

GESTION DES TROUBLES ANXIEUX EN UCDG

ANNEXE 17 DU DOCUMENT «GESTION MÉDICAMENTEUSE EN UCDG -4^{ÈME} ÉDITION [1]

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

4^{ème} édition

Auteurs :

Jean-François Carmel, M.D., gériatopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,
Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal - Universitaire
James Hill, Pharm.D., M.Sc., BCPS, FOPQ, pharmacien, Hôpital régional de Rimouski, Santé Québec Bas-St-Laurent



Révisure :

Marie-Jeanne Kergoat, M.D., gériatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal,
Santé Québec Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

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

Illustrations : Victoire K-Bezeau

INTRODUCTION

L'anxiété est une émotion fondamentale, normale et nécessaire sans laquelle la survie de l'individu serait impossible. L'anxiété pathologique peut survenir en présence de troubles anxieux mais aussi dans la plupart des troubles mentaux. L'anxiété peut également être un signe d'alarme d'un danger potentiel dans le cadre d'une maladie somatique, comme un infarctus, ou l'hypoglycémie chez un patient diabétique [2].

Les troubles anxieux sont fréquents chez la personne âgée, mais moins que chez les personnes plus jeunes [3]. Leur prévalence dans les études se situe entre 1 et 15% [4]. Les troubles anxieux, notamment le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique, sont particulièrement fréquents chez les personnes atteintes de maladies médicales, avec des taux de prévalence pouvant atteindre environ 30 % chez les patients souffrant d'épilepsie, de la maladie de Parkinson ou de maladies cardiovasculaires, et jusqu'à près de 48 % chez ceux présentant une sclérose en plaques ou un diabète.

Parmi les facteurs de risque les plus importants de développer un trouble d'anxiété, on note le déclin cognitif, la dépression, le sexe féminin, les limites fonctionnelles, l'insomnie, la multimorbidité, la douleur, la polypharmacie, la mauvaise santé et l'isolement [5]. Diverses conditions médicales sont également plus prévalentes en présence de troubles anxieux (maladie pulmonaire obstructive chronique, syndrome douloureux, néoplasie, troubles gastro-intestinaux, hyperthyroïdie, incontinence, trouble auditif, hypertension [4], chutes [6]). L'anxiété généralisée à l'âge tardif a été associée avec une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) et d'autres événements cardiovasculaires [7], et 20% des patients ayant souffert d'un AVC présenteront de l'anxiété significative [8]. Les troubles anxieux sont aussi fréquemment comorbides avec d'autres troubles mentaux, notamment la dépression majeure. Ces comorbidités sont associées à une plus grande sévérité des conditions médicale et psychiatrique et à un impact défavorable sur leur prise en charge. Cela se traduit par un taux de réponse plus faible, un délai de réponse plus long et une probabilité accrue d'interruption du traitement, ainsi qu'à un pronostic moins favorable, incluant une diminution de la qualité de vie du patient et de son proche aidant [6] et une augmentation de la mortalité [9]. Le degré d'atteinte fonctionnelle attribuable à l'anxiété généralisée est comparable à celui de la dépression majeure, de l'arthrite ou du diabète [10]. Le risque de suicide pourrait être jusqu'à 10 fois plus élevé que pour la population générale en présence de trouble anxieux [4].

Bien que l'expression clinique des troubles anxieux soit globalement comparable à celle observée chez les personnes plus jeunes, certaines différences se manifestent chez les personnes âgées, notamment par des thèmes anxieux distincts tels que les préoccupations liées à la santé, à la perte d'autonomie et à la crainte de devenir un fardeau. L'anxiété se manifeste souvent chez la personne âgée par des plaintes somatiques comme des tremblements, des étourdissements, de la tension musculaire, de la céphalée, des douleurs et des symptômes gastro-intestinaux [3].

De manière générale, les troubles anxieux ont une évolution chronique avec une fluctuation de la sévérité des symptômes, caractérisée par des périodes de rémission alternant avec des périodes de rechute [11]. Les troubles anxieux tendent donc à persister à l'âge avancé [12].

Étiologie

Les troubles anxieux sont sous-diagnostiqués et sous-traités chez les personnes âgées [6]. Le diagnostic est compliqué par le chevauchement et la réciprocity des symptômes entre trouble anxieux et certaines comorbidités médicales. Il est donc essentiel de déterminer tout d'abord la contribution d'une condition médicale pouvant provoquer les symptômes d'anxiété avant de considérer une étiologie psychiatrique. Une attention toute particulière doit être accordée aux conditions cardiaques, respiratoires, hyperthyroïdiens et vestibulaires. L'apparition soudaine de crises de panique, angoisse, accompagné de confusion pourrait également dans certains contextes évoquer la possibilité d'un délirium.

Il est donc impératif d'éliminer la présence de conditions médicales générales avant de diagnostiquer un trouble anxieux. Il n'y a pas de test sanguin de routine pour évaluer l'anxiété. Toutefois, si la présentation clinique suggère la contribution d'une condition médicale, les laboratoires suivants peuvent être considérés : formule sanguine complète, électrolytes (incluant calcium, magnésium et phosphate), tests de la fonction rénale, hépatique et thyroïdienne, vitamine B12 et glycémie [5].

Certaines substances psychoactives et médicaments peuvent causer de l'anxiété. Une histoire complète sur l'utilisation de drogues, de caféine et de médicaments devrait être effectuée, incluant les médicaments de vente libre et les produits de santé naturels [5]. Le tableau 1 indique certains médicaments, classes pharmacologiques ou substances qui peuvent causer ou mimer de l'anxiété. Ainsi, les médicaments qui pourraient être anxiogènes devraient être réévalués, diminués ou cessés [13]. Par exemple, l'akathisie¹ causée par les antipsychotiques peut être confondue avec de l'anxiété [5]. Également, des erreurs ou des oublis dans la prise de la médication peuvent entraîner un sevrage, un délirium ou une toxicité qui peuvent se manifester par de l'anxiété chez certains patients [5].

Lorsque l'anxiété est liée à la consommation de substances psychoactives, le traitement de l'anxiété devrait être axé sur le traitement de cette consommation [5]. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié différentes lignes directrices sur les troubles liés à la consommation de substances (alcool [14], cannabis [15], opioïdes [16], benzodiazépines [17]) chez la personne âgée.

Tableau 1: Médicaments ou substances pouvant causer ou mimer de l'anxiété (liste non exhaustive) * [5]

Médicaments ou substances

- Agonistes bêta-2 (salbutamol)
- Agonistes des récepteurs de la dopamine (lévodopa, pramipexole)
- Antagonistes dopaminergiques (akathisie secondaire aux antipsychotiques ou métoclopramide)
- Anticholinergiques (atropine, benztropine, antimuscariniques, antihistaminiques)
- Antidépresseurs (ISRS, IRSN, ATC)
- Antipaludéens (chloroquine, hydroxychloroquine, méfloquine)
- Benzodiazépine (dans le contexte du sevrage)
- Corticostéroïdes
- Éfavirenz
- Endocriniens (lévothyroxine, insuline, testostérone, estrogène)
- Opioïdes
- Stimulants (amphétamine, méthylphénidate)
- Traitements pour l'insuffisance cardiaque (digoxine, amiodarone, bêtabloquants)
- Produits de santé naturels (ginseng, ginkgo biloba)
- Alcool
- Caféine
- Cannabis



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

*Pour plus de détails, veuillez-vous référer aux *Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées* [5].

¹ L'akathisie est la forme la plus courante de symptôme extrapyramidal, et se présente généralement sous forme d'une agitation motrice avec une envie impérieuse de bouger et une incapacité à rester immobile. Les personnes ayant une akathisie plus légère peuvent décrire un sentiment subjectif d'agitation sans démontrer de comportement moteur agité.

Par ailleurs, il est difficile de distinguer l'anxiété adaptative, qui se présente avec les multiples bouleversements de vie auxquels les personnes âgées sont confrontées (perte d'autonomie, deuil, isolement, déclin cognitif), de l'anxiété pathologique. Dans ce contexte, le recours à une classification diagnostique standardisée permet de mieux encadrer cette distinction. Le DSM-5-TR liste les troubles anxieux suivants [18]:

- Phobie spécifique,
- Anxiété sociale,
- Trouble panique,
- Agoraphobie,
- Anxiété généralisée,
- Trouble anxieux induit par une substance/un médicament
 - o Alcool, caféine, cannabis, phencyclidine, hallucinogène, substance inhalée, opiacé, sédatif/hypnotique/anxiolytique, amphétamine/stimulant, cocaïne, autre,
 - o Avec début au cours d'une intoxication, d'un sevrage ou après la prise d'un médicament,
- Trouble anxieux dû à une autre affection médicale (ex. phéochromocytome),
- Autre trouble anxieux spécifié,
- Trouble anxieux non spécifié.

Des symptômes intenses, récurrents et inattendus à montée brusque et une intolérance aux symptômes physiques de l'anxiété évoquent un trouble panique [4]. Une peur intense d'être jugée négativement en présence de situations sociales où la personne est observée attentivement par autrui suggère l'anxiété sociale [3]. Une peur intense, immédiate et disproportionnée à propos d'un objet ou d'une situation spécifique guide vers une phobie spécifique. La peur de tomber, qui survient chez environ 50% des patients âgés ayant chuté dans la dernière année, en est un exemple [13]. Une peur disproportionnée et marquée des endroits extérieurs au domicile où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'y trouver du secours si des symptômes de panique ou d'autres symptômes incapacitants ou embarrassants (ex. incontinence urinaire, chute) survenaient nous dirigent vers l'agoraphobie [11]. Des soucis excessifs, difficiles à contrôler, présents la plupart du temps, pour un certain nombre d'événements et une intolérance à l'incertitude orientent vers l'anxiété généralisée. Dans l'anxiété généralisée, l'anxiété se caractérise par une attente avec appréhension portant sur plusieurs domaines de la vie quotidienne. Cette anxiété s'accompagne de symptômes physiques et cognitifs tels que l'agitation, la fatigue, les difficultés de concentration, l'irritabilité, les tensions musculaires et les troubles du sommeil. Par ailleurs, dans le DSM-5-TR, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble stress post-traumatique sont dans une catégorie à part des troubles anxieux [18].

L'anxiété est également un symptôme fréquent des troubles neurocognitifs majeurs, à tous les stades de la maladie, et peut en constituer un prodrome. Des critères spécifiques de l'anxiété dans les TNCM ont été validés, incluant des symptômes relevant de différents domaines, tels que les soucis excessifs, l'appréhension et l'hypervigilance, la tension motrice et l'hyperréactivité autonome. L'anxiété peut également être une réponse à la prise de conscience par l'individu que ses capacités cognitives déclinent [19]. Les études démontrent une association, probablement bidirectionnelle, entre déclin cognitif et anxiété. Notamment, l'élévation du cortisol aurait des effets délétères sur le volume de l'hippocampe [20]. Dans plusieurs études, la présence de symptômes anxieux prédit la conversion d'un trouble neurocognitif léger amnésique vers la maladie d'Alzheimer [21]. Une évaluation de dépistage cognitif peut donc être envisagée lors de l'évaluation des symptômes anxieux. Toutefois, l'interprétation des résultats doit tenir compte qu'une anxiété importante a un effet négatif sur les performances cognitives en altérant l'attention et les fonctions exécutives. L'évaluation cognitive devrait donc se faire préférentiellement lorsque l'anxiété est stabilisée.

Chez les personnes âgées, les troubles anxieux se présentent souvent différemment que chez les adultes plus jeunes. Les personnes âgées sont plus souvent réticentes à parler de santé mentale [6], minimisent souvent leurs symptômes anxieux et sont moins susceptibles d'identifier ou de verbaliser explicitement l'anxiété, celle-ci s'exprimant davantage par des symptômes somatiques et des préoccupations centrées sur la santé [4]. Elles peuvent aussi éprouver des sensations de type panique sans pour autant reconnaître ou rapporter des attaques de panique complètes. D'autre part, les comportements d'évitement sont parfois difficiles à interpréter, notamment lorsqu'il s'agit de distinguer les limitations imposées par l'anxiété de celles liées à des contraintes physiques réelles [5]. Pour mieux dépister les comportements d'évitement chez les personnes âgées, il peut alors être utile de les questionner sur l'impact de leurs symptômes anxieux sur des activités pertinentes pour elles, comme par exemple de visiter leurs petits-enfants [12]. Enfin, certaines personnes âgées ont aussi de la difficulté à se rappeler de leurs symptômes anxieux, à les identifier ou à les communiquer en raison d'un déclin cognitif. Il est donc pertinent de questionner la famille ou les proches pour obtenir une information collatérale sur les symptômes.

Pour aider au diagnostic différentiel, le moment d'apparition des symptômes anxieux par rapport à la date du diagnostic médical peut nous orienter, car des symptômes d'apparition soudaine ou tardive sont plus susceptibles d'être attribués au trouble médical ou à son traitement tandis que des symptômes apparus avant le début de maladie ou avec une comorbidité psychiatrique sont plus susceptibles d'appartenir à un trouble anxieux, bien que les deux étiologies puissent coexister [3]. Enfin, l'utilisation du Geriatric Anxiety Inventory est suggérée pour identifier le trouble d'anxiété généralisée en milieu clinique. Dans le contexte d'un trouble neurocognitif, l'échelle Rating Anxiety in Dementia (RAID) est plutôt suggérée [5].

APPROCHE CLINIQUE

Approche non-pharmacologique

Une revue du traitement non pharmacologique de l'anxiété chez les personnes âgées a été réalisée par la CCSMPA en 2024 et cette référence *Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées* peut être consultée pour plus de détails [5]. En résumé, la prise en charge de l'anxiété chez les personnes âgées repose sur une approche graduée et centrée sur la personne (Cf. algorithme de la CCSMPA : https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/03/FR_Anxiety-Algorithm_MARCH-2024_final.pdf). Les interventions non pharmacologiques doivent être privilégiées en première intention, sauf en cas de préférence du patient, de sévérité marquée des symptômes ou de risque clinique élevé. L'évaluation initiale devrait d'abord cibler les facteurs de stress actuels tels que l'insécurité financière ou alimentaire, les difficultés de logement, l'isolement social, les besoins de soins non comblés, ainsi que les situations de discrimination, d'abus ou de négligence.

Une approche de soins par paliers est recommandée, débutant par des interventions de faible intensité. Des interventions environnementales, sociales, récréatives, spirituelles, les groupes d'entraide [22], la modification de certaines habitudes de vie (stratégies de réduction du stress, diminuer l'alcool et le café, cesser le tabac et les drogues) [6] et des livres d'autothérapie pour grand public [12] peuvent être utiles [4]. D'autres approches incluent la bibliothérapie, les techniques de relaxation, la psychoéducation et la planification de contacts réguliers utilisant l'écoute active et la validation émotionnelle. La prescription sociale constitue également une stratégie clé visant à renforcer le réseau de soutien et à répondre aux stressors psychosociaux. Les références vers des organismes communautaires dédiés aux aînés sont fortement encouragées.

L'activité physique, incluant l'exercice aérobie et le renforcement musculaire, fait partie intégrante de la prise en charge, avec plusieurs ressources canadiennes adaptées aux capacités fonctionnelles des personnes âgées. Des modalités comme le tai-chi et le yoga sont particulièrement efficaces pour réduire la peur de chuter.

En l'absence d'amélioration clinique, des interventions plus intensives doivent être envisagées, notamment la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) menée par un thérapeute, en format individuel ou de groupe. La thérapie par internet peut être une option si un psychologue n'est pas disponible en personne au site de traitement [22]. La pharmacothérapie peut être ajoutée en collaboration avec les soins primaires. Les services spécialisés (psychologues, psychiatres, gériopsychiatres, gériatres) sont réservés aux cas plus complexes. Les troubles cognitifs ou les incapacités intellectuelles ne constituent pas des contre-indications absolues à la psychothérapie, mais nécessitent des adaptations ciblées, incluant rappels téléphoniques entre les sessions, revue hebdomadaire des concepts, ajustement du contenu des devoirs à la maison et simplification du traitement [3, 22].

Approche pharmacologique de l'anxiété généralisée

Une revue du traitement pharmacologique de l'anxiété chez les personnes âgées a également été réalisée par la CCSMPA en 2024 et cette référence *Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées* peut être consultée pour plus de détails [5]. Le choix de la molécule doit être individualisé en tenant compte de plusieurs facteurs dont la réponse antérieure aux traitements pharmacologiques, les comorbidités, la fragilité, les effets indésirables à éviter ou ceux souhaités, les interactions médicamenteuses et les symptômes associés [11, 12]. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) sont habituellement les agents de premier choix. Les antidépresseurs sont également à privilégier lorsque le patient présente des symptômes dépressifs en plus de ceux liés à l'anxiété [11, 12]. Les choix à privilégier chez le patient âgé sont listés dans le tableau 2.

L'introduction du traitement pharmacologique se fait à petites doses de façon progressive, mais avec l'objectif d'obtenir une dose cible efficace contre l'anxiété (cf. tableau 2) [5]. Il est important de débiter le traitement à faible dose afin de diminuer les effets indésirables [5, 23]. La dose peut être augmentée en respectant des intervalles de 7 à 14 jours en général afin d'atteindre une dose cible. Le délai de réponse est plus lent que celui pour la dépression. Dans la plupart des études, on observe une amélioration des

symptômes 4 à 6 semaines après avoir obtenu une dose thérapeutique et la plupart des améliorations surviennent entre 6 et 8 semaines de traitement [5]. Il est important d'aviser le patient et son entourage de ce délai d'action [2, 22, 24]. Environ 75% des patients répondront à l'intervalle inférieur des doses cibles d'ISRS ou d'IRSN [23]. Une réponse complète peut prendre jusqu'à 12 semaines et parfois plus [12]. Si le patient ne répond pas à une dose cible inférieure après environ six semaines, il est important d'optimiser la dose avant de conclure à un échec. Toutefois, s'il y a absence complète de réponse après 4 à 8 semaines de dose thérapeutique, il faut changer de molécule [5].

Agents de première ligne

Selon les *Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées*, les antidépresseurs ayant une action inhibitrice au niveau de la recapture de la sérotonine (ISRS et IRSN) sont les agents de première ligne lorsque le patient présente un trouble anxieux (sauf en présence de trouble bipolaire: voir section anxiété et trouble bipolaire, p.10) [5]. La dose de départ d'un ISRS ou d'un IRSN doit être plus faible afin d'éviter une agitation [2, 5, 11, 24]. Le patient et son entourage doivent être avisés de cette agitation initiale qui peut survenir avant que l'effet anxiolytique apparaisse. Ainsi, le traitement risque moins d'être cessé de façon prématurée. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine peuvent également causer des nausées, des céphalées et de l'insomnie, surtout au début du traitement ou lors de l'augmentation de doses. Puisque les patients avec troubles anxieux ont souvent une préoccupation des symptômes physiques, les aviser que ces médicaments peuvent causer ce type d'effets peut aider le patient à continuer son traitement [5, 24].

Parmi les ISRS, la sertraline, l'escitalopram et le citalopram sont les trois agents de choix [5]. À cause des risques d'allongement de l'intervalle QT, la dose maximale du citalopram est de 20 mg chez le patient âgé de 65 ans et plus selon Santé Canada [25]. La dose d'escitalopram est également limitée selon un avis de Santé Canada [26]. La sertraline est ainsi souvent l'ISRS privilégié puisqu'elle n'a pas de dose limite spécifique selon l'âge [5]. Les autres ISRS ont trop de risques d'interactions et d'effets indésirables pour être des agents de première ligne en gériatrie.

Parmi les IRSN, selon les *Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées*, la venlafaxine est l'agent de choix. La duloxétine est recommandée en deuxième intention par la CCSMPA à cause des risques d'interactions au niveau du CYP2D6 [5]. Toutefois, la duloxétine est souvent privilégiée si le patient présente des douleurs de type neuropathique, de la lombalgie chronique, de l'arthrose du genou ou de la fibromyalgie [27-29].

Agents de deuxième et troisième ligne

La prégabaline n'a pas d'indication officielle au Canada pour les troubles anxieux. Elle a été étudiée en monothérapie sur une période de 8 semaines chez les patients de 65 ans et plus et certains patients semblent voir une réduction des symptômes anxieux dès la deuxième semaine [30]. En raison de preuves limitées de son efficacité chez les aînés et d'inquiétudes quant à la tolérabilité, la CCSMPA considère que la prégabaline ne doit pas être utilisée en première ligne, mais peut être envisagée chez ceux souffrant d'anxiété difficile à traiter [5]. Puisqu'elle est éliminée presque exclusivement au niveau rénal, la dose de prégabaline doit être ajustée selon la clairance à la créatinine (voir tableau 2). Il est important de rappeler que la prégabaline n'a pas d'effets sur les symptômes dépressifs. Donc elle ne peut être une alternative en monothérapie s'il y a présence de dépression. La prégabaline peut être une alternative à la duloxétine si le patient présente des douleurs chroniques neuropathiques ou de la fibromyalgie [29]. Elle peut être ajoutée à un antidépresseur dans les cas d'anxiété réfractaire ou plus sévère.

La quétiapine n'a pas d'indication officielle au Canada pour les troubles anxieux. Elle a été étudiée en monothérapie sur une période de 11 semaines chez les patients de plus de 65 ans et certains patients semblent voir une réduction des symptômes anxieux dès la première semaine [31]. En raison de ses nombreux risques d'effets indésirables (dont la somnolence, les chutes, l'hypotension orthostatique, les risques métaboliques à long terme et l'allongement de l'intervalle QT), la CCSMPA considère que la quétiapine doit être réservée en cas d'échec aux traitements non pharmacologiques et aux agents pharmacologiques de première ligne [5]. Elle peut aussi être combinée à un antidépresseur si réponse partielle à un antidépresseur dont la dose a été optimisée.

La buspirone a un mécanisme d'action exact inconnu. Elle a des propriétés agonistes partielles sur les récepteurs 5HT_{1A} [27]. Elle peut être considérée pour le traitement du trouble d'anxiété généralisé d'intensité légère à modérée lorsque les agents de première ligne ne sont pas efficaces ou tolérés [5]. Son début d'action est lent (peut prendre jusqu'à deux à quatre semaines avant que l'effet anxiolytique apparaisse). Ainsi, elle ne doit jamais être prescrite au besoin (PRN). Elle cause peu de sédation et n'altère pas les fonctions cognitives ou psychomotrices. Les effets indésirables principaux sont les suivants: céphalées, étourdissements, sentiment

de tête légère, fatigue, nausées [27]. Elle ne cause pas de troubles sexuels, ce qui en fait une alternative pour les personnes qui ont ce type d'effet indésirable avec les ISRS ou IRSN [29].

Tableau 2: Médicaments à privilégier chez la personne âgée pour le traitement de l'anxiété généralisée [5, 22, 23, 27]

Médicament	Dose de départ (mg/jour)	Dose cible en anxiété généralisée (mg/jour)	Intervalle d'augmentation minimal à respecter	Métabolisme	Particularités*
ISRS					
Citalopram (Celexa®)	5 à 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 [25]. Cette dose peut être insuffisante chez certains patients. **
Escitalopram (Ciprallex®)	2,5 à 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 [26]. Cette dose peut être insuffisante 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	Peut causer plus de diarrhées et de nausées que l'escitalopram et le citalopram chez certains patients.
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 $\geq$ 150 mg. • Formulation longue action : ne pas croquer les granules.
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 fabricant).
Autres					
Prégabaline (Lyrica®)	25	150 à 300 en doses divisées bid-tid	25 mg q 3 jours	90% rénal	Ajustement en insuffisance rénale: ClCr 30-60 ml/min: max 300 mg/jr ClCr 15-30 ml/min: max 150 mg/jr ClCr inférieure à 15 ml/min: max 75 mg/jr

Médicament	Dose de départ (mg/jour)	Dose cible en anxiété généralisée (mg/jour)	Intervalle d'augmentation minimal à respecter	Métabolisme	Particularités*
Quétiapine (Seroquel®)	Rég : 6,25 à 25 XR : 50	Rég : 50 à 300 en doses divisées bid-tid XR : 50 à 300 die	Rég : 12,5 à 25 mg q3 jours XR : 50 mg q 7 jours	Substrat 3A4, 2D6 Inhibiteur faible 1A2, 2D6, 3A4, 2C9, 2C19	Formulation longue action: peut être donnée au souper si effet de somnolence souhaité (environ 4h plus tard), ne peut être écrasée, ni coupée.
Buspirone (Buspar®)	10 en doses divisées bid-tid	15 à 60 en doses divisées bid-tid	5 mg q 3 jours	Substrat 3A4 Métabolite actif substrat 2D6	Long délai d'action (2-4 semaines). Prolongation de la demi-vie en insuffisance rénale et hépatique.

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

*Il est à noter que la plupart des antidépresseurs peuvent causer les effets indésirables suivants: agitation/anxiété en début de traitement, nausées, hyponatrémie, chutes. Le lecteur est invité à consulter la fiche *Gestion des antidépresseurs en UCDG* pour plus de détails au sujet de la gestion de certains effets indésirables [32].

** Chez certains patients, lorsque plusieurs échecs ont été constatés avec d'autres options, 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 [5]. 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 structurale (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 [27, 33] ;
- 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 .

Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont fréquemment prescrites lors de troubles anxieux. Des données démontrent que 45 à 60% des patients de plus de 55 ans présentant des troubles anxieux se font prescrire des benzodiazépines. Ce taux est supérieur à celui de prescription d'antidépresseurs [12]. Les benzodiazépines sont largement utilisées malgré le peu d'études venant appuyer leur efficacité pour le traitement de troubles anxieux chez le sujet âgé [34]. Ceci est inquiétant, compte tenu des nombreux effets indésirables que peut présenter la prise de benzodiazépines chez le patient gériatrique. Parmi ces risques, nous retrouvons le risque de délirium, d'accident de la route, de déficit cognitif, de chute, de fractures, de réaction paradoxale et d'hospitalisation [3, 5, 7, 17, 22, 24]. L'utilisation au besoin de benzodiazépines avant une séance de psychothérapie pourrait diminuer les bienfaits de celle-ci [35]. Le potentiel d'abus et de dépendance est également préoccupant. Il est donc important d'éviter cette classe pharmacologique chez les patients avec un historique d'abus de substances [24]. Il est important de discuter avec le patient âgé et son entourage des risques de dépendance et des autres risques avant la première prescription d'une benzodiazépine [11, 17]. La façon la plus efficace de minimiser ces risques est d'éviter d'utiliser les benzodiazépines [17].

Une benzodiazépine est parfois prescrite pour réduire les symptômes d'agitation ou d'exacerbation d'anxiété lors de l'ajout d'un ISRS ou d'un IRSN. Toutefois, ceci ne doit pas être fait d'emblée et est souvent non nécessaire si l'antidépresseur est débuté à petite dose et que la dose est augmentée graduellement [24]. Si une benzodiazépine est prescrite, elle doit l'être uniquement pour une courte durée dans le but de faire une transition jusqu'à ce qu'un traitement plus approprié (ex: un antidépresseur) s'avère efficace lorsque

le patient présente une anxiété sévère [17]. Une courte durée signifie idéalement de deux à quatre semaines à la plus petite dose efficace possible, le temps que l'antidépresseur fasse effet [5].

Il faut considérer utiliser une benzodiazépine à long terme seulement après qu'il y ait échec à des tentatives appropriées d'interventions non pharmacologiques et de traitements pharmacologiques plus sûrs [11, 17]. Il faut se rappeler qu'il est très difficile de cesser des benzodiazépines chez les patients présentant des troubles anxieux qui en prennent depuis des mois ou années. Ainsi, éviter la prescription initiale autant que possible est l'idéal [11, 17].

Si une benzodiazépine devient une option, les deux molécules à privilégier sont le lorazépam et l'oxazépam puisqu'elles sont éliminées au foie par conjugaison (non altérée par l'âge) [27, 29]. Il est à noter que le témazépam qui est une autre benzodiazépine métabolisée par conjugaison est réservée pour l'insomnie et n'a pas d'indication pour le traitement des troubles anxieux. Les particularités de ces deux choix sont détaillées dans le tableau 3.

Tableau 3: Benzodiazépines à privilégier chez la personne âgée pour le traitement de troubles anxieux [27]

Benzodiazépine	Dose (mg)	Début d'action	Temps pour pic plasmatique maximal (T max)	Particularités
Lorazépam (Ativan®)	0,25 à 0,5 bid-qid	Voie SL: 15 min Voie per os: 30 min	Voie SL: 1h Voie per os: 2-4h	Bien absorbé par voie sublinguale
Oxazépam (Serax®)	5 à 7,5 bid-qid	30-60 min	2-4h	Délai plus lent que lorazépam

Si un patient prend déjà une benzodiazépine et que le clinicien désire entamer une diminution de dose ou un changement de molécule, il peut consulter le tableau 4 afin de connaître les différentes caractéristiques et les doses équivalentes. Il est important de savoir que certaines benzodiazépines peuvent parfois être déjà au dossier pour d'autres indications en plus de l'anxiété. Un bon exemple est le clonazépam qui est la seule benzodiazépine utilisée pour le trouble du comportement en sommeil paradoxal (rapid eye movement (REM) sleep behavior disorder) [36]. Ainsi, il faut toujours s'assurer de connaître l'indication avant de modifier une benzodiazépine. Pour plus de détails sur le sevrage de benzodiazépines, nous invitons le lecteur à consulter le site deprescribing.org et la fiche sur le traitement de l'insomnie [37].

Nous invitons également le lecteur à consulter les *Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées* de la CCSMPA parues en 2019 pour plus d'informations sur les bonnes pratiques en matière de benzodiazépines en gériatrie [17].

Tableau 4: Caractéristiques et doses équivalentes de benzodiazépines [27, 38, 39]*

Benzodiazépine	Dose équivalente (mg)	Début d'action	Durée d'action et demi-vie	Métabolisme
Alprazolam (Xanax®)	0,5	15-30 min	Intermédiaire 12-15h	Oxydation (3A4) Métabolites actifs : oui
Bromazépam (Lectopam®)	3	15-30 min	Intermédiaire 8-30h	Hydroxylation et conjugaison Métabolites actifs : oui
Chlordiazépoxide (Librium®)	10	15-30 min	Longue 5-96h	Oxydation (1A2) Métabolites actifs : oui
Clonazépam (Rivotril®)	0,25-0,5	15-30 min	Intermédiaire 18-50h	Oxydation (3A4), réduction Métabolites actifs : non
Clorazépate (Tranxene®)	7,5	15 min ou moins	Longue 50-100h	Oxydation Métabolites actifs : oui
Diazépam (Valium®)	5	15 min ou moins	Longue 20-100h	Oxydation (1A2, 2C9, 2C19, 3A4) Métabolites actifs : oui
Flurazépam (Dalmane®)	15	15 min ou moins	Longue 40-100h	Oxydation (2C9, 3A4) Métabolites actifs : oui
Lorazépam (Ativan®)	1	15-30 min	Intermédiaire 10-20h	Conjugaison Métabolites actifs : non

Benzodiazépine	Dose équivalente (mg)	Début d'action	Durée d'action et demi-vie	Métabolisme
Nitrazépam (Mogadon®)	5	30-60 min	Intermédiaire 24-29h	Réduction (2E1) Métabolites actifs : non
Oxazépam (Serax®)	15	30-60 min	Intermédiaire 5-20h	Conjugaison Métabolites actifs : non
Témazépam (Restoril®)	15	30-60 min	Intermédiaire 10-20h	Conjugaison Métabolites actifs : non
Triazolam (Halcion®)	0,25	15-30 min	Courte 1,5-5h	Oxydation (3A4) Métabolites actifs: non

*Il est à noter que les doses équivalentes peuvent varier d'une référence à l'autre. Il faut également adapter les doses selon les interactions médicamenteuses et le métabolisme de chaque molécule.

Médicaments à éviter

Parmi les critères de Beers 2023 [40]:

Plusieurs médicaments utilisés dans les troubles anxieux sont potentiellement inappropriés, telles les benzodiazépines. Par contre, pour cette classe, les critères de Beers permettent tout de même leur utilisation dans le trouble d'anxiété généralisée grave tout en reconnaissant les risques potentiels chez la clientèle gériatrique. Nous sommes d'avis que les benzodiazépines doivent être utilisées à la plus petite dose efficace pour la plus courte période de temps et être réévaluées régulièrement. Les benzodiazépines devraient être réservées lorsque le patient demeure anxieux malgré une optimisation des autres choix de traitement tel que discuté plus haut.

Les critères de Beers soulignent également 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 un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH). La vigilance est donc de mise de ce côté. Pour plus de détails, voir la fiche sur les antidépresseurs [32].

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 en Z. Ceci renforce l'idée de réévaluer les traitements chez le patient âgé et de bien sélectionner les agents pour le traitement des troubles anxieux.

Les détails des critères de Beers pour les différents médicaments utilisés dans les troubles anxieux sont inscrits à l'**annexe 2**.

Parmi les critères STOPP-START 2023 [41]:

Il est à noter que certains médicaments sont jugés potentiellement inappropriés, dont les benzodiazépines dans tous les cas pour quatre semaines ou plus selon les critères STOPP. Certains antidépresseurs sont également jugés potentiellement inappropriés dans certaines conditions. Cependant, il est mentionné dans la section START que les ISRS (ou IRSN ou prégabaline lorsque les ISRS sont contreindiqués) doivent être débutés en présence d'anxiété grave persistante qui interfère avec l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie. Il faut donc bien sélectionner le traitement du patient âgé anxieux. Les détails des critères STOPP-START sont inscrits à l'**annexe 2**.

Parmi les critères U.S.-FORTA 2020 [42]:

Les troubles anxieux n'ont pas été évalués par les auteurs de U.S.-FORTA 2020.

Quoi faire si échec au traitement initial

Lorsqu'un patient ne présente pas de réponse à son traitement initial, il faut tenter une autre alternative de première ligne [5]. Il est approprié de tenter un autre ISRS ou IRSN, même si le patient n'a pas eu de réponse à un premier médicament de la même classe [11]. Il faut favoriser la monothérapie autant que possible puisqu'il y a plus de risques d'effets indésirables et qu'il n'y a pas de données probantes suggérant qu'une combinaison de médicaments est efficace pour le traitement des troubles anxieux chez la personne âgée [5, 29]. Tenter une nouvelle monothérapie doit être privilégié avant de considérer une combinaison [23].

Si une combinaison est envisagée, il est souhaitable de combiner des médicaments ayant des mécanismes d'action différents (ex: prégabaline ou quétiapine avec un inhibiteur de recapture de la sérotonine (ISRS ou IRSN)). La combinaison avec des petites doses

d'autres antipsychotiques (rispéridone, olanzapine, aripiprazole, quétiapine) est parfois utilisée lors d'anxiété sévère et réfractaire [11, 12]. Cette combinaison devrait, dans la mesure du possible, être réalisée avec l'avis d'une équipe spécialisée en soins psychiatriques. Lors de l'ajout d'un antipsychotique, il est important de surveiller l'apparition possible d'akathisie qui peut être confondue avec certains symptômes d'anxiété. Il faut considérer l'ajout de benzodiazépine à long terme seulement si non-réponse aux agents de première et deuxième ligne cités plus haut [11].

Il est important de faire une bonne histoire pharmacothérapeutique chez le patient qui indique qu'il a déjà eu des échecs à des traitements anxiolytiques antérieurs. Il n'est pas rare de voir qu'un patient n'ait reçu qu'une petite dose sous-thérapeutique ou qu'il ait arrêté le traitement dans les deux premières semaines à la suite d'effets indésirables avant même qu'il n'ait pu constater les bienfaits de la molécule [22].

Suivi et durée de traitement

Lors de l'initiation d'un traitement, le patient doit être réévalué de façon rapprochée au cours des premières semaines [5].

Une thérapie à long terme est associée à une amélioration continue des symptômes et prévient les rechutes. Elle doit être continuée pour un minimum de 12 mois et même jusqu'à minimum 24 mois selon certaines lignes directrices [11, 12, 24].

Si un arrêt de traitement est envisagé, il faut réduire graduellement la molécule pour éviter des symptômes anxieux de rebond et des symptômes de retrait. Il y a peu de données sur la durée idéale pour effectuer un retrait, mais cela doit se faire sur plusieurs semaines [24] et certains auteurs avancent même une période de minimum trois mois afin de cesser complètement le médicament [11].

Approche pharmacologique des autres troubles anxieux

Tout comme pour le traitement de l'anxiété généralisée, peu d'études ont été effectuées chez la population gériatrique pour les autres troubles anxieux. Le trouble panique et l'anxiété sociale comportent des approches similaires à celles de l'anxiété généralisée. Ainsi, les *Lignes directrices canadiennes sur l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées* recommandent également les ISRS et les IRSN pour le traitement du trouble panique et du trouble d'anxiété sociale malgré le peu de données probantes disponibles chez la clientèle âgée [5].

Concernant le trouble panique plus spécifiquement, le patient est plus à risque d'avoir une exacerbation de son anxiété lors de l'ajout d'un ISRS ou d'un IRSN. Il faut donc aviser le patient de ce fait [24]. Aucune donnée probante ne semble exister pour le traitement pharmacologique de la phobie spécifique ou la peur de tomber chez la personne âgée [5].

Anxiété et trouble bipolaire

En présence de trouble bipolaire, d'autres agents qu'un antidépresseur devraient être utilisés (en raison du risque de virage hypomaniaque/maniaque), tels la prégabaline ou les antipsychotiques atypiques (quétiapine, olanzapine). Si un antidépresseur s'avère nécessaire, il faut s'assurer d'une stabilisation adéquate de l'humeur avec un agent prophylactique antimaniaque (lithium, divalproex ou antipsychotique atypique) et privilégier les ISRS [43].

CAS CLINIQUE

Une dame de 86 ans, veuve depuis 5 ans et vivant seule dans son appartement, est admise à l'UCDG, référée par son médecin de famille pour un tableau de perte d'autonomie brusque et inexpliqué. Elle est connue pour un trouble neurocognitif léger (TNCL), une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale chronique (clairance de la créatinine 35 ml/min), un diabète de type 2, une hypothyroïdie et une arthrose sévère au genou. Elle a été opérée et traitée par radiothérapie et chimiothérapie pour une néoplasie du sein gauche à l'âge de 71 ans. Vous notez dans son profil pharmacologique en plus de bisoprolol 5 mg die, trandolapril 1 mg die, metformine 500 mg BID, linagliptine 5 mg die, lévothyroxine 75 mcg die, acétaminophène 650 mg QID prn, la prise au long cours de lorazépam 1 mg au coucher, d'alprazolam 0.25 mg BID PRN, d'amitriptyline 10 mg HS et de quétiapine 6.25 mg HS.

Évaluation clinique

Dès l'évaluation initiale, Madame se plaint principalement de céphalées et de constipation. Elle apparaît tendue, préoccupée, et exprime rapidement une fatigue importante. Elle refuse de rencontrer les membres de l'équipe interdisciplinaire, affirmant qu'elle est

trop souffrante pour collaborer et qu'elle a surtout besoin de repos. La revue des systèmes est négative et l'examen physique ne démontre pas de symptôme neurologique ni de décompensation franche de ses conditions médicales. Le bilan complémentaire (ECG, FSC, glycémie à jeun, profil lipidique, TSH, électrolytes, enzymes hépatiques) est dans la normale. À ce stade, rien n'explique clairement la perte fonctionnelle observée. Madame demeure bien orientée, cohérente, et comprend les consignes. Il n'y a pas de confusion ni de délirium. Au fil de l'entretien, elle devient de plus en plus impatiente. Bien qu'elle manifeste une anxiété évidente, elle ne parvient pas à en identifier clairement la source. Elle met fin à l'entrevue de façon abrupte, jugeant les questions posées inutiles.

Dans les jours suivants, le personnel infirmier rapporte que madame passe de longues périodes au téléphone, se plaignant de ne pas être vue par les médecins et d'être négligée depuis son arrivée. Elle utilise fréquemment la sonnette pour des demandes non urgentes, et manifeste une grande détresse lorsque ses besoins ne sont pas immédiatement comblés.

Sur le plan fonctionnel, elle refuse systématiquement de se lever pour la physiothérapie. Elle exprime une peur intense de tomber, disproportionnée par rapport à ses capacités réelles. Lors des tentatives de mobilisation, elle devient très anxieuse, s'agrippe et verbalise une crainte marquée de se blesser. Une douleur significative au genou est également observée.

Vous revoyez Madame le lendemain, avec l'objectif de mieux comprendre ce qui se cache derrière cette perte d'autonomie rapide. Interrogée sur ses antécédents psychiatriques, elle nie tout suivi spécialisé, mais mentionne avoir vécu un épisode dépressif dans la cinquantaine, survenu après le décès de son conjoint. À cette époque, elle avait reçu du diazépam pendant plusieurs années, qu'elle décrit comme très efficace, mais difficile à arrêter. Elle rapporte également avoir consulté une thérapeute, sans en retirer de bénéfice. Lorsqu'on l'interroge sur son humeur ou sur la possibilité d'anxiété, Madame détourne la conversation vers des plaintes physiques variables.

En explorant les sources de stress, madame vous apprend que sa nièce, avec qui elle entretenait un lien très étroit, a déménagé en Alberta quelques semaines auparavant. Cette nièce était sa principale confidente et les deux se parlaient plusieurs fois par jour. Madame se reposait largement sur elle pour apaiser ses inquiétudes. Depuis le déménagement, les contacts se sont espacés, ce qui semble avoir profondément déstabilisé la patiente.

Madame accepte que vous communiquiez avec sa nièce afin d'obtenir des informations collatérales.

Au téléphone, la nièce se dit attristée par l'hospitalisation de sa tante, mais admet aussi se sentir soulagée depuis son départ, tant la relation était devenue exigeante. Elle décrit Madame comme anxieuse depuis toujours, difficile à rassurer, avec des inquiétudes multiples et persistantes touchant différents aspects de la vie quotidienne. Elle rapporte que cette anxiété s'accompagnait souvent d'irritabilité, de douleurs musculaires et de troubles du sommeil. Plusieurs médicaments avaient été essayés au fil des années, sans qu'elle puisse en préciser la nature. Elle n'a jamais observé d'épisodes psychotiques, maniaques ou de dépression caractérisée. Elle ne note pas non plus de déclin cognitif progressif avant la perte d'autonomie récente.

Diagnostic et prise en charge

À la lumière de l'ensemble des informations recueillies, vous retenez un diagnostic de trouble d'anxiété généralisée, compliqué par une phobie des chutes, contribuant à l'évitement fonctionnel et à la perte d'autonomie. Vous expliquez à Madame le lien possible entre son anxiété, ses symptômes somatiques et ses difficultés fonctionnelles, ce qu'elle accueille avec réserve, mais sans opposition franche.

Vous privilégiez d'abord une approche non pharmacologique. Une psychoéducation est amorcée, avec une attention particulière à l'écoute active et à la validation émotionnelle lors de vos interventions. Vous confirmez sinon avec la patiente et sa nièce l'absence de stress psychosociaux majeurs comme une insécurité financière, alimentaire ou un risque d'abus, mais notez un isolement social marqué.

Avec l'équipe interdisciplinaire, vous encouragez progressivement la participation aux activités de l'unité et mettez en place une exposition graduée à la mobilisation afin de traiter la phobie de tomber.

Après consultation avec l'équipe de pharmacie, vous proposez à Madame de débiter un antidépresseur, dans le cas présent la sertraline à 25 mg, avec le plan d'augmenter la dose par incrément de 25 mg par semaine jusqu'à 50 mg PO DIE, avec le plan de faire une natrémie après quelques semaines afin d'évaluer la présence d'hyponatrémie. Vous cessez durant cette même période

l'amitriptyline, en la diminuant à 5 mg die pendant une semaine puis deux fois par semaine pendant la semaine suivante, pour éviter un rebond cholinergique ²[44].

Vous abordez également la question délicate de la déprescription des benzodiazépines. Vous précisez également à Madame qu'elle prend plusieurs médicaments inappropriés pour son âge, que vous tenterez de sevrer avec son accord et selon sa tolérance, de façon progressive et lentement. Vous expliquez à Madame les effets secondaires possibles du lorazépam (augmentation du risque de chute, de déclin cognitif et de dépendance) et vous proposez un calendrier de diminution progressive du lorazépam, à raison de 0.25 mg par semaine. Compte tenu que madame est dans un milieu de soins protégé, vous pourrez l'observer de près et ainsi ralentir le rythme de sevrage si nécessaire. Madame accepte avec réticence. À noter qu'en ambulatoire, vous proposeriez plutôt une diminution aux 2 à 4 semaines. Vous convertissez l'alprazolam au besoin en lorazépam au besoin (métabolisme plus simple). Par ailleurs, vous décidez toutefois d'attendre le sevrage complet du lorazépam avant de commencer le sevrage de la quétiapine que vous maintenez à la même dose en gardant en tête le plan de le retirer dans quelques semaines.

Au fil des semaines, Madame commence à montrer des signes d'amélioration. Elle collabore davantage, participe aux interventions, et semble moins envahie par ses inquiétudes. Elle accepte graduellement de se lever, puis de marcher, et recommence à participer aux activités de l'unité. Son discours devient plus posé, ses plaintes somatiques diminuent.

Planification au congé

Après quatre semaines, Madame a retrouvé une autonomie suffisante pour envisager un retour à domicile. Son anxiété est nettement atténuée, son humeur plus stable, et son fonctionnement amélioré. Bien qu'elle refuse la psychothérapie formelle, un travail est entrepris avec la nièce afin d'encadrer les contacts téléphoniques et d'explorer, avec madame, la possibilité de participer à des activités offertes par des organismes communautaires de son secteur, dans le but de briser son isolement. La nièce se montre disposée à contacter le CLSC avec madame à cet effet.

Elle prend maintenant 0.75 mg HS de lorazépam, la diminution vers 0.50 mg HS s'est avérée un échec. Vous planifiez son congé et suggérez à son médecin de tenter un sevrage plus lent du lorazépam dans au moins quatre semaines, à raison de 0.25 mg par quatre semaines. Si un nouvel échec survenait ou si l'anxiété devenait à nouveau limitante, une hausse de la sertraline à 100 mg, avec option d'optimiser jusqu'à une dose maximale de 200 mg, pourrait alors être envisagée.

² Un rebond cholinergique est caractérisé par des symptômes de retrait après un arrêt brusque de médication supprimant le système cholinergique, avec une composante centrale avec agitation, confusion, psychose, anxiété, insomnie et manifestations extrapyramidales, et une composante périphérique avec diarrhée, sudation, sialorrhée, nausées, vomissements et signes de dysautonomie [46].

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_medicamentouse_4ieme_edition_5janvier2026_FINAL.pdf.
2. Strohle A, Gensichen J, Domschke K: **The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders**. *Dtsch Arztebl Int* 2018, **155**(37):611-620.
3. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG: **Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review**. *Depress Anxiety* 2010, **27**(2):190-211.
4. Canadian Psychiatric Association: **Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders**. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie* 2006, **51**(8 Suppl 2):9S-91S.
5. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA): **Lignes directrices canadiennes pour l'évaluation et le traitement de l'anxiété chez les personnes âgées**. Toronto (Ontario, Canada): Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées; 2024, <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/04/DIGITAL-FRENCH-Anxiety-Clinical-Guidelines-FINAL.pdf>.
6. Lim L, Chan HN, Chew PH, Chua SM, Ho C, Kwek SK, Lee TS, Loh P, Lum A, Tan YH et al: **Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Anxiety Disorders**. *Singapore Med J* 2015, **56**(6):310-315; quiz 316.
7. Andreescu C, Varon D: **New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments**. *Curr Psychiatry Rep* 2015, **17**(7):53.
8. Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, Watkins CL, Chun HY, Lewis SR: **Interventions for treating anxiety after stroke**. *Cochrane database of systematic reviews* 2017, **5**:CD008860.
9. Latas M, Vucinic Latas D, Spasic Stojakovic M: **Anxiety disorders and medical illness comorbidity and treatment implications**. *Curr Opin Psychiatry* 2019, **32**(5):429-434.
10. Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D: **Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis**. *BMJ* 2011, **342**:d1199.
11. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, Christmas DM, Davies S, Fineberg N, Lidbetter N et al: **Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology**. *J Psychopharmacol* 2014, **28**(5):403-439.
12. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles, McGill U, Antony MM, Bouchard S et al: **Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders**. *BMC Psychiatry* 2014, **14** Suppl 1:S1.
13. Pary R, Sarai SK, Micchelli A, Lippmann S: **Anxiety Disorders in Older Patients**. *Prim Care Companion CNS Disord* 2019, **21**(1).
14. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA): **Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation de l'alcool chez les personnes âgées**. Toronto (Ontario, Canada): CCSMPA; 2019, https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Alcohol_Use_Disorder_FR.pdf.
15. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA): **Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation du cannabis chez les personnes âgées**. Toronto (Ontario, Canada): CCSMPA; 2019, https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Cannabis_Use_Disorder_FR.pdf.

- [content/uploads/2020/05/Cannabis_Use_Disorder_FR.pdf](#).
16. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA): **Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les personnes âgées**. Toronto (Ontario, Canada): CCSMPA; 2019, https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2020/05/Canadian_Guidelines_Opioid_Use_Disorder_FR.pdf.
17. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées: **Lignes directrices canadiennes sur le trouble lié à l'utilisation des agonistes des récepteurs des benzodiazépines chez les personnes âgées**. Toronto (Canada); 2019
18. American Psychiatric Association: **DSM-5-TR texte révisé - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**. Yssey-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2023.
19. Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M: **Anxiety in dementia: a critical review**. *Clin Psychol Rev* 2008, **28**(7):1071-1082.
20. Wolfsgruber S, Kleineidam L, Wagner M, Mosch E, Bickel H, Lupsionhmann D, Ernst A, Wiese B, Steinmann S, König HH *et al*: **Differential Risk of Incident Alzheimer's Disease Dementia in Stable Versus Unstable Patterns of Subjective Cognitive Decline**. *J Alzheimers Dis* 2016, **54**(3):1135-1146.
21. Mah L, Binns MA, Steffens DC, Alzheimer's Disease Neuroimaging I: **Anxiety symptoms in amnesic mild cognitive impairment are associated with medial temporal atrophy and predict conversion to Alzheimer disease**. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 2015, **23**(5):466-476.
22. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D: **Treatment of anxiety disorders**. *Dialogues Clin Neurosci* 2017, **19**(2):93-107.
23. Bandelow B, Allgulander C, Baldwin DS, Costa D, Denys D, Dilbaz N, Domschke K, Eriksson E, Fineberg NA, Hattenschwiler J *et al*: **World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders - Version 3. Part I: Anxiety disorders**. *World J Biol Psychiatry* 2023, **24**(2):79-117.
24. Andrews G, Bell C, Boyce P: **Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalised anxiety disorder**. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2018, **52**(12):1109-1172.
25. 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>.
26. Santé Canada: **Antidépresseur Cipralext (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>.
27. Procyshyn RM, Halpape K, Kim DD: **Clinical handbook of psychotropic drugs 26th edition**. Göttingen (Germany): Hogrefe; 2025.
28. Alaka KJ, Noble W, Montejó A, Duenas H, Munshi A, Strawn JR, Lenox-Smith A, Ahl J, Bidzan L, Dorn B *et al*: **Efficacy and safety of duloxetine in the treatment of older adult patients with generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial**. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014, **29**(9):978-986.
29. Chen A, Metzger E, Lee S, Osser D: **A Proposed Algorithm for the Pharmacological Treatment of Generalized Anxiety Disorder in the Older Patient**. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 2025, **38**(3):155-171.
30. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F: **Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder**. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2008, **193**(5):389-394.
31. Mezhebovsky I, Magi K, She F, Datto C, Eriksson H: **Double-blind, randomized study of extended release quetiapine fumarate (quetiapine XR) monotherapy in older patients with generalized anxiety disorder**. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013, **28**(6):615-625.
32. Hill J, Clerc D: **Gestion des antidépresseurs en UCDG - 3^{ème} édition**. In: *Guide de gestion médicamenteuse en UCDG - 4^{ème} 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/Annexe_5_Fiche_RU

- [SHGQ_antidepressseurs_5janv2026_FINAL_v2.pdf](#).
33. 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.
 34. Gerlach LB, Wiechers IR, Maust DT: **Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review.** *Harv Rev Psychiatry* 2018, **26**(5):264-273.
 35. Westra HA, Stewart SH, Conrad BE: **Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder with agoraphobia.** *J Anxiety Disord* 2002, **16**(3):233-246.
 36. St Louis EK, Boeve BF: **REM Sleep Behavior Disorder: Diagnosis, Clinical Implications, and Future Directions.** *Mayo Clin Proc* 2017, **92**(11):1723-1736.
 37. Gravel J, Valcourt St-Jean E: **Gestion des hypnotiques en UCDG** In: *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.
 38. Vigilance Santé: **RxVigilance version 2026-02. Tableau comparatif benzodiazépines;** 2026.
 39. Association des pharmaciens du Canada: **Benzodiazépines (Monographie de l'APhC).** In: *eCPS.* mai 2015.
 40. 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.
 41. O'Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR, Denking 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.
 42. 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.
 43. Keramatian K, Chithra NK, Yatham LN: **The CANMAT and ISBD Guidelines for the Treatment of Bipolar Disorder: Summary and a 2023 Update of Evidence.** *Focus (Am Psychiatr Publ)* 2023, **21**(4):344-353.
 44. Galova A, Berney P, Desmeules J, Sergeantanis I, Besson M: **A case report of cholinergic rebound syndrome following abrupt low-dose clozapine discontinuation in a patient with type I bipolar affective disorder.** *BMC Psychiatry* 2019, **19**(1):73.

ANNEXE 2 – MÉDICAMENTS AUX PROPRIÉTÉS ANXIOLYTIQUES INAPPROPRIÉS OU POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

1) Selon les critères de Beers, en fonction des classes de médicaments ou de conditions cliniques [40]

A. Classes de médicaments	Justifications
Anticholinergiques : Antidépresseurs, seuls ou en combinaison : • amitriptyline • clomipramine • désipramine • doxépine > 6 mg/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 classiques et atypiques	Augmentation du risque d'événements vasculaires cérébraux, de plus grand déclin cognitif et de mortalité chez les patients atteints de TNCM. Des évidences suggèrent une association d'augmentation du risque indépendant du TNCM entre les Si utilisé, des tentatives périodiques de déprescription doivent être considérées pour évaluer le besoin et/ou d'utiliser la plus petite dose efficace antipsychotiques et la mortalité. Éviter l'utilisation pour le traitement des SCPD ou délirium sauf si les mesures non pharmacologiques ont échoué ou ne sont pas possibles et que le comportement du patient menace sa sécurité ou celle d'autrui.
Benzodiazépines <i>Courte action et action intermédiaire</i> • Alprazolam • Lorazépam • Oxazépam • Témazépam • Triazolam <i>Longue action</i> • Bromazépam* • Chlordiazépoxide • Clonazépam • Clorazépate • Diazépam • Flurazépam	Les patients âgés ont une sensibilité accrue aux benzodiazépines et un métabolisme diminué des agents à longue action. En général, toutes les benzodiazépines augmentent le risque de troubles cognitifs, de délirium, de chutes, de fractures et d'accidents de véhicules motorisés. Peut être approprié pour le traitement de convulsions, trouble du comportement en sommeil paradoxal (rapid eye movement (REM) sleep behavior disorder), sevrage de benzodiazépines, sevrage d'alcool, trouble d'anxiété généralisée grave et pour anesthésie avant une procédure.
Antipsychotiques, diurétiques, carbamazépine, mirtazapine, oxcarbazépine, IRSR, 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
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.
B. Condition clinique	Médicaments	Justifications
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 pour les antidépresseurs sont partagées.

ATC : antidépresseurs tricycliques, IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, SCPD: symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, SIADH: syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique, TNCM : trouble neurocognitif majeur *ajouté par les auteurs de cette fiche.

2) Parmi les critères STOPP-START [41]:

Parmi les critères STOPP:

- 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)

➤ Benzodiazépines

- Ne pas utiliser pour plus de 4 semaines (aucune indication pour traitement de plus longue durée, risques de sédation prolongée, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chutes ou d'accidents de la route. Toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement si prise de plus de 4 semaines puisqu'il existe un risque de syndrome de sevrage si cessée de façon brusque)
- Ne pas utiliser pour SCPD (aucune évidence d'efficacité)
- Ne pas utiliser pour insomnie pour plus de 2 semaines (risque élevé de dépendance, risque accru de chutes, fractures et accidents de la route)
- Ne pas donner en présence d'une insuffisance respiratoire aiguë ou chronique ($pO_2 < 8,0 \text{ kPa}$ ou/et $pCO_2 > 6,5 \text{ kPa}$): (risque d'aggravation de l'insuffisance respiratoire)
- Ne pas utiliser chez les patients avec chutes récurrentes (peut causer une altération de l'état de conscience ou des troubles d'équilibre)

Parmi les critères START:

- ISRS (ou IRSN ou prégabaline si ISRS contrindiqué) en présence d'anxiété grave persistante qui interfère avec l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie