

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION DE LA PERSONNE ÂGÉE

LATOURL (1), KESTENS C (2)

RÉSUMÉ : La dépression unipolaire chez la personne âgée est une pathologie fréquente dont le diagnostic peut être difficile à poser, en raison de l'intrication des plaintes liées au vieillissement, aux comorbidités et aux traitements. La présentation est souvent atypique, avec une fréquence majorée de plaintes somatiques. Elle est, de ce fait, sous-diagnostiquée dans cette population, et lorsqu'elle l'est, souvent mal prise en charge. Pourtant, cette pathologie constitue un réel problème de santé publique par l'altération du fonctionnement et de la qualité de vie, ainsi que par la majoration des comorbidités, du recours aux soins de santé et de la mortalité globale, notamment par suicide. Le traitement est composé de psychothérapie, de pharmacothérapie et/ou d'électroconvulsivothérapie.

MOTS-CLÉS : *Dépression - Sujet âgé - Suicide*

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF LATE-LIFE DEPRESSION

SUMMARY : Late-life depression is a common pathology. The diagnosis can be difficult to make, due to intricacy of comorbidities, aging and treatments. The presentation is frequently atypical, with a high prevalence of somatic complaints. Depression is, in fact, underdiagnosed in this population and, when it is, poorly managed. This pathology constitutes a real public health problem due to impairment of functioning and quality of life, increase of comorbidities, use of health care and overall mortality, particularly by suicide. Treatment consists of psychotherapy, pharmacotherapy and/or electroconvulsive therapy.

KEYWORDS : *Depression - Late-life - Suicide*

INTRODUCTION

La dépression unipolaire a été reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. Elle touche, en effet, 16 % des individus au cours de leur vie. Chez la personne âgée, sa prévalence atteint 19 % (1).

Les symptômes se confondent avec les plaintes liées au vieillissement, aux comorbidités souvent nombreuses et aux effets secondaires des traitements associés, rendant le diagnostic plus compliqué que chez la personne jeune (2, 3).

Les nombreux changements liés à cette période de vie fragilisent d'autant plus la personne âgée, qu'il s'agisse de la solitude liée à la pension, au veuvage et à la perte d'autonomie, de la diminution du statut socio-économique et de la multiplication des pathologies somatiques et cognitives. Il est cependant indispensable de ne pas considérer la symptomatologie dépressive comme une évolution normale liée au vieillissement (3).

De plus, les patients ne consultent pas toujours un médecin ou consultent au sujet de plaintes somatiques, masquant l'état dépressif sous-jacent. La symptomatologie est moins franche et les modifications cérébrales influencent l'expression des symptômes. Il est pourtant indispensable de pouvoir diagnostiquer l'état dépressif afin d'en prévenir le risque suicidaire particulièrement élevé chez le sujet âgé, surtout masculin (1, 4). L'impact de la pathologie est également important en termes de morbidité, de déclin fonctionnel, de qualité de vie et de mortalité (3, 5).

Le traitement repose sur la psychothérapie, la médication et l'électroconvulsivothérapie.

Dans cet article, nous aborderons les particularités de la dépression du sujet âgé, ses diagnostics différentiels et les spécificités des traitements disponibles.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence de la dépression unipolaire augmente progressivement avec l'âge et atteint un pic à l'âge de 60-64 ans, avant de décroître légèrement. Elle touche 15 % de la population en Belgique et 19 % des personnes âgées de 75 ans ou plus (1).

La majorité des épisodes dépressifs du sujet âgé ont lieu chez des patients ayant déjà présenté un épisode dépressif dans leur vie et touche davantage les femmes. Cette pathologie est plus fréquente lorsqu'il y a des comorbidités somatiques et peut atteindre une prévalence de 40 % chez les patients souffrant

(1) Service de Psychiatrie, Clinique Notre-Dame des Anges, Liège, Belgique.

(2) Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Régional Hutois, Huy, Belgique.

d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral ou de cancer (3, 5).

ÉTIOLOGIE

FACTEURS BIOLOGIQUES

Différents facteurs biologiques influencent le développement d'une dépression chez le sujet âgé.

L'axe hypothalamo-hypophysaire est stimulé par différents changements cellulaires engendrés par le stress. Il en résulte une augmentation du cortisol sanguin, une diminution du BDNF («Brain Derived Neurotrophic Factor»), une majoration des IL-10 et TNF-alpha ainsi qu'une diminution des IL-6. L'inflammation engendre, notamment, une apoptose neuronale par le relargage de cytokines et une diminution de la neurogenèse. Des modifications épigénétiques engendrent également une vulnérabilité cérébrale au stress (2, 6, 7).

Sur le plan anatomique, on retrouve des changements structuraux au niveau du cingulum, dans le cortex préfrontal dorsolatéral et dans l'amygdale, favorisant le développement de la dépression. Une atteinte de la substance blanche est fréquemment retrouvée, évoquant une diminution de la connectivité cérébrale. Une moindre oxygénation cérébrale, liée aux fragilités vasculaires, pourrait également majorer le risque.

FACTEURS SOMATIQUES

Différentes pathologies somatiques peuvent engendrer le développement d'une symptomatologie dépressive. À l'inverse, l'épisode dépressif peut influencer la survenue ou l'évolution d'une pathologie somatique (2, 6).

Les maladies cérébro-vasculaires, coronariennes, neurologiques, métaboliques, immunologiques et auto-immunes peuvent entraîner une symptomatologie dépressive et influencer la réponse aux traitements. Les fractures de la hanche ainsi que certains cancers peuvent également majorer le risque de dépression (2, 3, 6).

FACTEURS IATROGÈNES

Différents médicaments peuvent également engendrer un syndrome dépressif. Les plus fréquemment retrouvés sont les traitements hormonaux, les traitements endocriniens, les bêtabloquants, les inhibiteurs de pompe à protons, les opioïdes et les corticoïdes (3).

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Le vieillissement s'accompagne de changements importants sur le plan psycho-social. L'isolement est un facteur de risque majeur et est davantage retrouvé chez le sujet âgé, en lien avec le veuvage, la pension, la perte d'autonomie, un statut socio-économique bas, etc. Les altérations cognitives et fonctionnelles majorent également le risque de dépression (2, 3, 6, 8).

SÉMIOLOGIE

La sémiologie est souvent moins franche et plus atypique que chez le sujet jeune. De plus, les modifications cérébrales au niveau du circuit striato-limbique influencent l'expression des symptômes et majorent le risque de chronicité et de rechute (5).

Le diagnostic de dépression repose sur les mêmes critères du DSM-5 que pour la population générale (Tableau I).

Cependant, certains symptômes s'avèrent plus fréquents chez l'adulte âgé (Tableau II) (2, 4). Les plaintes somatiques sont fréquentes chez le sujet âgé déprimé et représentent le symptôme initial dans 30 % des cas (9). Elles peuvent être mal systématisées ou plus spécifiques. Elles touchent souvent la sphère ostéoarticulaire, gastro-intestinale, cardiovasculaire et neurologique. Il est fréquent que les plaintes somatiques dominent le tableau clinique et masquent les symptômes dépressifs. De plus, la tristesse est moins fréquemment exprimée. L'apathie et l'anhédonie sont, quant à elles, plus fréquentes (3, 5).

Les plaintes somatiques prennent parfois des proportions délirantes dans les dépressions sévères. Les idées délirantes sont également favorisées par les atteintes cérébrales du sujet âgé (3).

La dépression prend parfois un caractère mélancolique, défini par des idées délirantes de ruine, de culpabilité, d'incurie et d'autodévalorisation. Dans certains cas, le patient est convaincu de la disparition de ses organes, voire de sa propre mort. Il s'agit du syndrome de Cotard.

DIFFICULTÉS DIAGNOSTIQUES

Rappelons qu'il s'agit d'une maladie sous-diagnostiquée dans cette population et lorsqu'elle l'est, souvent mal traitée (3, 10).

Tableau I. Critères du DSM-5 de l'épisode dépressif caractérisé

Présence de 5 symptômes dont un symptôme majeur	
Symptômes majeurs	Humeur dépressive Perte d'intérêt ou de plaisir
Symptômes mineurs	Augmentation ou diminution de l'appétit Insomnie ou hypersomnie Ralentissement ou agitation psychomotrice Perte d'énergie ou fatigue Autodévalorisation ou culpabilité Trouble de la concentration ou indécision Idées suicidaires ou tentative de suicide
Présence des symptômes sur une durée de 2 semaines	
En dehors d'atteinte organique ou de prise de substances justifiant les symptômes	
Altération du fonctionnement ou souffrance	

Tableau II. Comparaison des symptômes de la dépression du sujet âgé et du sujet jeune

Adulte jeune	Adulte âgé
Culpabilité	Instabilité, agressivité, colère
Expression de la douleur morale	Somatisations, hypochondrie
Baisse de l'efficacité dans les actes de la vie sociale ou professionnelle	Démotivation, ennui, vide intérieur, repli, isolement
Baisse de libido	Confusion, troubles mnésiques
Idéations suicidaires	Suicides programmés

Quatre-vingts pour cent des diagnostics reposent sur les soins de première ligne. En effet, 15 à 30 % des patients âgés qui consultent en médecine générale présentent des symptômes dépressifs significatifs. Pourtant, seulement 4 à 14 % des patients déprimés sont diagnostiqués (2).

Il semble important de ne pas considérer la dépression comme un symptôme normal du vieillissement, mais bien comme un état pathologique pouvant bénéficier d'un traitement. Cet état est à distinguer des réponses émotionnelles normales en lien avec l'avancée en âge telles que les deuils, la perte de fonction sociale, physique ou cognitive en lien avec la maladie et le vieillissement (3).

La présence de comorbidités somatiques (avec ralentissement psychomoteur, fatigue, perte d'appétit, perturbation du sommeil et de la libido, etc.), la présence d'effets secondaires de la médication, les difficultés de communication, la présentation clinique atypique et moins franche dans cette population ainsi que les stig-

mates liés à la maladie mentale compliquent le diagnostic de dépression dans cette population (3, 5).

Ce diagnostic doit être envisagé lorsque le patient présente des symptômes somatiques ou thymiques plus forts qu'attendus normalement dans le contexte de vie, une faible réponse aux traitements ou une faible motivation à participer au traitement.

DÉMENCE ET DÉPRESSION

Les troubles cognitifs concomitants aux symptômes dépressifs posent la problématique du diagnostic différentiel entre une démence ou un épisode dépressif.

La dépression chez la personne âgée serait donc un syndrome précurseur d'une démence ou un facteur de risque de démence, principalement la démence vasculaire et la maladie d'Alzheimer (3, 6).

Inversement, les démences (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy, maladie d'Alzheimer, démence fronto-temporale) engendrent également fréquemment un syndrome dépressif.

Les atteintes sous-corticales frontales, spécifiquement du circuit striato-pallido-thalamo-cortical, sont impliquées dans le développement de la pathologie (11). L'atrophie cérébrale, les atteintes de la substance blanche et les ischémies périventriculaires pourraient également être en cause.

Le patient dément présente surtout une atteinte de la mémoire exécutive (mémoire inconsciente permettant l'exécution de diverses routines) et de la mémoire à court terme. Les plaintes concernant l'altération cognitive sont rares. L'humeur est souvent labile et s'accompagne de moments de plaisir. L'agitation, l'agressivité et l'apathie sont plus souvent retrouvés. De manière générale, les antidépresseurs se montrent moins efficaces et n'améliorent pas la cognition (2).

Lorsqu'un épisode dépressif s'accompagne d'une altération cognitive, le patient évoque des oublis, une difficulté de concentration et d'attention. Les plaintes à ce sujet sont fréquentes. La tristesse de l'humeur prédomine, principalement en matinée, ainsi que l'anhédonie, les troubles du sommeil et de l'appétit ainsi que les douleurs. L'humeur et les symptômes cognitifs s'améliorent généralement avec le traitement (2).

LA DÉPRESSION VASCULAIRE

Ce terme comprend les dépressions survenant dans les deux ans suivant un accident vasculaire cérébral aigu ou lors de lésions ischémiques chroniques.

Les atteintes cérébrales vasculaires majorent la vulnérabilité quant au développement d'une dépression. Les lésions de l'hémisphère gauche, surtout préfrontales, augmentent la fréquence et la sévérité de la dépression. Elles répondent, par ailleurs, moins bien aux différents traitements (11).

Les lésions vasculaires chroniques sont associées à une majoration du ralentissement psychomoteur, de l'anhédonie, de l'altération du fonctionnement et à une plus faible présence de symptômes psychotiques et de culpabilité (11).

Les patients avec une atteinte frontale présentent plus de troubles dysexécutifs, de perte de motivation, d'apathie et de ralentissement psychomoteur que de tristesse.

RISQUE SUICIDAIRE

Le suicide représente la 9^{ème} cause de décès chez les patients de 65 à 84 ans. Les patients âgés réalisent moins de passage à l'acte suicidaire que les personnes plus jeunes. Cependant, le ratio de décès par suicide sur tentatives de suicide est fortement majoré. Il est de 4/1 chez le sujet âgé et de 200/1 chez les moins de 25 ans (4).

Les hommes, surtout âgés de plus de 85 ans, décèdent plus fréquemment par suicide que les femmes, en raison de moyens de passage à l'acte plus radicaux. La planification et l'intention suicidaire du sujet âgé sont plus importantes que chez le sujet jeune (3, 4).

Septante-cinq pour cent des décès par suicide chez la personne âgée concernent un premier épisode dépressif (4) et, dans 60 % des cas, le patient rencontre un médecin dans le mois précédant un passage à l'acte (3). Il semble donc indispensable d'améliorer la prévention et de diagnostiquer la dépression dans cette population afin d'en diminuer la mortalité.

La vulnérabilité suicidaire pourrait également être une conséquence du vieillissement cérébral, en particulier des régions préfrontales. De plus, la fragilité organique liée à l'âge majeure le risque de décès lié à une tentative de suicide (4).

Les facteurs de risque suicidaire identifiés sont les insomnies, un sentiment de désespoir, l'agitation, les symptômes psychotiques, la consommation d'alcool et les douleurs. La présence d'autres pathologies, le stade terminal d'une maladie, l'isolement social et les tentatives de suicide antérieures sont d'autres facteurs de risque à prendre en considération lors de l'évaluation du risque suicidaire (2, 3, 4, 12).

TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ

Le traitement de la dépression chez la personne âgée repose sur la psychothérapie, la médication ainsi que l'électro-convulsivothérapie (ECT). Le choix du traitement va dépendre de la sévérité des symptômes, des comorbidités, de l'accessibilité du traitement et de la préférence du patient. Les traitements sont utilisés séparément ou en combinaison.

LA PSYCHOTHÉRAPIE

La psychothérapie est le traitement de première intention dans les épisodes dépressifs

d'intensité légère à modérée. Il est cependant parfois difficile à mettre en œuvre, en lien avec les difficultés de déplacement du patient. L'hygiène de vie peut être améliorée, l'isolement social réduit. De plus, l'activité physique montre également une efficacité afin de réduire les symptômes dépressifs.

L'association de la psychothérapie à la médication permet également une meilleure évolution des symptômes dépressifs. Elle doit être envisagée et proposée de manière concomitante au traitement pharmacologique (3, 8, 10).

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

La posologie des traitements doit être adaptée en raison d'un volume de distribution plus grand, lié à la répartition différente des graisses corporelles et des muscles, majorant le stockage des molécules thérapeutiques. La clairance peut également être altérée par un déclin naturel de la fonction rénale avec l'âge, en l'absence de pathologie. L'absorption intestinale est, quant à elle, diminuée ainsi que la métabolisation hépatique. La fixation protéique est moindre, du fait de la diminution de l'albuminémie. Les états cardiaque, hépatique et rénal doivent donc être pris en considération afin d'ajuster nos prescriptions. Dans ce contexte, il est recommandé de favoriser la monothérapie et les médicaments ayant une demi-vie courte (13).

LES ANTIDÉPRESSEURS

L'efficacité intrinsèque des antidépresseurs est comparable entre la population âgée et la population plus jeune (3). Cependant, en pratique, l'efficacité est moindre, en raison d'un traitement mal conduit : posologie trop faible ou durée de traitement trop courte (10).

En effet, la dose initiale doit être diminuée de moitié, mais la dose thérapeutique finale est identique à celle de l'adulte jeune. Après 4 semaines, si aucune amélioration n'est visible sous antidépresseur, un changement d'antidépresseur doit être envisagé bien que la résolution des symptômes soit plus lente dans cette population (7, 14).

Les rechutes étant plus fréquentes chez le sujet âgé, le traitement doit être maintenu au minimum pendant 12 mois après la rémission complète. En cas d'épisodes dépressifs récidivants, le traitement doit être prolongé au-delà de 12 mois (7, 14).

La monothérapie est à privilégier en raison des interactions et de la multiplication des effets secondaires (8, 14).

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Les ISRS représentent la première ligne de traitement de la dépression unipolaire du sujet âgé. La fluoxétine ayant une longue demi-vie et de multiples interactions médicamenteuses est à éviter. La paroxétine étant le ISRS le plus anticholinergique, il est également recommandé de ne pas l'utiliser en priorité, d'autant plus que les interactions médicamenteuses sont fréquentes (5). Son efficacité sur la symptomatologie anxieuse peut cependant favoriser sa prescription. Quant aux citalopram et escitalopram, ils allongent l'espace QT avec un risque d'arythmie chez les patients à risque. Ils sont cependant souvent bien tolérés et constituent le choix de première intention, tout comme la sertraline (6).

L'hyponatrémie induite par l'ensemble des ISRS est plus fréquente chez l'adulte âgé qu'avec les autres classes d'antidépresseurs. L'akathisie, le syndrome parkinsonien et la bradycardie sinusale peuvent également survenir. La surveillance doit être rapprochée (5-7).

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)

Les IRSN, comprenant la duloxétine et la venlafaxine, représentent la deuxième ligne de traitement (15). Ils présentent cependant plus d'effets secondaires cardiaques que les ISRS par leur action noradrénergique. Ils sont donc à éviter en cas d'hypertension ou de trouble du rythme. Ils sont particulièrement intéressants en cas d'apathie prédominante. La duloxétine a également l'avantage d'agir sur les douleurs neuropathiques (2, 7).

Les tricycliques

Les tricycliques peuvent être envisagés lors de l'échec d'autres antidépresseurs. Ils ont une meilleure efficacité dans les dépressions sévères ou mélancoliques et seraient les seuls à réduire le risque de rechute après un traitement par ECT. Cependant, ils ont de nombreux effets secondaires et doivent être utilisés précautionneusement en cas d'arythmie, de glaucome à angle fermé, de rétention urinaire et d'hyperplasie prostatique. Ils peuvent majorer la constipation, l'hypotension orthostatique et la confusion. L'anafranil est privilégié en cas de symptomatologie douloureuse.

Antidépresseurs atypiques

La mirtazapine peut également être une possibilité thérapeutique. Elle comporte, cependant, deux effets secondaires pouvant influencer la

prescription. Il s'agit de la prise de poids (utile chez les patients anorexiques, à éviter chez les patients en surpoids) et l'aspect sédatif (utile lors d'insomnies, mais pouvant majorer le risque de chute) (5, 7). Son action synergique en association avec la venlafaxine peut être particulièrement efficace lors de dépression sévère.

Le bupropion peut également être un choix intéressant en raison de son action sur l'apathie et le ralentissement psychomoteur ainsi qu'en raison de l'absence de prise de poids (en cas de syndrome métabolique). Il pourrait également améliorer l'akinésie et les troubles posturaux chez les patients souffrant d'un syndrome parkinsonien. L'association du bupropion à un ISRS présente l'avantage de majorer l'action antidépressive en évitant de changer d'antidépresseur. Il peut cependant favoriser l'anxiété, les insomnies et les crises d'épilepsie (2, 7).

Stratégies de potentialisation

En cas de réponses insuffisantes à la monothérapie, les stratégies de potentialisation peuvent être envisagées. Les antipsychotiques atypiques à faible dose, tels l'aripiprazole (2,5 mg à 15 mg), la quétiapine (25-400 mg) et la rispéridone (3 mg maximum) potentialisent l'effet des antidépresseurs. L'olanzapine, associée à la fluoxétine, peut également se montrer efficace. Les hormones thyroïdiennes ou le lithium peuvent être utilisés dans ce contexte (8, 15). Le pramipexole est également étudié, mais reste peu utilisé.

Démence et antidépresseurs

La symptomatologie dépressive dans le cas de démence peut répondre aux antidépresseurs. Il est recommandé d'éviter les tricycliques, ayant une activité cholinergique importante, favorisant la confusion. Ils s'avèrent cependant plus efficaces, notamment dans la démence vasculaire.

ESKÉTAMINE

L'eskétamine est utilisée, en association avec un antidépresseur, dans la dépression résistante, lorsque deux antidépresseurs différents se sont montrés insuffisants.

Différentes études ont montré une efficacité similaire de l'eskétamine chez les patients âgés de plus de 65 ans comparés à l'adulte jeune (16, 17). La dose initiale est diminuée à 28 mg et peut être majorée par paliers de 28 mg jusqu'à 84 mg.

Elle ne peut pas être utilisée en cas d'événements cardiovasculaires récents (dans les 6 semaines) ou d'antécédents d'hémorragie céré-

brale et de maladies vasculaires de type anévrysme.

ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)

Les ECT sont particulièrement efficaces chez la personne âgée (3, 8), le taux de rémission étant supérieur dans cette population par rapport à l'adulte jeune. Elles sont utilisées lorsque le patient ne tolère pas ou ne répond pas au traitement, ou présente une dépression sévère avec complications.

Différentes études ont montré l'efficacité et l'aspect sécurisant de l'utilisation des ECT dans la dépression de la personne âgée, notamment chez les patients de plus de 85 ans ou suite à un accident vasculaire cérébral.

Un traitement de maintenance diminue le taux de rechute et est donc indiqué.

L'efficacité serait plus rapide que les antidépresseurs et permet d'éviter les interactions médicamenteuses en cas de polymédication. Il s'agit également d'une bonne alternative en cas d'intolérance aux effets secondaires des antidépresseurs (3, 7, 8).

CONCLUSION

La dépression du sujet âgé est fréquente, sous-diagnostiquée et sous-traitée. En cas de troubles cognitifs, le diagnostic différentiel avec la démence doit être réalisé. La dépression impacte considérablement la qualité de vie, l'institutionnalisation et la mortalité. Un traitement bien mené permet une amélioration de la symptomatologie et une diminution du risque suicidaire. La psychothérapie, les antidépresseurs, l'eskétamine et l'électroconvulsivothérapie sont les piliers de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abdoli N, Salari N, Darvishi N, et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;132:1067-73.
2. Pitchot W, Scantamburlo G, Ansseau M. Approche clinique et thérapeutique de la dépression chez la personne âgée. *Rev Med Liege* 2012;67:566-72.
3. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol* 2009;5:363-89.
4. Richard-Devantoy S, Jollant F. Le suicide de la personne âgée: existe-t-il des spécificités liées à l'âge? *Sante Ment Que* 2012;37:151-73.
5. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2004;2(Suppl1):S19-S27.

6. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;**58**:249-65.
7. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin North Am* 2012;**35**:203-29.
8. Knöchel C, Alves G, Friedrichs B, et al. Treatment-resistant late-life depression: challenges and perspectives. *Curr Neuropharmacol* 2015;**13**:577-91.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie AS, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé. *Gériatrie et psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2020;**18**:88-96.
11. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. Vascular depression hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997;**54**:915-22.
12. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;**160**:1147-56.
13. Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ* 2008;**336**:606-9.
14. Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, et al. A systematic approach to pharmacotherapy for geriatric major depression. *Clin Geriatr Med* 2014;**30**:517-34.
15. Quentin S, Voyer M, Daniel ML, et al. Intérêt de l'électroconvulsivothérapie (ECT) chez les sujets âgés souffrant d'une pathologie démentielle : une revue de la littérature. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie* 2010;**10**:204-14.
16. Ochs-Ross R, Daly EJ, Zhang Y, et al. Comparison of long-term efficacy and safety of esketamine nasal spray plus oral antidepressant in younger versus older patients with treatment-resistant depression: post hoc analysis of sustain-2, a long-term open-label phase 3 safety and efficacy study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2022;**30**:541-56.
17. Lavretsky H, Roose SP. The efficacy and safety of esketamine for the treatment-resistant depression in older adults:

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Latour L, Service de Psychiatrie, Clinique Notre-Dame des Anges, Liège, Belgique.
Email : lucie.latour@hotmail.be

comments on TRANSFORM-3 trial results. *Am J Geriatr Psy-*

chiatry 2020;**28**:142-4.