plus avec effets anticholinergiques/antimuscariniques (antispasmodiques urinaires ou intestinaux, antidépresseurs tricycliques, antihistaminiques de première génération, antipsychotiques) (risque accru de toxicité anticholinergique/antimuscarinique)

Parmi les critères START:

- Antidépresseur (sauf antidépresseur tricyclique) en présence de trouble dépressif majeur

Tous droits réservés - © RUSHGQ, 2026 - Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition d'en mentionner la source.