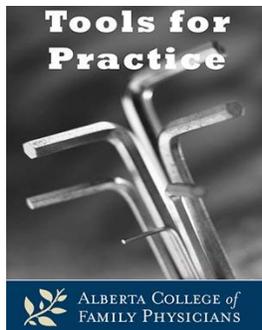


Tools for Practice est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 5 000 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. www.acfp.ca

4 février 2019



Les données déprimantes concernant les antidépresseurs chez les personnes âgées

Question clinique : Quelle est l'efficacité des antidépresseurs pour traiter la dépression chez les personnes âgées?

Conclusion : L'efficacité des antidépresseurs chez les personnes âgées est irrégulière et peut diminuer à mesure que les patients vieillissent. De 80 % à 40 % des patients âgés se remettront grâce aux antidépresseurs, mais certaines études ne montrent aucune différence par rapport aux taux de réponse dans les groupes placebo. Les méfaits des antidépresseurs sont courants, et environ 20 % des patients abandonnent leur traitement en raison des effets indésirables.

Données probantes

- Cinq récentes revues systématiques d'essais cliniques randomisés (ECR) contrôlés par placebo ont utilisé différents âges comme critères d'inclusion :
 - Ensemble des antidépresseurs, patients âgés en moyenne d'environ 70 ans, suivi de quatre semaines pour la plupart (variant entre 3 et 20), taux de « guérison » statistiquement différents (atteinte d'un changement fixe dans le score de dépression ou atteinte d'un score de dépression prédéterminé)¹ :
 - Antidépresseurs tricycliques (ATC) (10 ECR) : 75 % versus 51 % (placebo), nombre de sujets à traiter (NST)=5.
 - Inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine (ISRS) (2 ECR) : 83 % versus 72 % (placebo), NST=10.
 - ISRS et nouveaux antidépresseurs seulement : 10 ECR, patients âgés en moyenne de 68 à 80 ans, suivi de 6 à 12 semaines, taux statistiquement différents de² :
 - réponse (amélioration des symptômes supérieure à 50 %) : 44 % versus 35 % (placebo), résultats irréguliers;
 - « rémission » : 33 % versus 27 % (placebo), résultats irréguliers.
 - Tout antidépresseur : 15 ECR, suivi d'environ sept semaines en moyenne³ :
 - Réponse (amélioration des symptômes supérieure à 50 %) : diminution avec l'âge :

- 54 % pour un âge moyen de 44 ans, 42 % pour un âge moyen de 73 ans.
- Taux de réponse similaires dans les groupes placebo peu importe l'âge (environ 33 % à 39 %).
 - Analyse post-hoc : aucune différence par rapport aux groupes placebo pour les études regroupant des patients âgés de plus de 65 ans.
- ISRS seulement : 12 ECR, âges moyens variant entre 70 et 79 ans, suivi de huit semaines pour la plupart⁴ :
 - Réponse ou rémission : aucune différence comparativement aux groupes placebo.
- Limites : résultats souvent fondés sur une analyse secondaire.

Contexte

- Il n'existe probablement aucune différence d'efficacité entre les ATC et les ISRS, mais les abandons dus aux effets indésirables sont plus élevés avec les ATC (24 % versus 17 %)⁵.
- La réaction des patients âgés aux antidépresseurs peut être plus lente que chez les adultes et il peut s'écouler de 10 à 12 semaines avant que les effets se manifestent².
- La maladie chronique coexiste souvent avec la dépression chez les patients âgés, y compris la fragilité, ce qui peut atténuer les effets⁶.
- Il a été démontré de façon irrégulière que la thérapie cognitivo-comportementale améliore les symptômes de dépression chez les personnes âgées^{7, 8}.
- Chez les personnes âgées, les antidépresseurs ont été associés à un risque de chute semblable à celui des benzodiazépines⁹.
- Les antidépresseurs pourraient ne pas être efficaces pour traiter la dépression chez les patients atteints de démence¹⁰.

Auteurs

Adrienne J. Lindblad, B. Sc. (pharm.), ACPR, PharmD, et Shan Lu, M.D., CCMF

Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

Références

1. Wilson K, Mottram PG, Sivananthan A, *et al.*, *Cochrane Database System Rev*, 2001, 1:CD000561.
2. Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS, *Am J Geriatr Psychiatry*, 2008 Jul, 16 (7) : 558-567.
3. Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, *et al.*, *J Clin Psychiatry*, 2011 Dec, 72(12) : 1660-1668.
4. Tham A, Jonsson U, Andersson G, *et al.*, *J Affect Disord*, 2013, 205 : 1-12.
5. Mottram PG, Wilson K, Strobl JJ, *Cochrane Database System Rev*, 2006, 1:CD003491.
6. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS, *Clin Interv Aging*, 2015, 10 : 1947-1958.
7. Wilson K, Mottram PG, Vassilas C, *et al.*, *Cochrane Database System Rev*, 2008, 1:CD004853.
8. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, *et al.*, *PlosOne*, 2016, 11(8):e0160859.
9. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, *et al.*, *Arch Intern Med*, 2009, 169 : 1952-1960.
10. Dudas R, Malouf R, McCleery J, *et al.*, *Cochrane Database System Rev*, 2018, 8:CD003944.

Tools for Practice est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un

professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, faisant en sorte qu'il maintienne des normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfps>. Les articles archivés sont disponibles sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.