

DÉPRESSION ET PERSONNES ÂGÉES

Recherche menée par **Thierry GALLARDA**

Service de psychiatrie de l'adulte âgé, Centre d'évaluation des troubles psychiques
et du vieillissement, Hôpital Sainte-Anne, PARIS



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

Dépression et personnes âgées

Au-delà de 65 ans, l'estimation du taux de prévalence des épisodes dépressifs majeurs apparaît inférieure à celle observée chez l'adulte d'âge moyen. Pourtant, certains indicateurs sont alarmants : en institution hospitalière, 20 % des sujets âgés seraient déprimés ; en institution pour personnes âgées, la prévalence de la dépression avoisine 40 % des résidents. L'article du Dr. Thierry Gallarda apporte un éclairage scientifique et clinique permettant d'expliquer les résultats des études épidémiologiques qui contrecarrent l'intuition médicale d'une élévation avec l'âge des troubles dépressifs. Il insiste sur les spécificités cliniques de la dépression chez la personne âgée et les multiples facteurs, fréquents avec l'âge mais exclus de la critériologie, qui modifient son expression symptomatique. Sont présentés les comorbidités multiples de l'épisode dépressif avec des troubles cognitifs, somatiques et psychiatriques, le problème des addictions et des troubles des conduites et du comportement dans leur possible valeur d'équivalents dépressifs. Les actions concrètes qui découlent en termes d'évaluation et de thérapeutique (médicamenteuse, psychologique, médico-sociale), sont présentées ainsi que et le rôle de la famille et des différents acteurs du corps médical fédérés autour de cette problématique.

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.3
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.4
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.7
Références	p.14
Biographie	p.17

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 14).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Etudes épidémiologiques :

L'épidémiologie est l'étude des facteurs influant sur la santé et les maladies de populations. Il s'agit d'une discipline qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques.

2. Pour connaître les symptômes de la dépression chez l'adulte et en avoir une illustration, voir l'article n°20-1 : « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

3. La **prévalence**, généralement exprimée en pourcentage, est la proportion de cas d'une maladie donnée dans une population.

4. **DSM** est l'acronyme de l'anglais "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders".

5. <http://www.icpsr.umich.edu/icpsrweb/ICPSR/studies/6153>

6. <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>

7. **CIDI** : Composite International Diagnostic Interview : <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhidi/>

8. **Comorbidité** : association de deux ou de plusieurs maladies ou troubles différents et indépendants, tels qu'ils sont individualisés par les classifications en cours. Ainsi, une affection comorbide a existé ou peut survenir durant l'évolution clinique d'un patient qui a une maladie étudiée (A.R. Feinstein, 1970).

9. **Troubles cognitifs** : Troubles du fonctionnement des processus de pensée : concentration, mémoire, attention, fonction de planification, de l'inhibition etc.

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées. Elle constitue le premier motif de recours en psychiatrie dans les établissements de santé métropolitains [1]. En population générale, à tous les âges de la vie, différentes études épidémiologiques¹ en santé mentale ont mis en évidence

une large prédominance des symptômes dépressifs sur celle des épisodes dépressifs caractérisés². Ce constat prévaut particulièrement auprès des populations âgées : au-delà de 65 ans, l'estimation du taux de prévalence³ des épisodes dépressifs majeurs caractérisés selon les critères DSM⁴ y apparaît même inférieure à celle observée chez l'adulte d'âge moyen.

Comment les obtenons-nous ?

L'APPORT DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE

Ainsi, chez la personne âgée, l'une des études les plus classiques, l'étude ECA (North American Epidemiologic Catchment Area)⁵ soulignait le contraste entre des taux de prévalence de symptômes dépressifs estimés à 10 % contre des taux d'épisode dépressif majeur entre 1 et 1,5 %. Plus récemment, les données issues d'une réplification de l'étude NCS (National Comorbidity Survey)⁶ concluent également à des taux de prévalence inférieurs auprès des populations âgées : chez les plus de 65 ans, la prévalence des troubles de l'humeur évaluée au moyen du CIDI⁷ est à 2,6 % [2]. Ces données épidémiologiques contrecarrent

l'intuition médicale d'une élévation avec l'âge des symptômes comme des troubles dépressifs.

D'autres travaux épidémiologiques ont utilisé des méthodes d'évaluation diagnostique apparaissant plus adaptées aux populations âgées. De fait, ces études incluent les situations de comorbidité⁸ de l'épisode dépressif avec des troubles cognitifs⁹ ou des affections somatiques, fréquentes avec l'âge mais exclues par une application stricte de la critèresologie DSM ou CIM [3]. L'étude Euro-DEP, par exemple, à partir de la notion de « dépression cliniquement significative » rapporte ainsi des taux de prévalence de symptômes dépressifs sensiblement plus élevés, compris entre 8,6 et 14,1% mais restant équivalents pour les troubles

10. DSM-5: DSM est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 5 est le numéro de version (il s'agit ici de la cinquième version de ce manuel, publiée en 2014; la première version datait de 1952).

11. Une étiologie: une cause.

12. L'anorexie (du grec ancien: ἄν: c. ana / anorexia, «absence de désir») est un symptôme qui correspond à une perte de l'appétit. Le terme est très souvent abusivement utilisé pour désigner exclusivement l'anorexie mentale qui est un trouble psychopathologique complexe et spécifique, au cours duquel il n'y a pas de perte de l'appétit mais au contraire une lutte active contre la faim et l'absorption d'aliments. Pour en savoir plus: [le site de l'INSERM](#)

13. Le terme **néoplasie** (littéralement: nouvelle croissance) désigne une formation nouvelle — le néoplasme — qui se développe par prolifération cellulaire et qui présente une organisation structurale et une coordination fonctionnelle faible, voire nulle, avec le tissu environnant. Le mot «néoplasme» est le terme utilisé en médecine pour désigner une tumeur ou un cancer. Les néoplasies peuvent être dues à des mutations aléatoires (dont dues au vieillissement), des facteurs génétiques, environnementaux (exposition à des produits cancérogènes) ou endocriniens (perturbateurs endocriniens notamment).

14. Maladie d'Alzheimer: pour des informations, explications, vidéos, sur cette maladie: [Voir le site](#)

15. Maladie de Parkinson: pour des informations, explications, vidéos, sur cette maladie: [Voir le site](#)

16. Anamnèse: ensemble des renseignements fournis par le patients ou par son entourage sur l'histoire des symptômes, l'histoire de la maladie ou les circonstances qui l'ont précédée.

dépressifs majeurs compris entre 1 et 4% [4]. Au sein de groupes de populations spécifiques, certains indicateurs épidémiologiques apparaissent alarmants:

- > en institution hospitalière, 20% en moyenne des sujets âgés seraient déprimés;
- > en institution pour personnes âgées, la pré-

valence de la dépression y est encore plus élevée, avoisinant 40% des résidents.

De fait, aux premiers rangs des causes d'hébergement en institution, la perte d'autonomie, qu'elle soit liée à un handicap physique ou à un déclin intellectuel et l'isolement affectif sont puissamment dépressogènes [5-7].

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

SPÉCIFICITÉS CLINIQUES DE LA DÉPRESSION DE L'ADULTE ÂGÉ

De multiples facteurs modifient l'expression symptomatique de la dépression avec l'avancée en âge: certains contribuent à masquer les symptômes cardinaux de la dépression, d'autres au contraire viennent en accroître l'intensité. Le facteur le plus documenté et probablement le principal est la comorbidité de la dépression avec des affections somatiques, présente chez la majorité des personnes âgées de plus de 80 ans. D'autres facteurs, psychologiques ou socioenvironnementaux sont également à l'œuvre mais leur influence a été moins étudiée [8].

En présence d'une affection physique comorbide, à l'origine d'un chevauchement symptomatique avec le trouble dépressif, les auteurs du DSM-5¹⁰ préconisent de rechercher en priorité une étiologie¹¹ médicale aux symptômes dépressifs. Face à une anorexie¹² sévère par exemple, avant de poser un diagnostic d'épisode dépressif majeur, le

clinicien est engagé à éliminer une origine somatique comme une néoplasie¹³ profonde. De même, en présence de troubles cognitifs, l'éventualité d'une maladie d'Alzheimer¹⁴ ou apparentée ou encore d'une maladie de Parkinson¹⁵ en présence d'un ralentissement psychomoteur marqué.

Cette démarche diagnostique étiologique «théorique» peut néanmoins se heurter à la complexité de certaines situations cliniques rencontrées en psychiatrie gériatrique et ces difficultés expliquent en partie la variabilité des taux de prévalence de la dépression en fonction des études déjà évoquée.

Lorsque le patient y consent et que cela est possible, l'entretien avec un membre de l'entourage proche est essentiel. Devant des tableaux atypiques, il permet l'anamnèse¹⁶ d'épisodes dépressifs antérieurs, parfois très anciens, oubliés ou volontairement tus par le patient qui orientent vers un diagnostic de trouble dépressif récurrent. Cet entretien anamnestique favorisera surtout la mise en

17. Une forme algique : avec des symptômes de douleurs au premier plan.

18. Une origine fonctionnelle : la notion « d'origine fonctionnelle » renvoie à une cause psychique et non physique (ou encore « organique ») de la douleur.

19. Algie = douleur

20. Pour consulter l'article de Leslie Kiloh « **Pseudo-dementia** » (Acta Psychiatrica Scandinavica Volume 37, Issue 4, pages 336-351, December 1961): **Consultez ce lien.**

21. Pour des informations sur le rôle de l'électroconvulsivothérapie (ECT) pour la prise en charge de la dépression, consultez l'article n° 16-1: « **Dépression et ECT** » (Dr. F. Mouaffac, Le Livre Blanc de la Dépression.

évidence d'une rupture marquée du fonctionnement du patient par rapport à son fonctionnement antérieur. Une dégradation brutale du fonctionnement, en quelques jours ou semaines, en l'absence d'accident somatique concomitant, oriente vers une origine dépressive et incite à la recherche de symptômes actuels ou antérieurs de dépression.

En médecine générale, jusqu'à 50 % des dépressions de l'adulte tous âges confondus pourraient revêtir une forme algique¹⁷ [9]. En l'absence d'antécédent ou de signe d'appel d'une affection somatique, une origine fonctionnelle¹⁸ sera facilement évoquée. De même, chez la personne âgée, une douleur sous toutes ses formes, peut constituer également un symptôme d'appel majeur, parfois isolé de la dépression. Mais aux âges avancés, l'origine dépressive du symptôme est plus difficile à affirmer que chez le sujet jeune car les causes d'algies¹⁹ liées à des affections somatiques y sont multiples. L'association de douleurs « non spécifiques », aux localisations multiples (céphalées, douleurs abdominales, cervicales, dorso-lombaires...) oriente vers le diagnostic de dépression, de même qu'un retentissement émotionnel ou fonctionnel dont le degré apparaît disproportionné avec le symptôme algique aux yeux du clinicien ou de l'entourage.

Depuis leur description par Leslie Kiloh²⁰, dans les années soixante, les formes « pseudo-déméntielles » des dépressions gériatriques ont été la source d'une littérature considérable. Par cette appellation, Kiloh faisait référence à des syndromes démentiels d'installation brutale, en quelques semaines, sans étiologie organique évidente, mais précédés de symptômes anxio-dépressifs et curables

par les antidépresseurs ou une cure d'électroconvulsivothérapie²¹. Outre la valeur de la séquence symptomatique, dépression puis troubles cognitifs, dans cet ordre, l'intensité de la plainte et de l'anxiété, la sévérité de la régression (pouvant se traduire notamment par l'installation d'emblée d'une incontinence mixte, urinaire et aux selles) et du handicap, la dramatisation ou des réponses stéréotypées (ex. « je ne sais pas ») et des refus aux tentatives d'évaluation cognitive permettaient d'orienter le diagnostic. L'obtention d'une réversibilité totale des symptômes démentiels, psycho-comportementaux comme cognitifs, par le traitement antidépresseur était au cœur de la définition princeps mais elle a été battue en brèche par la plupart des études longitudinales. Dans leur majorité, ces études démontrent que ces tableaux n'ont de « pseudo-déméntiel » que leur appellation. Quel que soit le degré initial d'amélioration, parfois spectaculaire, obtenu par les antidépresseurs, la plupart de ces tableaux évoluent en effet vers des syndromes démentiels plus « typiques » dans un délai variant avec l'étiologie de la démence mais aussi les comorbidités somatiques (fragilités cérébrovasculaires et/ou sensorielles), psychiques (troubles de la personnalité) et socioenvironnementales (précarité, solitude...). En accentuant l'intensité de symptômes cognitifs évoluant à bas bruit, sous le seuil symptomatique, le trouble psychocomportemental préfigure ainsi le tableau déméntiel [10].

Depuis son introduction, la notion de « pseudo-démence dépressive » a également recouvert une forte hétérogénéité clinique : de tableaux de régression psychomotrice aiguë avec perte d'autonomie imposant une hospitalisation, parfois accompagnée d'une thérapie de choc à des situations am-

22. Syndrome dyséxécutif : regroupe des troubles des fonctions exécutives qui désignent un ensemble hétérogène de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Cela regroupe des capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problème, le raisonnement logique, la mémoire de travail, le contrôle cognitif, la pensée abstraite, l'apprentissage de règles, l'attention sélective, la sélection de réponses motrices, la motivation, l'initiative, etc. Les fonctions exécutives sont principalement associées au fonctionnement des lobes frontaux du cerveau. **Consulter l'article: Syndrome dyséxécutif: validation de critères diagnostiques. Etude multicentrique GREFEX.**

23. Phlébotomie : l'incision d'une veine.

bulatoires de dépressions chroniques avec plaintes cognitives sans retentissement marqué dans la vie quotidienne mais objectivables par le bilan neuropsychologique. D'autres appellations, « pseudo-dépression démentielle », « syndrome démentiel de la dépression », ou plus récemment « syndrome dyséxécutif de la dépression », permettent une meilleure appréhension de ces tableaux mais ces termes génériques ne rendent pas compte de la diversité des situations combinant troubles affectifs, plaintes et/ou déficits cognitifs et retentissement dans les activités de la vie quotidienne avec l'avancée en âge.

Les syndromes de « désinvestissement » empruntent aussi à cette triade symptomatique. Leur caractère dépressif s'avère souvent difficile à identifier. Ils concernent généralement des personnes très âgées, au-delà de 85 ans, qui rechignent ou bien refusent de s'alimenter et maigrissent considérablement, alertant leur entourage, familial ou institutionnel. Elles s'enferment dans un isolement croissant et refusent de recevoir une aide médicale ou s'y soumettent passivement, avec ambivalence. En institution, ce peuvent être des patients qui dirigent systématiquement leur visage vers le mur, évitant le contact des soignants.

Parmi ces derniers, certains sont exclusivement déprimés et bénéficieront nettement d'une thérapeutique antidépressive, d'autres souffrent d'affections médicales en attente d'être diagnostiquées, en particulier néoplasiques ou de polyopathologies entravant l'autonomie, d'autres présentent une affection dégénérative cérébrale débutante ou plus évoluée. Les combinaisons étiologiques ne sont pas rares et s'accompagnent d'une altération globale de la réponse thérapeutique,

tant pharmacologique que psychologique. Un bilan médical approfondi s'impose, des causes éventuelles mais aussi du retentissement du syndrome, en particulier sur le plan biologique et nutritionnel. Lorsqu'elle est possible, l'évaluation neuropsychologique permet éventuellement une mise en perspective de déficits cognitifs sous-jacents avec la clinique : syndrome dyséxécutif²² sévère rendant compte au moins partiellement du défaut global d'initiative et de l'émoussement affectif ou à l'inverse, bilan compatible avec un vieillissement cognitif normal engageant à privilégier la piste dépressive ou celle d'une autre cause organique.

Moins rapportés dans la littérature mais néanmoins fréquents en institution, certains troubles des conduites et du comportement ont possible valeur d'équivalents dépressifs. Les « cris » et les comportements auto ou hétéro-agressifs, une incontinence sans cause médicale et atypique dans sa présentation (lorsque l'élimination incontrôlée s'effectue systématiquement dans des lieux autres que les toilettes, ce qui est inhabituel dans la démence) en sont des exemples. Tous les gestes auto-agressifs, même ceux d'apparence sans gravité, doivent être considérés avec la plus grande attention. Chez une personne âgée, certaines intoxications médicamenteuses, tentatives de phlébotomie²³ superficielle, excoiations ou scarifications ont plus rarement fonction d'appel à l'aide de l'entourage que chez l'adulte plus jeune. La sévérité de l'épisode dépressif associé au geste est un facteur de gravité mais sa valeur demeure relative, des comportements suicidaires préoccupants pouvant survenir au cours d'un épisode dépressif d'intensité légère.

24. Un trouble anxieux généralisé : trouble anxieux chronique constitué d'inquiétudes incontrôlables sur l'avenir, à propos de plusieurs thématiques différentes (argent, santé, accidents, etc.) et de signes de tensions physiques.

25. Troubles névrotiques : Pour une définition des troubles névrotiques, on pourra consulter les descriptions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, catégories F40-F48 : **Version anglaise, version française.**

En masquant les symptômes cardinaux de l'épisode dépressif, les symptômes anxieux du trouble anxieux généralisé²⁴ égarent le prescripteur vers des prescriptions chroniques de tranquillisants aux effets potentiellement délétères, en particulier sur le plan cognitif. Associés aux symptômes dépressifs, ils sont à l'origine de tableaux anxiodépressifs mixtes présentant un risque suicidaire et de chronicisation accrue. De même, l'installation brutale de symptômes anxieux « d'allure névrotique »²⁵, phobiques, obsessionnels-compulsifs ou encore de manifestations d'allure conversive chez une personne âgée qui en était à priori totalement indemne auparavant constitue aussi un fort indicateur de dépression [11]. D'autres contextes rendent compte de tableaux dépressifs aussi bruyants qu'atypiques, en particulier l'association à un trouble de la personnalité et à des conduites addictives.

Les caractéristiques de la personnalité dysfonctionnelle prémorbide résonnent avec la symptomatologie dépressive au point de

rendre vaine toute tentative d'attribution symptomatique à un registre ou à un autre. Cliniquement, la traduction peut être des sollicitations incessantes et anarchiques auprès des services d'urgence médicale ou des services assurant le maintien à domicile pour des motifs variés au travers desquels transparaît souvent mal l'origine dépressive.

L'éclosion d'une plainte envahissante autour de la solitude et de l'isolement social avec une demande pressante d'hébergement en institution chez quelqu'un qui les avait parfaitement assumés jusqu'alors est tout aussi évocatrice, même en l'absence de syndrome dépressif caractérisé.

Enfin, les alcoolisations tardives associées ou non à l'abus de tranquillisants ou d'antalgiques, notamment chez la femme orientent également vers la piste dépressive. Le risque de dépendance à la substance accroît la difficulté et la longueur de la prise en charge.

Qu'en faisons-nous concrètement ?

ÉVALUATION INITIALE

En permettant d'en définir avec précision les contours, l'évaluation initiale est un temps essentiel de la prise en charge. Au cours de cette prise de contact, le praticien doit avoir pour objectifs : une reconstitution minutieuse de l'histoire clinique, un recueil exhaustif

des antécédents somatiques, un examen approfondi de l'état mental à la recherche d'indices cliniques de sévérité (symptômes psychotiques, idéations suicidaires, perte de l'autonomie), l'identification de facteurs de résistance et d'éventuelles causes organiques de la dépression.

Lorsque le patient présente des troubles co-

26. Geriatric Depression

Scale: Pour voir cette échelle:
[Consultez ce lien](#)

27. BDI-II: C'est un questionnaire d'auto-évaluation de la dépression (BDI). Construit sur la base des critères diagnostiques des troubles dépressifs du DSM-IV, cet inventaire permet de mesurer la sévérité de la dépression et de préciser la nature des troubles. Ce test propose deux étalonnages : « population tout-venant » et « population psychiatrique ». D'une grande rapidité de passation et de correction, le BDI II est une référence internationale en matière d'évaluation de la dépression. Il existe une version courte, de 13 questions et une version longue de 21 questions.

28. HAM-D: L'échelle de dépression de Hamilton (en anglais, Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD, aussi appelée Hamilton Depression Rating Scale: HDRS et abrégé par HAM-D) est un questionnaire à choix multiple que les cliniciens peuvent utiliser pour mesurer la sévérité de la dépression majeure d'un patient.

29. MMSE: Mini Mental State Examination: pour consulter ce test, [suivez ce lien](#).

30. L'hippocampe est une structure cérébrale qui joue un rôle central dans la mémoire et la navigation spatiale. Chez l'homme et le primate, il se situe dans le lobe temporal médian, sous la surface du cortex. Toutes les informations multisensorielles qui constituent la trace mnésique convergent vers l'hippocampe qui en constitue le centre de tri.

gnitifs avérés, la participation de l'accompagnant est souhaitable. De plus, la présence d'un familial aux côtés du patient offrira l'opportunité de mieux saisir certaines caractéristiques de la dynamique familiale ou conjugale. Cette présence peut s'avérer utile en appuyant l'indication d'une hospitalisation à temps plein ou en balisant les conditions d'un maintien à domicile. Néanmoins, ce moment familial ou conjugal de l'entretien ne dispense pas d'offrir un temps propre au patient quel que soit le statut cognitif ou mental de ce dernier.

L'évaluation de l'état mental et du statut cognitif peut s'appuyer sur la passation d'instruments standardisés : trois instruments sont principalement utilisés pour l'évaluation globale de la symptomatologie dépressive, l'échelle de dépression gériatrique (GDS)²⁶, dans sa version à 5, 15 ou 30 items, l'inventaire de dépression de Beck²⁷ (BDI-21 items) et l'échelle de dépression de Hamilton²⁸.

Sur le plan cognitif, la passation du MMSE (Mini Mental State Examination)²⁹ [12] et de la BREF (Batterie Rapide d'Évaluation Frontale) (Dubois) permettent également une appréhension globale. Mais, si un score inférieur à 24/30 au MMSE est considéré comme pathologique, ce résultat se doit toujours d'être interprété en fonction de l'âge et du niveau socio-éducatif du patient.

L'examen clinique est orienté par la mise en évidence de symptômes d'appel neurologiques (chutes, céphalées, syndrome extra-pyramidal spontané ou iatrogénique, symptômes neurovégétatifs...) et/ou la présence de comorbidités.

Des examens de laboratoire sont recom-

mandés à ce stade comprenant une NFS complète, un bilan de la fonction rénale (urée, créatinine, ionogramme sanguin), hépatique et thyroïdienne, une calcémie et un dosage des taux plasmatiques des folates et de la vitamine B12. Des sérologies infectieuses (syphilis, HIV, hépatites A, B, C) seront prélevées en fonction du contexte clinique ou à la demande du patient.

L'imagerie cérébrale (IRM cérébrale ou en présence de CI à l'IRM, tomodensitométrie) n'est pas indiquée en première intention mais sera effectuée en présence de troubles cognitifs et/ou d'une résistance aux antidépresseurs soulevant l'hypothèse d'une intrication de la dépression à un processus démentiel, dégénératif ou vasculaire. Depuis quelques années, la mise en évidence d'un lien entre lésions de la substance blanche et dépression du sujet âgé renforce la plausibilité de l'existence de sous-types de dépression vasculaire chez le sujet âgé.

En présence d'une plainte mnésique, l'IRM permet également d'aider au diagnostic de la maladie d'Alzheimer, y compris à un stade précoce : une réduction du volume du cerveau et une atrophie de l'hippocampe³⁰ constituent des arguments en faveur du diagnostic (Glover, 2013).

QUELS SONT LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DE LA THÉRAPEUTIQUE ?

Chez une personne âgée, la prise en charge d'un état dépressif emprunte à différentes approches de soins, convoquant de facto la pluridisciplinarité. Ces approches incluent les médicaments psychotropes, la psychothérapie et l'accompagnement médico-social mais

31. Pour des informations sur le rôle stimulation magnétique transcrânienne répétée et pour la prise en charge de la dépression, consultez l'article n°16-2: «**Dépression et TMS**» (Dr. R. Richieri), Le Livre Blanc de la Dépression.

32. Pour des informations sur les interventions psychologiques pour la prise en charge de la dépression, voir l'article n°17: «**Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie**» (Dr. J-M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression

aussi les soins somatiques et dans certains cas les techniques de stimulation cérébrale (électroconvulsivothérapie –ECT– et stimulation magnétique transcrânienne répétée³¹ – rTMS). Selon les besoins exprimés par le patient, aux côtés des interventions médicales, la pluridisciplinarité impliquera majoritairement infirmiers, travailleurs sociaux, orthophonistes ou kinésithérapeutes.

Dans notre pays, la coordination des soins incombe au médecin généraliste qui est au cœur du dispositif mais cette mission s'avère parfois difficile, en particulier pour la gestion des cas les plus complexes. De nouvelles organisations de soins voient ainsi le jour au cœur desquelles un gestionnaire du soin est chargé de la coordination des différentes interventions thérapeutiques auprès d'un nombre donné de patients [9].

Les phases et les modalités du traitement

Les stratégies thérapeutiques de l'épisode dépressif majeur (ou caractérisé) du sujet âgé ne sont pas différentes de celles de l'adulte d'âge moyen³². Dans la majorité des cas, un traitement antidépresseur est associé à un accompagnement psychologique pendant une durée variable selon qu'il s'agit d'un premier épisode ou d'un épisode récurrent.

Certaines formes cliniques guident d'emblée vers d'autres choix thérapeutiques. La cure d'électro-convulsivothérapie est indiquée en 1ère intention dans les tableaux mélancoliques (avec symptômes psychotiques ou catatoniques, s'accompagnant de refus alimentaires ou hydriques, de régressions massives ou d'un risque suicidaire majeur...) ou d'intolérance aux psychotropes, par exemple dans certaines situations de comorbidité avec une affection neurodégénérative (par

exemple, une maladie de Parkinson comorbide avec une dépression psychotique).

Les épisodes dépressifs d'intensité légère peuvent bénéficier d'un accompagnement psychologique isolé mais dans notre pays, la préférence de nombreux médecins continue à aller vers un traitement psychotrope, souvent par manque de lisibilité des filières d'accès aux soins psychothérapeutiques ou par réticence des patients eux-mêmes plus appétents à une solution médicamenteuse.

Le traitement de l'épisode dépressif se décompose en 3 phases : le traitement d'attaque, le traitement de consolidation et le traitement de maintenance. L'objectif du traitement d'attaque doit être une rémission symptomatique complète, définie par la disparition de l'ensemble des symptômes de la dépression. Cette phase du traitement dure de 2 à 3 mois. Une rémission partielle, avec persistance de symptômes résiduels élève le risque d'une rechute précoce.

La recommandation classique qui préconise d'initier le traitement à une faible posologie et d'augmenter les doses avec prudence chez le sujet âgé (« start slow, go slow ») s'applique moins aux prescriptions d'antidépresseurs de nouvelle génération (ISRS, IRSNA...). En l'absence d'insuffisance rénale ou hépatique, ces molécules peuvent être prescrites d'emblée à posologie efficace. De même, la notion selon laquelle le délai d'obtention de la rémission symptomatique serait plus long chez les déprimés âgés que chez les déprimés d'âge moyen concerne majoritairement les antidépresseurs nécessitant une titration posologique.

La phase de consolidation a pour but de réduire le risque de réapparition de symp-

33. Pour savoir plus, voir l'article de Roblin J et Gallarda T. Médicaments antidépresseurs. Spécificités liées au terrain : sujet âgé, Collection Flammarion Médecine Sciences, Ed E Corruble, 320-327.

tômes dépressifs en cours de traitement. Sa durée est comprise entre 4 à 5 mois après la rémission de symptômes dépressifs. Enfin, l'objectif de la phase de maintenance est de prévenir la survenue de nouveaux épisodes dépressifs.

Le traitement préventif des récurrences (ou des récurrences) est particulièrement indiqué chez les patients ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs majeurs au cours des 4 dernières années : si ceux-ci ont été rapprochés ou sévères (risque suicidaire, caractéristiques psychotiques et incapacité fonctionnelle) ; lorsqu'existent des symptômes résiduels, des pathologies associées, des antécédents familiaux de dépression [13].

Par la fréquence des récurrences et des comorbidités, le risque suicidaire élevé et le handicap fonctionnel qui la caractérisent, l'indication d'une phase de maintenance revêt une importance particulière dans la dépression du sujet âgé [14].

Les traitements antidépresseurs

Dans la tranche d'âge 80-94 ans, plus d'un Français sur 10 a une prescription d'antidépresseurs. A l'inverse, la consommation d'antidépresseurs à une dose efficace et avec une durée significative est insuffisante. On observe donc une dérive soit par excès (indication, durée, coprescriptions...), soit par défaut (posologie inadaptée, durée de traitement trop courte) [15].

La variabilité de la réponse thérapeutique est plurifactorielle : modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques observées avec l'avance en âge, polymédication (d'usage dans cette population) qui élève la probabilité d'interactions médicamenteuses.

En cherchant à évaluer la posologie médicamenteuse individuelle après mise en place d'un traitement, le dosage plasmatique des médicaments a une utilité certaine, des concentrations plasmatiques élevées ayant pu être observées pour une posologie minimale [16]. L'influence de variants génétiques (p.exemple, la présence d'un allèle court ou long du gène du transporteur à la sérotonine) apparaît comme un autre facteur prédictif de la réponse thérapeutique mais ces caractérisations pharmacogénomiques demeurent réservées à certains centres spécialisés [17].

Les modifications pharmacocinétiques les plus fréquentes sont une diminution : de la clairance rénale de la molécule mère et de ses métabolites actifs, du métabolisme microsomal (impliquant le système des cytochromes P450), du flux sanguin hépatique et de la fixation à l'albumine. Leur incidence est relativement minimale sur les schémas de prescription.

Les modifications pharmacodynamiques (diminution des taux de neurotransmetteurs et de leurs récepteurs, altération des mécanismes de régulation des récepteurs, baisse des activités enzymatiques à l'exception de l'activité Mono-amine-Oxydase,) entraînent une augmentation de la sensibilité à certains types d'effets indésirables, même à des posologies modérées : p.exemple, effets anticholinergiques des tricycliques et de la paroxétine ou parkinsonisme induit par les inhibiteurs spécifiques de recapture de la 5HT.

Quelle est l'efficacité globale des antidépresseurs dans le traitement de la dépression de la personne âgée ?

Après avoir alimenté un vif débat³³, l'intérêt des antidépresseurs dans le traitement de la dépression de la personne âgée semble faire

34. Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires

35. Essais contrôlés randomisés: des essais contrôlés randomisés (ECRs) apportent des résultats moyens à partir de la comparaison des résultats de 2 groupes de patients souffrant d'un trouble isolé (ici, une dépression) dont l'un reçoit le traitement dont on veut tester l'efficacité et l'autre un « traitement » absent, réputé non efficace ou dont l'efficacité a déjà démontrée.

36. Un placebo est une préparation dépourvue de tout principe actif, utilisée à la place d'un médicament pour son effet psychologique. En effet, le simple fait de se voir prescrire un médicament, et de l'utiliser, peut produire des effets thérapeutiques, indépendamment de l'action pharmacologique du produit sur l'organisme. C'est ce que l'on appelle « l'effet placebo ».

37. Les ECR: essais contrôlés randomisés.

38. Observance-Inobservance thérapeutique: façon dont un patient suit, ou ne suit pas, les prescriptions médicales et coopère à son traitement.

39. Pour des informations sur les interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la dépression, consultez:

> L'article n°22: « L'identification des rapports bénéfices-risques dans la prescription des antidépresseurs » (Dr. F. Rouillon & Dr. Hélène Verdoux).

> L'article n°23: « Les antidépresseurs dans la vraie vie » (Dr. Viviane Kovess)

> L'article n°28: « Antidépresseurs et suicide » (Pr. Philippe Courtet, Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

aujourd'hui l'objet d'un consensus international. Des méta-analyses³⁴ d'essais comparatifs randomisés (ECR)³⁵ comparant des antidépresseurs à un placebo³⁶ ont montré que les antidépresseurs étaient efficaces dans le traitement de la dépression de la personne âgée et des revues de la littérature confirment cette efficacité [18]. Néanmoins, dans certaines études, la différence d'efficacité entre certains antidépresseurs et le placebo apparaît faible voire non significative au plan statistique. Ceci concerne en particulier les ECR³⁷ dont les patients ont les moyennes d'âge les plus élevées, de 75 à 80 ans [13]. La surreprésentation de patients présentant des lésions étendues de la substance blanche associées à une moindre réponse thérapeutique peut constituer un des facteurs explicatifs [19].

Les données provenant des méta-analyses montrent qu'il n'y a pas de différences significatives au plan statistique en termes d'efficacité entre les différentes classes d'antidépresseurs. L'interprétation de ces méta-analyses doit toutefois être prudente en raison de l'hétérogénéité des données collectées et de la faible taille des effectifs. A tout âge, la survenue d'effets secondaires est la principale cause d'inobservance d'un traitement³⁸ antidépresseur mais chez les patients âgés, l'imputabilité des effets indésirables aux antidépresseurs est plus difficile car l'expression de la dépression par des manifestations physiques pouvant être similaires (nausées, céphalées...) sont beaucoup plus fréquentes³⁹.

Le rapport efficacité/tolérance guide le choix thérapeutique. Sauf cas particuliers, les inhibiteurs spécifiques de recapture de la 5HT (ISRS), les inhibiteurs de recapture de la 5HT et de la NA (IRSN) et les antidépresseurs de la classe « autres antidépresseurs »

sont prescrits en 1ère intention en raison de leur meilleure tolérance, de leur faible risque d'interactions médicamenteuses et de leur faible toxicité en cas de surdosage accidentel ou d'ingestion volontaire. A l'inverse, les effets secondaires anticholinergiques périphériques (risque d'iléus paralytique, de rétention urinaire et de glaucome aigu, sécheresse buccale avec altération de l'état dentaire) et centraux (confusion mentale), le risque d'arythmie cardiaque (justifiant la pratique d'un ECG) et la létalité lors d'une ingestion volontaire qui sont associés à la prescription des imipraminiques a contribué à une forte diminution de leur prescription aux populations âgées [20].

Les ISRS peuvent entraîner des troubles digestifs (nausées, diarrhées - 10 à 15 % des cas), une insomnie (5 à 15 %), une recrudescence anxieuse et une agitation (2 à 15 %), plus rarement des céphalées ou une perte de poids. Chez l'adulte d'âge moyen, leur retentissement sur la libido est fréquent (jusqu'à 30 % des cas) mais ces données sont mal documentées par des études spécifiques en population gériatrique. Leur retentissement sur les fonctions cognitives et l'aptitude à la conduite automobile est minime si on la compare aux effets délétères des imipraminiques dans ces situations mais cette question doit souvent faire l'objet d'une évaluation au cas par cas. Le risque de saignements digestifs décrit avec ces produits nécessite une prudence particulière chez les patients traités par AINS ou aspirine chez lesquels un traitement gastroprotecteur pourra être indiqué. Des symptômes d'interruption peuvent survenir avec l'ensemble des classes d'antidépresseurs, après quelques semaines de traitement. Ils sont toutefois plus fréquents et intenses avec les antidépresseurs à demi-vie

40. Voir l'article n°17: «**Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie**» (Dr. J-M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression

41. Pour des informations sur les la prise en charge de la dépression par les thérapies comportementales et cognitives, consultez l'article n°15: «**Dépression, Théories cognitives et prise en charge TCC**» (Dr. M-C. Mirabel-Sarron), Le Livre Blanc de la Dépression

42. Thérapie interpersonnelle: cette thérapie se centre sur les relations entre le début des symptômes dépressifs et les problèmes relationnels du présent. De manière générale, la thérapie se focalise sur le contexte social immédiat du patient et cherche à intervenir sur les dysfonctionnements sociaux qui sont associée à la dépression plutôt que sur la personnalité. Dans sa perspective psychodynamique, la thérapie interpersonnelle est étroitement reliée à la perspective des relations d'objet: la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le thérapeute.

courte. De même, le risque de syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) a été rapporté initialement aux ISRS mais il concerne l'ensemble des antidépresseurs. Sa traduction clinique (fatigue, léthargie, céphalées, crampes musculaires, troubles du sommeil) est évidente à un taux plasmatique de Na⁺ inférieur à 130 mmol/l et revêt le masque de la dépression. L'âge, le sexe féminin et la prescription de médicaments abaissant le taux de Na⁺ élèvent son risque de survenue.

Traitements psychologiques

En théorie, la plupart des modalités psychothérapeutiques utilisées chez l'adulte jeune ou d'âge moyen s'appliquent à la prise en charge des personnes âgées déprimées⁴⁰. Ces principales modalités sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC)⁴¹, la psychothérapie psychodynamique ou encore la thérapie familiale. Des données ont également été publiées dans le champ des psychothérapies interpersonnelles (TIP)⁴² ou de la thérapie de résolution de problèmes mais ces techniques psychothérapeutiques ne sont pas répandues dans notre pays.

De nombreux préjugés persistent sur la place des psychothérapies dans le traitement des troubles psychiques observés au cours du vieillissement et dans les faits, les psychothérapeutes ayant orienté leur pratique vers les personnes âgées demeurent assez rares. De même, il est assez peu fréquent qu'une personne âgée demande elle-même à entreprendre une psychothérapie. Pourtant, nombreuses parmi elles pourraient en bénéficier, seule dans les dépressions légères ou en association aux antidépresseurs [21].

Sur ce terrain, il est important de travailler aux ajustements nécessaires des modalités

thérapeutiques: définition précise d'un cadre temporel, accueil par le thérapeute de motivations réalistes à entamer une psychothérapie chez son patient. Quel que soit le type de psychothérapie, ces motivations se résument à une recherche ou à une restauration d'identité et au désir de mise en cohérence d'une trajectoire biographique parfois émaillée de multiples traumatismes.

D'autres considérations, d'ordre pratique, ne peuvent être éludées: ainsi, la prise en compte d'éventuels déficits sensoriels, en particulier auditifs, d'une diminution possible de la vitesse du traitement de l'information ou encore d'une baisse de la mobilité entravant la possibilité de déplacements réguliers vers le lieu de soins. Des patients pourront bénéficier de moyens de transport spécifiques, d'autres recevoir des soins à domicile.

Les travaux ayant comparé les différentes psychothérapies concernent essentiellement les thérapies brèves structurées (TCC, Thérapie interpersonnelle) et ne permettent pas de conclure à la supériorité de l'une ou l'autre chez l'adulte jeune comme chez le sujet âgé. Les psychothérapies d'inspiration psychodynamique se prêtent difficilement à une évaluation contrôlée [22]. Les études menées chez les personnes les plus âgées et/ou présentant des affections comorbides font cruellement défaut [23].

En fait, le succès thérapeutique apparaîtrait moins fonction de la modalité thérapeutique que de la capacité du thérapeute à établir un lien stable et une relation empathique avec son patient [7]. Des études ont mis en évidence combien l'expérience, l'expertise et l'enthousiasme avec lesquels sont délivrées les interventions psychologiques variaient

43. Les fonctions exécutives désignent un ensemble assez hétérogène de processus cognitifs de haut niveau permettant un comportement flexible et adapté au contexte. Cela regroupe des capacités liées à l'anticipation, la planification, l'organisation, la résolution de problème, le raisonnement logique, la mémoire de travail, le contrôle cognitif, la pensée abstraite, l'apprentissage de règles, l'attention sélective, la sélection de réponses motrices, la motivation, l'initiative, etc. Les fonctions exécutives sont principalement associées au fonctionnement des lobes frontaux du cerveau.

44. La remédiation cognitive est utilisée pour pallier aux difficultés cognitives. La remédiation cognitive à visée thérapeutique prend la forme d'un traitement rééducatif pratiqué sous forme d'exercices plus ou moins ludiques, destinés à améliorer le fonctionnement attentionnel, mnésique, langagier, exécutif, visuospatial, métacognitif ou social du patient. Une action indirecte sur les déficits fonctionnels affectant la vie quotidienne est attendue, ce qui peut contribuer à améliorer l'insertion sociale et professionnelle des patients traités. L'objectif d'une telle prise en charge est de favoriser l'autonomie du patient dans la vie sociale et professionnelle. Voir l'article n°26: «**Utilisation des nouvelles technologies dans le traitement de la dépression**» (Dr. Ouriel Grynszpan), Le Livre Blanc de la Dépression.

largement selon les intervenants. Dans les études multicentriques comparant l'efficacité d'une intervention psychologique à celle d'un médicament antidépresseur, c'est une limitation importante.

Des systèmes d'assistance téléphonique ont pu démontrer leur utilité dans la lutte contre les méfaits psychologiques de l'isolement. La bibliothérapie commence aussi à s'imposer dans les mentalités des soignants français même si son importance est sans commune mesure avec celle qu'elle a progressivement acquis dans les pays anglo-saxons. Enfin, l'opportunité d'ajuster la technique psychothérapique aux déficits cognitifs, par exemple, à l'altération des fonctions exécutives⁴³ reste débattue. A l'inverse, de nouvelles techniques de remédiation cognitive⁴⁴ ont pu voir le jour, aux résultats prometteurs.

Les interventions médico-sociales

L'influence des facteurs socio-environnementaux est trop souvent méconnue dans la genèse et la chronicisation des troubles dépressifs de la personne âgée. Pourtant, des conditions précaires d'habitation (par exemple, dans des zones urbaines à niveau élevé de délinquance ou à l'inverse dans des zones isolées), un bas niveau socio-économique et des difficultés d'accès aux soins médicaux apparaissent comme des facteurs déterminants de la dépression.

Ces facteurs interagissent entre eux dans une synergie négative : une situation de pauvreté liée à de très faibles revenus, pensions de retraite ou allocations conditionne l'installation dans des habitations et des quartiers où l'exposition à la délinquance et la criminalité est plus élevée et l'offre de soins médicaux spécialisés moins répandue. Outre le traitement pharmacologique et psychologique, l'évolution vers la guérison d'un état dépressif pourra ainsi advenir par une modification substantielle de l'environnement, par exemple, en accompagnant le patient dans un projet d'installation dans un domicile plus adapté à sa vulnérabilité voire dans une institution. La prudence reste néanmoins de mise dans les phases aiguës de la dépression où le regard dépréciatif et pessimiste que porte le patient sur sa situation existentielle entrave toute possibilité de décision rationnelle et l'expose à des risques de regrets cuisants après l'amélioration symptomatique.

Un bilan réalisé auprès d'un(e) assistant(e) social(e) permet d'évaluer avec précision le niveau de ressources et d'envisager les possibilités d'aide les plus appropriées et les plus réalistes. Lorsque le degré de perte d'autonomie et de handicap est difficile à quantifier avec précision (et le niveau d'aides requises), l'inclusion dans un programme de soins en hospitalisation de jour peut s'avérer très utile. ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **COLDEFY M, NESTRIGUE C.**
« La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé »
Etudes et résultats, DRESS-IRDES, 860, décembre 2013.
- Ref. [2] **GUM AM, KING-KALLAMANIS B, KOHN R.**
"Prevalence of mood, anxiety, and substance-abuse disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication"
Am J Geriatr Psychiatry, 2009 • 17(9):769-781.
- Ref. [3] **SCHAUB RT(1), LINDEN M, COPELAND JR.**
"A comparison of GMS-A/AGECAT, DSM-III-R for dementia and depression, including subthreshold depression (SD)"
Results from the Berlin Aging Study (BASE) Int J Geriatr Psychiatry, 2003 • Feb;18(2):109-17.
- Ref. [4] **COPELAND JRM, BEEKMAN ATF, DEWEY ME ET AL.**
"Depression in Europe, geographical distribution among older people"
British Journal of Psychiatry, 1999 • 174: 312-321.
- Ref. [5] **GALLARDA T, LÔO H.**
« Troubles dépressifs et personnes âgées »
John Libbey, 2001
- Ref. [6] **GALLARDA T, LÔO H.**
« Dépressions et personnes âgées »
Encéphale, 2009 • 35(3):269-80
- Ref. [7] **LÔO H, GALLARDA T, FABRE I, OLIÉ JP.**
« Dépression et vieillissement »
Bull Aca Natl Med, 2004, 188(6):999-1007
- Ref. [8] **ISAAC V(1), STEWART R, ARTERO S, ANCELIN ML, RITCHIE K.**
"Social activity and improvement in depressive symptoms in older people:a prospective community cohort study"
Am J Geriatr Psychiatry, 2009 Aug • 17(8):688-96
- Ref. [9] **KATONA C, PEVELER R, DOWRICK C ET AL.**
"Pain symptoms in depression, definition and clinical significance"
Clinical Medicine, 2005, 5;4:390-395.
- Ref. [10] **GALLARDA T, LÔO H.**
« Troubles dépressifs et personnes âgées »
John Libbey, 2001
- Ref. [11] **BALDWIN R.**
"Mood disorders:depressive disorders, in R Jacoby, C Oppenheimer, T Dening, A Thomas eds, Oxford Textbook of Old Age Psychiatry"
Oxford University Press, 2008 • 524-556.

- Ref. [12] **DEROUESNÉ C, POITRENEAU J, HUGONOT L, KALAFAT M, DUBOIS B, LAURENT B.**
« Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien »
Presse Méd, 1999 • 28 : 1141-8.(GRECO : Groupe de Recherche et d'Évaluation des fonctions Cognitives)
- Ref. [13] **AFSSAPS.**
« Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte »
AFSSAPS, octobre 2006 • 110p, www.afssaps.sante.fr.
- Ref. [14] **GORWOOD P, WEILLER E, LEMMING O, ET AL.**
"Escitalopram prevents relapse in older patients with major depressive disorder"
Am J Geriatr Psychiatry, 2008 • 15:581-593.
- Ref. [15] **PROPOSITIONS D' ACTIONS CONCERTÉES.**
« Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé »
Démarche participative de la HAS, octobre 2007.
- Ref. [16] **SJÖQVIST F, ELIASSON E.**
"The émergence of conventional therapeutic drug monitoring and pharmacogenetic testing in personalized medicine: focus on antidepressants"
Clin Pharmacol Ther, 2007 • 81:899-902.
- Ref. [17] **VANDEL P, TALON JM, HAFFEN E, SECHTER D.**
"Pharmacogenetics and drug therapy in psychiatry-The role of the CYP2D6 polymorphism"
Curr Pharm Des, 2007 • 13:241-250.
- Ref. [18] **NELSON JC, DELUCCHI K, SCHNEIDER LS.**
"Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression:a meta-analysis of the evidence"
Am J Geriatr Psychiatry, 2008 • 16(7):558-567.
- Ref. [19] **GODIN O, DUFOUIL C, MAILLARD P, DELCROIX N, MAZOYER B, CRIVELLO F, ALPÉROVITCH A, TZOURIO C.**
"White matters lesions as a predictor of depression in the elderly:the 3C-Dijon study"
Biol psychiatry, 2007.
- Ref. [20] **MOTTRAM P, WILSON K, STROBL J.**
"Antidepressants for depressed elderly"
The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006 • 25(1):CD003491.
- Ref. [21] **QUINODOZ D.**
« Vieillir. Une découverte »
PUF, Paris, 2008 • 303p.
- Ref. [22] **WILSON KC(1), MOTTRAM PG, VASSILAS CA.**
"Psychotherapeutic treatments for older depressed people"
Cochrane Database Syst Rev, 2008 Jan 23 • (1).
- Ref. [23] **GÜHNE U(1), LUPPA M(1), KÖNIG HH(2), HAUTZINGER M(3), RIEDEL-HELLER S(1).**
"Are Psychotherapeutic Interventions Effective in Late-Life Depression?"
Psychiatr Prax, 2014 Jul 7.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [major depression & elderly](#)
- Avec les mots-clés : [major depression & old age](#)
- Articles de revues de la littérature "[major depression & old age](#)"

AUTRES LIENS UTILES

- Ecouter l'entretien avec Dr. Thierry Gallarda : « [Une offre de soins dans un contexte interdisciplinaire](#) »
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)
- Site d'information : <http://www.maisons-de-retraite.fr/>

Biographie



Thierry GALLARDA

Service de psychiatrie de l'adulte âgé, Centre d'évaluation des troubles psychiques et du vieillissement, Hôpital Sainte-Anne.

PROFIL RECHERCHE

https://www.researchgate.net/profile/Thierry_Gallarda/

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE