

## PROTOCOLE MÉDICAL

### AJUSTEMENT D'UN ANTIDÉPRESSEUR DE PREMIÈRE INTENTION POUR LE SUIVI D'UN TROUBLE DÉPRESSIF CARACTÉRISÉ (MAJEUR)

**Validé par** : comité consultatif de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

**Approuvé par** : comité d'excellence clinique (ordonnances nationales) de l'INESSS

**Période de validité** : octobre 2017 à octobre 2020

#### PROFESSIONNELS AUTORISÉS

Les infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens exerçant leur profession sur le territoire du Québec.

#### SITUATION CLINIQUE

Personne ayant reçu un diagnostic de trouble dépressif caractérisé (majeur) et référée par le médecin traitant pour suivi conjoint avec le professionnel autorisé.

#### CONDITIONS PRÉALABLES

L'ordonnance individuelle d'ajustement doit préciser la posologie initiale de l'antidépresseur ainsi que les modalités d'ajustement jusqu'à l'atteinte de la dose **minimale** de l'intervalle thérapeutique.

#### OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Obtenir une rémission des symptômes du trouble dépressif caractérisé (majeur) et un rétablissement fonctionnel.

#### CONTRE-INDICATIONS

- Personne âgée de moins de 18 ans.
- Personne âgée de 75 ans ou plus.
- Grossesse et allaitement.
- Trouble dépressif avec caractéristiques mixtes, atypiques, psychotiques, avec catatonie, avec caractère saisonnier et lors du péripartum.
- Trouble dépressif persistant (dysthymie).
- Trouble bipolaire.
- Trouble lié à l'usage d'une substance (p. ex. : consommation active et variable).
- Condition clinique limitant l'utilisation du Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9) (p. ex. : démence, maladie d'Alzheimer, déficience intellectuelle).
- Risque suicidaire élevé.
- Résistance au traitement.

## 1. ÉVALUATION DE LA CONDITION DE SANTÉ ET SURVEILLANCE CLINIQUE

Évaluer, selon un processus systématique, la condition de santé physique et mentale de la personne, documenter et analyser les paramètres pertinents incluant l'évaluation des facteurs de risque pour la santé de la personne et les autres (estimation de la dangerosité, évaluation du risque d'agressivité et du risque d'abus)<sup>1</sup>.

Utiliser des outils de mesure reconnus pour documenter l'évolution des manifestations cliniques et surveiller la réponse thérapeutique. La sévérité des symptômes dépressifs est évaluée à l'aide du Questionnaire sur la santé du patient (**QSP-9**) (annexe A). [L'échelle de Sheehan](#)<sup>2</sup> est recommandée pour évaluer le degré de fonctionnement (annexe B). Utiliser les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (**DSM-5**) pour le suivi de la détresse anxieuse (annexe C).

Détecter et anticiper les situations à risque, notamment le risque suicidaire. Lorsque l'item 9 du QSP-9 a un score supérieur ou égal à 1, questionner la présence d'idées suicidaires, leur fréquence, la présence d'un plan suicidaire à l'aide de la mnémotechnique « COQ » : Comment, Où et Quand la personne compte passer à l'acte, l'accessibilité au moyen envisagé et sa létalité. L'évaluation du risque suicidaire tient également compte des facteurs de risque potentialisateurs, des signes avant-coureurs, des facteurs de protection, de l'examen de l'état mental et de l'histoire des gestes de violence antérieurs.

Établir les niveaux de surveillance requis selon l'évaluation du risque suicidaire.

Évaluer les résultats des traitements pharmacologiques et thérapeutiques, détecter les effets indésirables ou les signes de toxicité concernant la médication prescrite, surveiller et rapporter les possibles interactions avec d'autres médicaments ou substances. Faire le suivi de l'adhésion au traitement. Procéder à l'ajustement de l'antidépresseur et demander les analyses de laboratoire, s'il y a lieu. Transmettre l'information au pharmacien communautaire, qu'il y ait ou non un ajustement de l'antidépresseur.

Utiliser des interventions appropriées à la condition de santé de la personne en vue de promouvoir sa santé, de prévenir la maladie et de favoriser son rétablissement.

## 2. FRÉQUENCE DES SUIVIS

Débuter le premier suivi 2 semaines après l'initiation du traitement pharmacologique dans le cas où la dose minimale de l'intervalle thérapeutique n'est pas atteinte.

Lorsque le score total du QSP-9 est inférieur à 5, effectuer un suivi 1 fois par mois pour au moins 3 mois pour le suivi de l'adhésion au traitement, du rétablissement fonctionnel et la prévention des rechutes.

---

<sup>1</sup> Source : OIIQ, 2016.

<sup>2</sup> Source : annexe C, échelle de Sheehan [Fournier *et al.*, 2012, p. 61].

### 3. CONDUITE THÉRAPEUTIQUE

#### 3.1 GÉNÉRALITÉS

L'effet thérapeutique est habituellement observé après 1 à 8 semaines. Il faut minimalement 6 semaines pour obtenir une rémission.

Un score total du QSP-9 inférieur à 5 correspond à la rémission.

#### 3.2 PRINCIPES D'AJUSTEMENT

La posologie initiale et les modalités d'ajustement jusqu'à l'atteinte de la dose minimale de l'intervalle thérapeutique sont prescrites par le médecin traitant.

##### Suivi de l'efficacité du traitement

La durée de la phase aiguë du traitement est de 6 à 12 semaines.

Débuter le suivi de l'efficacité du traitement 2 semaines suivant l'atteinte de la **dose minimale de l'intervalle thérapeutique**. Par la suite, effectuer un suivi aux 2 semaines.

SUIVI	↓ DU SCORE TOTAL DU QSP-9 PAR RAPPORT À LA VALEUR DE DÉPART	CONDUITE THÉRAPEUTIQUE RECOMMANDÉE SI LE TRAITEMENT EST BIEN TOLÉRÉ
Semaine 2	> 20 %	Maintenir la dose de l'antidépresseur*
	≤ 20 %	↑ la dose de l'antidépresseur selon les modalités d'ajustement†
Semaine 4	> 50 %	Maintenir la dose de l'antidépresseur*
	20 à 50 %	↑ la dose de l'antidépresseur selon les modalités d'ajustement†
	< 20 %	Référer au médecin traitant
Semaines 6 et plus	QSP-9 < 5	Maintenir la dose de l'antidépresseur
	> 50 %	↑ la dose de l'antidépresseur selon les modalités d'ajustement†
	≤ 50 %	Référer au médecin traitant

\* Envisager augmenter la dose de l'antidépresseur lorsque la dose moyenne de l'intervalle thérapeutique n'est pas atteinte (fluvoxamine, sertraline, venlafaxine).

† Référer au médecin traitant si la dose maximale de l'intervalle thérapeutique est atteinte.

SUIVI	TOLÉRANCE AU TRAITEMENT ANTIDÉPRESSEUR
Aux 2 semaines	<p><b>En présence d'effets indésirables au traitement antidépresseur, discuter avec la personne de la stratégie à adopter :</b></p> <p>Maintenir la dose de l'antidépresseur</p> <p>OU</p> <p>↓ la dose de l'antidépresseur dans le cas où une réponse au traitement est observée</p> <p>OU</p> <p>Référer au médecin traitant</p>

### 3.3 PRÉCAUTIONS

Utiliser le plus petit palier d'ajustement de dose recommandé dans les cas suivants :

- Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus;
- En présence d'une insuffisance rénale ou hépatique;
- En présence d'une détresse anxieuse, pour limiter les sentiments d'agitation inhabituels en début de traitement;
- En présence d'effets indésirables.

### 3.4 SIGNES VITAUX

Pour les **IRSN**, mesurer la tension artérielle et la fréquence cardiaque chaque mois au cours de la période d'ajustement.

Pour le **bupropion**, mesurer la tension artérielle chaque mois au cours de la période d'ajustement.

### 3.5 ANALYSES DE LABORATOIRE

Effectuer un bilan ionique un mois après le début de l'antidépresseur chez les personnes âgées de plus de 65 ans à risque d'hyponatrémie.

Facteurs de risque d'hyponatrémie :

- Sexe féminin;
- Faible poids;
- Prise concomitante d'un diurétique.

## 4. LIMITES OU SITUATIONS EXIGEANT UNE CONSULTATION MÉDICALE OBLIGATOIRE

- Apparition d'une contre-indication en cours de traitement.
- À la 4<sup>e</sup> semaine suivant l'atteinte de la dose minimale de l'intervalle thérapeutique, diminution du score total du QSP-9 de moins de 20 % par rapport à la valeur de départ.
- À 6 semaines ou plus suivant l'atteinte de la dose minimale de l'intervalle thérapeutique, diminution du score total du QSP-9 de 50 % ou moins par rapport à la valeur de départ.
- Lorsque l'objectif thérapeutique n'est pas atteint avec la dose maximale de l'intervalle thérapeutique de l'antidépresseur.
- Persistance des symptômes de la détresse anxieuse dont la sévérité est moyennement grave ou grave.
- Risque suicidaire élevé ou autres situations à risque pour la personne ou pour autrui.
- Épisode psychotique : idées délirantes et hallucinations.
- Intolérance à la médication.

## 5. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET MODALITÉS D'AJUSTEMENT POSOLOGIQUE DES ANTIDÉPRESSEURS

### 5.1 INHIBITEURS SÉLECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE (ISRS)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET MODALITÉS D'AJUSTEMENT POUR LA CLASSE DES ISRS				
Médicament	Posologie initiale*	Intervalle thérapeutique	Modalités d'ajustement	Particularités
<b>CITALOPRAM</b> Comprimés de 10, 20, 30, 40 mg	10 ou 20 mg PO DIE  Gériatrie : 10 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 20 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 40 mg/jour Gériatrie, IR, IH ou en association avec un inhibiteur du cytochrome P450 2C19† : 20 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 10 ou 20 mg/jour aux 2 semaines	<b>Contre-indications</b> : Allergie médicamenteuse connue à un ISRS  <b>Précautions</b> : IH grave : éviter la vortioxétine  <b>Effets indésirables</b> : Consulter la section 6  <b>Interactions médicamenteuses</b> : Éviter l'utilisation de hautes doses de dextrométhorphan (paroxétine, fluoxétine)  Anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticostéroïdes : ↑ risque de saignements gastro-intestinaux  Ciprofloxacine : ↑ fluvoxamine  Clarithromycine, érythromycine, jus de pamplemousse : ↑ citalopram, escitalopram  Fluconazole, voriconazole : ↑ fluvoxamine, citalopram, escitalopram, sertraline, fluoxétine
<b>ESCITALOPRAM</b> Comprimés de 10, 20 mg	10 mg PO DIE  Gériatrie ou IH : 5 ou 10 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 10 mg/jour Gériatrie ou IH : 5 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 20 mg/jour Gériatrie, IH ou en association avec l'oméprazole ou la cimétidine : 10 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 10 mg/jour aux 2 semaines	
<b>FLUOXÉTINE</b> Capsules de 10, 20 mg  Solution de 20 mg/5 ml	20 mg PO DIE  Gériatrie, IR ou IH : 10 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 20 mg/jour Gériatrie ou IR : 10 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 80 mg/jour Gériatrie : 60 mg/jour IR : 20 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 10 ou 20 mg/jour aux 2 semaines	
<b>FLUVOXAMINE</b> Comprimés de 50, 100 mg	50 mg PO HS	<u>Dose minimale</u> ‡ : 50 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 300 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 50 mg/jour aux 2 semaines  Fréquence d'administration : Dose ≤ 150 mg/jour : HS Dose > 150 mg/jour : BID	
<b>PAROXÉTINE</b> Comprimés de 10, 20, 30, 40 mg	20 mg PO DIE  Gériatrie, IR ou IH : 10 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 20 mg/jour Gériatrie : 10 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 60 mg/jour Gériatrie : 40 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 10 mg/jour aux 2 semaines	
<b>PAROXÉTINE</b> Comprimés à libération prolongée de 12,5, 25 mg	25 mg PO DIE  Gériatrie, IR ou IH : 12,5 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 25 mg/jour Gériatrie : 12,5 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 62,5 mg/jour Gériatrie : 50 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 12,5 mg/jour chaque semaine	
<b>SERTRALINE</b> Capsules de 25, 50, 100 mg	50 mg PO DIE  Gériatrie, IR ou IH : 25 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> ‡ : 50 mg/jour IR : 50 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 200 mg/jour IR : 150 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 25 ou 50 mg/jour aux 2 semaines	
<b>VORTIOXÉTINE</b> Comprimés de 5, 10, 20 mg	10 mg PO DIE  Gériatrie : 5 ou 10 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 10 mg/jour Gériatrie : 5 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 20 mg/jour Gériatrie : 10 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 10 mg/jour aux 2 semaines	

\* Exemples de posologies initiales habituellement prescrites.

† Exemples d'inhibiteurs du cytochrome P450 2C19 : oméprazole, cimétidine, fluconazole.

‡ Considérant le large intervalle thérapeutique, il est préférable de cibler la moyenne de l'écart pour obtenir une meilleure efficacité.

Abréviations : IH; insuffisance hépatique, IR; insuffisance rénale.

## 5.2 INHIBITEURS DE LA RECAPTURE DE LA SÉROTONINE ET DE LA NORADRÉNALINE (IRSN)

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET MODALITÉS D'AJUSTEMENT POUR LA CLASSE DES IRSN				
Médicament	Posologie initiale*	Intervalle thérapeutique	Modalités d'ajustement	Particularités
<b>DESVENLAFAXINE</b> Comprimés à libération prolongée de 50, 100 mg	50 mg PO DIE  IR : Clcr < 30 ml/min. : 50 mg PO aux 2 jours	<u>Dose minimale</u> : 50 mg/jour IR : Clcr < 30 ml/min. : 50 mg aux 2 jours  <u>Dose maximale</u> : 100 mg/jour IR : Clcr 30-50 ml/min. : 50 mg/jour Clcr < 30 ml/min. : 50 mg aux 2 jours	Ajuster la dose par palier de 50 mg/jour aux 2 semaines	<b>Contre-indications :</b> Allergie médicamenteuse connue à un IRSN  Hypertension non contrôlée (desvenlafaxine, levomilnacipran, venlafaxine)  Maladie hépatique, abus d'alcool ou IR grave (duloxétine)
<b>DULOXÉTINE</b> Capsules à libération retardée de 30, 60 mg	30 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 60 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 120 mg/jour Peu de bénéfice observé à des doses > 60 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 30 mg/jour aux 2 semaines	<b>Précautions :</b> IH : une dose inférieure peut être appropriée (venlafaxine)  IR grave :
<b>LEVOMILNACIPRAN</b> Capsules à libération prolongée de 20, 40, 80, 120 mg	20 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 40 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 120 mg/jour IR : Clcr 30-59 ml/min. : 80 mg/jour Clcr 15-29 ml/min. : 40 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 40 mg/jour aux 2 semaines	– Clcr < 15 ml/min. : levomilnacipran non recommandé – une dose inférieure peut être appropriée (venlafaxine)
<b>VENLAFAXINE</b> Capsules à libération prolongée de 37,5, 75, 150 mg	37,5 ou 75 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> † : 75 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 225 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 37,5 ou 75 mg/jour aux 2 semaines	<b>Effets indésirables :</b> ↑ de la tension artérielle, tachycardie (consulter également la section 6)  <b>Interactions médicamenteuses :</b> Inhibiteurs puissants du cytochrome P450 1A2 (p. ex. : ciprofloxacine) : association contre-indiquée (duloxétine)  Anti-inflammatoires non stéroïdiens, corticostéroïdes : ↑ risque de saignements gastro-intestinaux  Antifongiques (fluconazole, itraconazole, voriconazole) : ↑ desvenlafaxine, levomilnacipran, venlafaxine

\* Exemples de posologies initiales habituellement prescrites.

† Considérant le large intervalle thérapeutique, il est préférable de cibler la moyenne de l'écart pour obtenir une meilleure efficacité.

Abréviations : IH; insuffisance hépatique, IR; insuffisance rénale, Clcr; clairance de la créatinine.

### 5.3 BUPROPION

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET MODALITÉS D'AJUSTEMENT DU BUPROPION				
Médicament	Posologie initiale*	Intervalle thérapeutique	Modalités d'ajustement	Particularités
<b>BUPROPION</b> Comprimés à libération prolongée de 100, 150 mg	150 mg PO DIE  Gériatrie ou IH grave : 100 mg PO DIE	<u>Dose minimale</u> : 150 mg/jour IH grave : 100 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 300 mg/jour IH grave : 100 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 150 mg/jour aux 2 semaines  Fréquence d'administration : Dose ≤ 150 mg/jour : DIE Dose > 150 mg/jour : BID	<b>Contre-indications</b> : Allergie médicamenteuse connue au bupropion  <b>Précautions</b> : IH, IR  Ne pas écraser, mâcher ou couper les comprimés : ↑ risque de convulsion (à l'exception du comprimé à libération prolongée [100, 150 mg] qui peut être coupé en 2)  <b>Effets indésirables</b> : Agitation, anxiété et insomnie, particulièrement en début de traitement  ↑ de la tension artérielle  Consulter également la section 6
<b>BUPROPION</b> Comprimés à libération prolongée (24 h) de 150, 300 mg	150 mg PO DIE  IH grave : 150 mg PO aux 2 jours	<u>Dose minimale</u> : 150 mg/jour IH grave : 150 mg PO aux 2 jours  <u>Dose maximale</u> : 300 mg/jour IH grave : 150 mg PO aux 2 jours	Ajuster la dose par palier de 150 mg/jour aux 2 semaines	

\* Exemples de posologies initiales habituellement prescrites.  
Abréviations : IH; insuffisance hépatique, IR; insuffisance rénale.

### 5.4 MIRTAZAPINE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET MODALITÉS D'AJUSTEMENT DE LA MIRTAZAPINE				
Médicament	Posologie initiale*	Intervalle thérapeutique	Modalités d'ajustement	Particularités
<b>MIRTAZAPINE</b> Comprimés de 15, 30, 45 mg	15 mg PO HS  Gériatrie : 7,5 ou 15 mg PO HS	<u>Dose minimale</u> : 30 mg/jour  <u>Dose maximale</u> : 45 mg/jour	Ajuster la dose par palier de 15 mg/jour aux 2 semaines	<b>Contre-indications</b> : Allergie médicamenteuse connue à la mirtazapine  <b>Précautions</b> : IH, IR  <b>Effets indésirables</b> : Consulter la section 6  <b>Interactions médicamenteuses</b> : Voriconazole : ↑ mirtazapine

\* Exemples de posologies initiales habituellement prescrites.  
Abréviations : IH; insuffisance hépatique, IR; insuffisance rénale.

## 6. EFFETS INDÉSIRABLES DES ANTIDÉPRESSEURS

### 6.1 PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES

	Nausées	Constipation	Diarrhée	Xérostomie	Céphalées	Étourdissements	Somnolence	Nervosité	Anxiété	Agitation	Insomnie	Fatigue	Sudation	Asthénie	Tremblements	Anorexie	↑ appétit	Gain de poids
<b>ISRS</b>																		
Citalopram	■			■									■					
Escitalopram	■																	
Fluoxétine	■			■				■			■					■	■	
Fluoxamine	■	■								■	■		■			■	■	
Paroxétine	■	■						■			■		■	■				
Sertraline	■			■				■			■	■				■		
Vortioxétine	■																	
<b>IRSN</b>																		
Desvenlafaxine	■			■		■							■					
Duloxétine	■	■		■							■							
Levomilnacipran	■			■														
Venlafaxine	■			■			■	■			■		■					
<b>Autres</b>																		
Bupropion libération prolongée	■			■	■													
Bupropion libération prolongée (24 h)	■			■	■						■							
Mirtazapine		■						■										■

Source : Adapté de Kennedy *et al.*, 2016 (CANMAT).

Légende : fréquence des effets indésirables

■	30 % et plus
■	10 à 29 %
■	0 à 9 %



## 6.2 EFFETS INDÉSIRABLES TRANSITOIRES

Certains effets indésirables surviennent en début de traitement avant même que l'on observe un bénéfice. Ils sont généralement transitoires. Les troubles gastro-intestinaux, l'anxiété, l'agitation, la nervosité et les céphalées font partie des principaux effets observés. Les idées ou comportements suicidaires peuvent également s'amplifier, en particulier chez les personnes de 18 à 25 ans.

Les tremblements et les étourdissements surviennent principalement après un ajustement de dose.

## 6.3 INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE

### 6.3.1 GAIN DE POIDS

Un gain de poids de 0,5 à 2,5 kg en moyenne peut survenir à long terme.

L'effet est plus significatif avec la mirtazapine et peu observé avec le bupropion et la fluoxétine.

### 6.3.2 DYSFONCTION SEXUELLE

Persiste généralement avec le temps.

Peut survenir chez l'homme ou la femme.

La dysfonction sexuelle se présente généralement par une diminution de la libido, une dysfonction érectile, des troubles d'éjaculation et de l'anorgasmie.

L'effet est moins significatif avec le bupropion et la mirtazapine.

### 6.3.3 VIRAGE MANIAQUE OU HYPOMANIAQUE

Évaluer la possibilité d'un virage maniaque ou hypomaniaque si une réponse complète au traitement est observée après quelques jours ou une semaine.

Le virage maniaque ou hypomaniaque se présente généralement par une humeur expansive, des idées de grandeur, une augmentation de l'estime de soi, de l'irritabilité, une plus grande communicabilité ou un désir de parler constamment et une réduction du besoin de sommeil.

### 6.3.4 SYNDROME SÉROTONINERGIQUE

Rare, potentiellement grave.

Survient le plus souvent en cas de surdose ou d'interactions médicamenteuses, notamment lors d'une association avec un médicament ou produit sérotoninergique (p. ex. : inhibiteurs de la monoamine oxydase [IMAO] irréversibles, moclobémide, linézolide, millepertuis) ou un médicament à fort effet sérotoninergique (tramadol à hautes doses, buprénorphine, méthadone).

Apparition rapide possible dans les 24 à 48 heures suivant le début du traitement ou l'augmentation de la dose.

Une combinaison de plusieurs signes et symptômes : clonies, hyperréflexie, altération de l'état mental (p. ex. : anxiété, confusion, délirium, agitation), akathisie, tremblements, hyperthermie, diaphorèse.

### 6.3.5 PROLONGATION DE L'INTERVALLE QT

Peu fréquent, potentiellement grave (torsade de pointe).

Effet dose-dépendant.

Interactions médicamenteuses : utilisation concomitante de plusieurs médicaments qui prolongent l'intervalle QT ou augmentent les concentrations de l'antidépresseur (p. ex. : macrolides, quinolones, méthadone).

Signe précoce d'anomalie de l'intervalle QT : syncopes.

Recommandations spécifiques à certains antidépresseurs :

- Risque d'arythmie cardiaque associé au citalopram à une dose supérieure à 40 mg/jour. La dose maximale recommandée est de 20 mg/jour chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez les personnes atteintes d'insuffisance hépatique, chez les métaboliseurs lents du cytochrome P450 2C19 et lors de la prise concomitante de cimétidine ou d'un autre inhibiteur du cytochrome P450 2C19.
- Risque d'arythmie cardiaque associé à l'escitalopram. La dose maximale recommandée est de 10 mg/jour chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, chez les personnes souffrant de troubles hépatiques et lors de la prise concomitante d'oméprazole ou de cimétidine.

### 6.3.6 SYMPTÔMES DE SEVRAGE (SYNDROME DE RETRAIT)

Apparition rapide des symptômes (quelques heures ou jours) après l'arrêt soudain ou la diminution de dose de l'antidépresseur.

Les symptômes sont généralement légers et transitoires : symptômes pseudogrippaux, insomnie, nausées, état vertigineux, perturbations sensorielles (comme des chocs électriques), excitation.

Plus probable avec la paroxétine à libération immédiate; moins probable avec la fluoxétine et la vortioxétine.

## PROCESSUS D'ÉLABORATION

Le processus d'élaboration s'appuie sur la triangulation de plusieurs sources de données, incluant des recommandations de bonne pratique clinique, des données contextuelles et expérientielles.

Une revue systématique des guides de pratique clinique, des rapports de consensus et d'évaluation des technologies en santé, publiés en 2016 et 2017, a été menée. Des documents provenant des agences réglementaires ou rédigés par des associations, organismes ou ordres professionnels, les monographies des médicaments et les avis de Santé Canada ont également été consultés. La méthodologie utilisée pour mener cette revue de la littérature respecte les normes de production de l'INESSS.

L'analyse des données recensées a été effectuée dans une perspective de contextualisation de la pratique au Québec, en se basant sur des données expérientielles obtenues par les professionnels de la santé du comité et les membres de l'équipe de projet de l'INESSS.

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les recommandations qu'il contient ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

Comité consultatif de l'INESSS :

D<sup>r</sup> Denis Audet, médecin de famille

M<sup>me</sup> Dominique Boudreau, cadre-conseil en soins infirmiers

M<sup>me</sup> Dominique Harvey, conseillère-cadre en soins infirmiers

M<sup>me</sup> Violaine Masson, pharmacienne

D<sup>r</sup> Simon Patry, psychiatre

M. Philippe Vincent, pharmacien

## ANNEXE A : QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT (QSP-9)

Outil de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs ou outil de mesure de la réponse au traitement.

Une question complémentaire porte sur le niveau de fonctionnement psychosocial.

Instruction : arrondir le score total au chiffre entier inférieur.

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Évaluateur : \_\_\_\_\_

Veillez répondre à chacune des questions en encrant l'énoncé qui correspond le mieux à votre situation.

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses*	0	1	2	3
2. Vous sentir triste, déprimé ou désespéré*	0	1	2	3
3. Difficultés à vous endormir, à rester endormi ou trop dormir	0	1	2	3
4. Vous sentir fatigué ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop d'appétit	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même, vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à vous concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou, au contraire, vous êtes si agité que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre <sup>1</sup> .	0	1	2	3

Score total : somme des scores obtenus à chaque question : \_\_\_\_\_

**Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante :** Dans quelle mesure ce ou ces problèmes ont-ils rendu difficiles votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout  
difficile

Plutôt  
difficile

Très  
difficile

Extrêmement  
difficile

1. Si le patient répond **oui** à la question 9, une évaluation du risque suicidaire ou de l'auto-agressivité par un professionnel de la santé ou des services sociaux qualifié est conseillée.

Copyrights © K. Kroenke, 2002, tous droits réservés. Le QSP est une marque déposée de Pfizer inc. Ce test est libre d'utilisation pour un usage clinique.

\* Questions comprises dans le QSP-2

Source : INESSS, 2015.

<b>INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET SEUILS DIAGNOSTIQUES</b>	
0 à 4 points	Absence de dépression
5 à 9 points	Dépression légère
10 à 14 points	Dépression modérée
15 à 19 points	Dépression modérément sévère
20 à 27 points	Dépression sévère

Source : INESSS, 2015.

<b>INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET RÉPONSE AU TRAITEMENT</b>	
< 5 points	Rémission

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS
Les résultats appartenant à chacun des domaines peuvent être additionnés pour donner un score total qui varie de 0 (pas du tout perturbé) à 30 (très sévèrement perturbé)
Un résultat de 5 ou plus à l'un des 3 domaines signifie une atteinte fonctionnelle significative
Un score total inférieur ou égal à 6 ou un score inférieur ou égal à 2 pour chacun des domaines indique un rétablissement fonctionnel

Source : Sheehan et Sheehan, 2008.

Spécifications pour les troubles dépressifs avec détresse anxieuse<sup>3</sup>.

Présence d'au moins deux des symptômes suivants pendant la plupart des jours au cours d'un épisode dépressif caractérisé :

- Sentiment d'énerverment ou de tension;
- Sentiment d'agitation inhabituel;
- Difficultés de concentration dues à des soucis;
- Peur que quelque chose d'horrible survienne;
- Sentiment d'une possible perte de contrôle de soi.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS – SÉVÉRITÉ DE LA DÉTRESSE ANXIEUSE	
Léger	Présence de 2 symptômes
Moyen	Présence de 3 symptômes
Moyennement grave	Présence de 4 à 5 symptômes
Grave	Présence de 4 à 5 symptômes avec agitation motrice

Source : American Psychiatric Association (DSM-5), 2013.

<sup>3</sup> Des niveaux élevés d'anxiété ont été associés à un risque suicidaire plus élevé et une plus forte probabilité de non-réponse au traitement [American Psychiatric Association (DSM-5), 2013].

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA : American Psychiatric Association; 2013.
- BC Guidelines. Major depressive disorder in adults: Diagnosis and management. Victoria, BC : British Columbia Ministry of Health; 2013. Disponible à : [http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression\\_full\\_guideline.pdf](http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/depression_full_guideline.pdf).
- Department of Veterans Affairs et Department of Defense (VA/DoD). Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder. Washington, DC : VA/DoD; 2016. Disponible à : <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/VADoDMDDCPFINAL82916.pdf>.
- Fournier L, Roberge P, Brouillet H. Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Montréal, Qc : Centre de recherche du CHUM; 2012. Disponible à : [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509\\_FaireFaceDepressionQc\\_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepressionQc_ProtoSoinsInterv1reLigne.pdf).
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Questionnaire sur la santé du patient, QSP-9. Québec, Qc : INESSS; 2015. Disponible à : [http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_FicheOutil\\_QSP-9.pdf](http://inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf).
- Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological treatments. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):540-60.
- Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 1. Disease burden and principles of care. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):510-23.
- MacQueen GM, Frey BN, Ismail Z, Jaworska N, Steiner M, Lieshout RJ, 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. *Can J Psychiatry* 2016;61(9):588-603.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Care for adults with depression (NICE Pathways) [site Web]. Londres, Angleterre : NICE; 2017. Disponible à : <https://pathways.nice.org.uk/pathways/depression#path=view%3A/pathways/depression/care-for-adults-with-depression.xml&content=view-index>.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale. Montréal, Qc : OIIQ; 2016. Disponible à : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/4462-standards-sante-mentale.pdf>.
- Santé Canada. Recherche de produits pharmaceutiques en ligne [site Web]. Base de données sur les produits pharmaceutiques (BDPP). Ottawa, ON : Santé Canada; 2017. Disponible à : <https://produits-sante.canada.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp>.
- Santé Canada. REMERON / REMERON RD (mirtazapine) - Rythme cardiaque anormal - Pour les professionnels de la santé [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2014. Disponible à : <http://canadienssante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2014/38709a-fra.php>.
- Santé Canada. Celexa (citalopram) - Association à des anomalies du rythme cardiaque - Pour les professionnels de la santé [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2012. Disponible à : <http://canadienssante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2012/14672a-fra.php>.
- Santé Canada. Antidépresseur Cipralax (escitalopram) : nouveaux renseignements concernant le risque cardiaque lié à la dose [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2012. Disponible à : <http://canadienssante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2012/13674a-fra.php>.



- Santé Canada. Renseignements en matière d'innocuité sur le surdosage par le chlorhydrate de venlafaxine en capsules à libération prolongée - Pour les professionnels de la santé [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2008. Disponible à : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2008/14528a-fra.php>.
- Santé Canada. Renseignements importants en matière d'innocuité concernant l'utilisation concomitante de PAXIL ou PAXIL CR et du pimozide (Orap) – GlaxoSmithKline Inc. – Pour les professionnels de la santé [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2005. Disponible à : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2005/14357a-fra.php>.
- Santé Canada. Archivé - Renseignements importants sur l'innocuité d'EFFEXOR® : Mise en garde concernant le risque de changements comportementaux et émotifs, voire d'automutilation, chez les patients traités par un ISRS [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2004. Disponible à : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2004/14256a-fra.php>.
- Santé Canada. Archivé - Nouvelle CONTRE-INDICATION relative aux médicaments contenant de l'ergotamine et de la dihydroergotamine : risque d'ischémie cérébrale et/ou périphérique - Novartis Pharma Canada inc. [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2003. Disponible à : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2003/14214a-fra.php>.
- Santé Canada. Archivé - Renseignements importants concernant l'innocuité de ZOLOFT (chlorhydrate de sertraline) Pfizer Canada Inc. - Avis destinés aux professionnels de la santé [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2003. Disponible à : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2003/14238a-fra.php>.
- Santé Canada. Archivé - Importante mise en garde sur un médicament - ZYBAN® - GlaxoSmithKline [site Web]. Rappels et avis de sécurité. Ottawa, ON : Santé Canada; 2001. Disponible à : <http://canadiensensante.gc.ca/recall-alert-rappel-avis/hc-sc/2001/14676a-fra.php>.
- Sheehan KH et Sheehan DV. Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol* 2008;23(2):70-83.
- Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, et al. Adult depression in primary care. Seventeenth Edition. Bloomington, MN : Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2016. Disponible à : <https://roar.nevadaprc.org/system/documents/4068/original/NPRC.3054.Depr-Interactive0512b.pdf?1471560355>.