

DEPRESSION CHEZ LE SUJET AGE HOSPITALISE EN PSYCHIATRIE

DEPRESSION IN THE ELDERLY HOSPITALIZED IN PSYCHIATRY

N. HALOUANI^{1,2}, S. ELLOUZE^{1,2,*}, I. LAJMI^{1,2}, J. ALOULOU^{1,2} ET O. AMAMI^{1,2}

1 : Service de psychiatrie B, CHU Hédi Chaker Sfax- Tunisie

2 : Faculté de Médecine, Université de Sfax- Tunisie.

* e-mail de correspondance : saharellouze@gmail.com

Résumé

La dépression gériatrique est un problème majeur de santé publique. L'objectif de notre étude était de dresser le profil sociodémographique et clinique des sujets âgés déprimés hospitalisés en psychiatrie et de déterminer les spécificités de la dépression du sujet âgé.

Notre, étude de nature descriptive, a porté sur 30 sujets âgés hospitalisés au service de psychiatrie B au CHU Hédi Chaker de Sfax pour un épisode dépressif majeur selon les critères du DSM IV TR.

La personne âgée hospitalisée pour une dépression était souvent de sexe féminin, de bas à moyen niveau socio-économique, vivant en isolement et ayant une maladie somatique. Les plaintes somatiques ont motivé l'hospitalisation de 13,4% des patients. Les troubles cognitifs ont été notés chez 40% de la population d'étude et les idées suicidaires retrouvées chez 20% des cas.

Le dépistage et le traitement de la dépression gériatrique, principal facteur de risque de suicide dans cette population, devraient être parmi les priorités de santé publique.

Mots clés : Dépression ; Hospitalisation ; Sujet âgé.

Abstract

Geriatric depression is a major public health problem. This study aims to establish the socio-demographic and clinical profile of depressed elderly patients hospitalized in psychiatry and to determine the specificities of depression in the elderly.

Our descriptive study involved 30 elderly subjects who were hospitalized in the psychiatric department B at the Hédi Chaker Hospital in Sfax for a major depressive episode according to DSM IV TR criteria.

The elderly hospitalized for depression were often females, from low to medium socio-economic level, living in isolation and with somatic illness. The somatic complaints motivated the hospitalization of 13.4% of patients. Cognitive disorders were noted in 40% of them and suicidal thoughts in 20% of cases.

Screening and treatment of geriatric depression, the major risk factor for suicide in this population, should be public health priorities.

Key words: Depression; Elderly; Hospitalized.

ملخص

يمثل الاكتئاب في مرحلة الشيخوخة مشكلة رئيسية في مجال الصحة العمومية. كان الهدف من دراستنا هو إعداد الشكل الاجتماعي الديموغرافي و السريري للمرضى المسنين الذين أصيبوا بالاكتئاب و الذين وقع إيواؤهم بقسم الطب النفسي مع تحديد خصوصيات الاكتئاب لدى كبار السن.

ركزت دراستنا الوصفية على 30 مريضاً مسناً في المستشفى أقاموا بقسم الطب النفسي ب بالمستشفى الجامعي الهادي شاكر بصفاقس نظراً لحصول لحادث اكتئابي كبير وفقاً لمعايير DSM IV TR.

وكثيراً ما كان الشخص المسن الذي وقع علاجه في المستشفى بسبب الاكتئاب، من المستوى الاجتماعي و الاقتصادي المنخفض إلى المتوسط، يعيش في عزلة و يعاني من مرض جسدي. دفعت الشكاوى الجسدية إلى 13.4 ٪ من المرضى للإقامة بالمستشفى. لوحظ ضعف في الإدراك في 40 ٪ من الأشخاص في هذه الدراسة و وجد التفكير في الانتحار في 20 ٪ من الحالات. يجب أن يكون تقصي وعلاج الاكتئاب في فترة الشيخوخة و هو أهم عامل خطر رئيسي للانتحار في هذا المجتمع، من بين أولويات الصحة العمومية.

الكلمات المفاتيح: الاكتئاب ; الإيواء بالمستشفى ; الشخص المسن .

INTRODUCTION

En Tunisie, le vieillissement de la population est plus accéléré que celui des pays européens. La part des personnes âgées de 60 ans et plus représentait respectivement 4,1%, 7,6% et 9,8% en 1956, 1992 et 2009. En 2029, 17,7% des tunisiens seraient âgés d'au moins 60 ans et en 2039, une personne sur cinq environ serait âgée de plus de 60 ans [1]. Cependant, si le vieillissement est un processus naturel et inéluctable qui conduit les organismes vivants à se modifier au cours du temps après la phase de maturité, son déroulement est très variable d'un individu à l'autre, si bien que la population âgée est très hétérogène. Cette hétérogénéité serait, en partie, liée à la très grande fréquence et diversité des maladies chroniques dans cette population.

Parmi l'ensemble des troubles psychiatriques retrouvés chez le sujet âgé, la dépression représente un problème majeur de santé publique, de par sa prévalence élevée, ses conséquences délétères en termes de morbi-mortalité, notamment par suicide, et son impact sur la qualité de vie et l'autonomie fonctionnelle. Pourtant, malgré sa fréquence, on constate encore aujourd'hui un filtre majeur d'accès à des soins spécialisés. Les raisons en sont multiples, que ce soit le manque de repérage précoce, la sous-estimation des affects dépressifs par l'entourage et le patient lui-même, mais également du fait des spécificités cliniques de la symptomatologie dépressive du sujet âgé.

Les objectifs de notre étude étaient de dresser le profil socio démographique et clinique des sujets âgés hospitalisés en psychiatrie pour un épisode dépressif majeur et de déterminer les caractéristiques sémiologiques et thérapeutiques de la dépression du sujet âgé.

POPULATION ET METHODES

1. Lieu, type et population de l'étude

Cette étude, de nature descriptive, a porté sur 30 sujets âgés ayant été hospitalisés au service de psychiatrie B au CHU Hédi Chaker de Sfax durant la période allant de 2000 à 2015, et dont le diagnostic retenu était celui d'un épisode dépressif majeur selon les critères du DSM IV TR.

La définition de la personne âgée est différente selon les sources. Pour les organisations sanitaires et sociales mondiales on ne parle de personne âgée à partir de 75 ans alors que l'âge moyen en institution gériatrique est de 85 ans.

Dans notre étude, nous avons choisi d'adopter la définition proposée par l'OMS, selon laquelle une

personne est considérée comme âgée à partir de 65 ans. Ainsi un gérontin est une personne âgée de 65 à 74 ans, un vieillard est âgé de 75 à 90 ans, et au-delà de 90 ans il s'agit d'un grand vieillard [2].

2. Le recueil des données

Le matériel d'étude était les dossiers d'hospitalisation. Nous avons recueilli sur une fiche préétablie les informations se rapportant aux caractéristiques socio démographiques et environnementales (âge, sexe, origine géographique, niveau d'instruction, niveau socio-économique et caractéristiques de l'environnement familial), aux antécédents somatiques et psychiatriques, ainsi qu'aux caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de l'épisode dépressif.

3. Étude statistique

L'analyse et la saisie des données ont été effectuées en utilisant le logiciel SPSS 20.0. Pour l'étude descriptive, les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et les variables quantitatives en moyennes avec leurs écarts types. Pour l'étude de la relation entre les variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Chi deux (χ^2) de Pearson, ou le test exact de Fischer lorsqu'un ou plusieurs des effectifs théoriques du tableau de contingence sont inférieurs à cinq. Le seuil de significativité retenu a été fixé à 5%.

RESULTATS

1. Caractéristiques sociodémographiques et environnementales de la population étudiée

L'âge moyen des patients a été de 69 ans 08 mois (min=65, max=81). Une prédominance féminine a été notée avec un sexe ratio de 0,66. Les autres données sociodémographiques des patients ont été résumées dans le tableau I.

Une sorte d'accompagnement familial a été retrouvée chez un tiers des patients. La notion d'isolement a été notée chez 13,3% d'entre eux.

2. Comorbidités somatiques

Plus de la moitié des patients (53,3%) étaient suivis pour une maladie somatique chronique. le déficit sensoriel était la pathologie la plus fréquemment retrouvée (23,3%). Les autres comorbidités somatiques ont été détaillées dans le tableau II.

3. Comorbidités psychiatriques

Un trouble de la personnalité comorbide à la dépression a été noté chez 16,6% des sujets âgés de notre série. Le trouble de la personnalité de type paranoïaque a été le plus représenté dans notre échantillon (6,7%), suivi par les troubles de la personnalité de type hystérique, antisociale et schizoïde chez 3,3% des patients, chacun.

4. Caractéristiques cliniques et thérapeutiques de l'épisode dépressif

La tristesse de l'humeur a été le motif d'hospitalisation le plus fréquent dans notre étude (43,3%). Les autres facteurs ayant motivé l'hospitalisation ont été résumés dans le tableau III.

L'analyse sémiologique des épisodes dépressifs a montré la présence d'un déficit cognitif dans 40% des cas, d'une anhédonie dans 23,3% des cas, d'un ralentissement psychomoteur et d'idéations suicidaires dans 20% des cas chacun, d'une symptomatologie anxieuse chez 16,6% des patients et d'idées délirantes chez 13,3% d'entre eux.

Parmi les patients hospitalisés, 93,3% ont reçu un traitement antidépresseur. Les molécules et les doses prescrites ont été détaillées dans le tableau IV. Un traitement anxiolytique type benzodiazépine a été prescrit pour 56,7% des patients, un traitement neuroleptique pour 40% d'entre eux et un traitement normothymique dans 20% des cas. Un seul patient recevait un traitement anticholinestérasique. Les sujets âgés déprimés ont été hospitalisés pendant 26 jours en moyenne (min=01 jour, max= 50 jours).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

		Effectif	Pourcentage %
Statut matrimonial	Marié	24	80
	Divorcé	1	3,3
	Veuf	5	16,7
Niveau socio-économique	Bas	14	46,7
	Moyen	15	50
	Elevé	1	3,3
Niveau scolaire	Illettré	14	46,7
	Primaire	10	33,3
	Secondaire	6	20
	Supérieur	0	0
Activité professionnelle	Oui	12	40
	Non	18	60

Tableau II : Antécédents somatiques des patients

Nature de la maladie	Effectif	Pourcentage %
Infarctus du myocarde	2	6,7
Accident vasculaire cérébral	4	13,3
Syndrome d'apnée de sommeil	1	3,3
Hypertrophie bénigne de la prostate	2	6,7
Déficit sensoriel	7	23,3

Tableau III : Répartition des patients selon le motif d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage %
Tristesse de l'humeur	13	43,3
Troubles du sommeil	2	6,7
Tentatives de suicide	1	3,3
Instabilité psychomotrice	9	30
Idées délirantes	1	3,3
Plaintes somatiques	4	13,4

Tableau IV : Répartition des patients selon les antidépresseurs prescrits

Antidépresseur prescrit	Nombre de patients	Pourcentage %	Dose minimale prescrite (mg/j)	Dose maximale prescrite (mg/j)
Fluoxétine	15	50	20	20
Sertraline	5	16,7	25	50
Escitalopram	1	3,3	10	10
Venlafaxine	1	3,3	75	75
Clomipramine	5	16,7	75	150
Amitriptiline	1	3,3	50	50

DISCUSSION

1. Caractéristiques démographiques et sociales de l'échantillon

Dans notre étude, la personne âgée déprimée était le plus souvent de sexe féminin, ayant un niveau socioéconomique bas à moyen et vivant en isolement familial. Les caractéristiques socio démographiques associées à la survenue d'une dépression du sujet âgé sont ainsi comparables à celles décrites chez l'adulte jeune [3].

La prédominance féminine de la dépression chez les personnes âgées a été retrouvée dans d'autres études avec un sexe ratio (homme/femme) allant jusqu'à 0,5 [4,5]. Outre le sexe féminin, un bas niveau socio-économique, ainsi qu'un faible niveau d'instruction ont également été identifiés dans la littérature comme facteurs de risque de dépression chez les sujets âgés [2,4].

En ce qui concerne les facteurs de risque sociaux et environnementaux, et conformément à nos résultats, il s'avère que l'isolement familial et le faible support social occupent une place importante dans la vulnérabilité dépressive du sujet âgé [6]. En effet, les changements de mode de vie, les séparations et particulièrement le départ des enfants, les deuils, le confinement à domicile, la perte des liens sociaux et familiaux, la perte des rôles sociaux ou au contraire un rôle nouveau comme celui qui consiste à prendre en charge son conjoint dépendant, sont autant de facteurs qui fragilisent les personnes âgées, favorisant ainsi la survenue d'épisodes dépressifs [7-9].

2. Comorbidités somatiques

Les pathologies somatiques, retrouvées chez 53,3% de nos patients semblent avoir un impact important dans la survenue d'une dépression gériatrique [6]. Les affections sensorielles et les pathologies vasculaires cérébrales, comorbidités les plus représentées dans notre série, constitueraient selon certains auteurs [10,11] des facteurs prédisposant à la dépression. Ces résultats pourraient être expliqués par la perte d'autonomie et la dépendance physique fréquemment associées à ces affections. S'ajoute à cela l'effet dépressogène de certains médicaments, fréquemment prescrits dans cette tranche d'âge [12,13].

3. Caractéristiques cliniques de la dépression chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie

Dans notre série, l'hospitalisation des sujets âgés déprimés a été motivée par une tristesse de l'humeur dans 43,3% des cas. Certains auteurs [14] ont toutefois rapporté que les affects dépressifs et le sentiment de tristesse sont rarement verbalisés spontanément chez la personne âgée ce qui doit amener le praticien à les rechercher.

Concernant les plaintes somatiques, elles ont motivé l'hospitalisation de 13,4% de nos patients. Cette constatation souligne l'hétérogénéité des tableaux dépressifs chez la personne âgée et la surreprésentation de certaines manifestations cliniques, ce qui pourrait modifier l'expression symptomatique de la dépression. Certains auteurs [9] ont ainsi rapporté qu'un syndrome douloureux inexplicable pourrait constituer un symptôme parfois isolé de la dépression. On parle ainsi de dépression masquée.

Outre les plaintes et les manifestations somatiques, un état dépressif de la personne âgée est parfois masqué par des symptômes anxieux, objectivés chez 16,6% de nos patients. Selon la Haute Autorité de Santé [15], ces symptômes représentent un fréquent motif de consultation du sujet âgé, cachant en réalité souvent une dépression. Ils seraient associés à un plus grand risque de chronicisation et de suicide [16-18].

Pour ce qui est des idées délirantes, elles étaient retrouvées chez 13,3% de nos patients et elles ont constitué le principal motif d'hospitalisation chez un patient. A ce sujet, certains auteurs [11,19,20] ont rapporté que les symptômes délirants sont plus fréquents au cours des dépressions gériatriques comparées à celles des sujets plus jeunes avec un taux qui passe de 3% avant l'âge de 40 ans à 32% au-delà de 60 ans. Ces délires sont souvent congruents à l'humeur, à thème de persécution, de préjudice, de jalousie et de ruine [21,22]. Précisons ici que parmi les personnes âgées autonomes, et indépendamment de tout autre diagnostic psychiatrique, 2 à 5% présenteraient des idées de préjudice et 4 à 5% auraient des hallucinations [19,23].

L'examen clinique de nos patients a révélé une anhédonie dans 23,3% des cas et un ralentissement psychomoteur dans 20% des cas.

Certains auteurs [14] précisent que ces symptômes seraient plus difficilement évaluables chez la personne âgée, surtout en cas de perte d'autonomie. En ce qui concerne les troubles cognitifs, ils ont concerné 40% des patients de notre série. Ce constat corrobore les données de la littérature puisque les épisodes dépressifs de survenue tardive s'accompagnaient assez souvent de déficits cognitifs [3,21]. Les domaines les plus affectés semblent être la mémoire à court terme, la flexibilité mentale, la vitesse de traitement de l'information, le langage et les fonctions exécutives [5, 14]. Ces manifestations sont parfois irréversibles même après le traitement et la disparition des autres symptômes dépressifs. D'ailleurs l'hypothèse du risque évolutif de la dépression tardive, surtout dans sa forme pseudo dementielle, vers un syndrome démentiel est actuellement soutenue par plusieurs chercheurs [3,19,22]. Les troubles cognitifs sont aussi reconnus comme facteur de risque de chronicité et de récurrence dépressive [14].

4. Suicide chez le sujet âgé déprimé

L'examen psychiatrique a dévoilé des idées suicidaires chez un cinquième de nos patients, dont l'un avait passé à l'acte et avait été hospitalisé suite à une tentative de suicide. Ce résultat corrobore les données de la littérature, puisque la dépression est considérée comme le trouble le plus fréquemment associé au suicide chez les sujets âgés et responsable de plus de la moitié des suicides dans cette tranche d'âge [24-26]. D'ailleurs, dans une étude portant sur l'évaluation des facteurs prédictifs de suicide dans une communauté de retraités, un haut niveau de symptômes dépressifs était le facteur le plus prédictif de suicide [27]. Certains auteurs [11] précisent que le sentiment de désespoir, surtout s'il persiste après le traitement de la dépression, serait associé à un risque plus élevé de passage à l'acte suicidaire. D'autres chercheurs [12] ajoutent que l'agitation psychomotrice, les préoccupations somatiques et l'insomnie devraient faire craindre un comportement suicidaire. Il a été également suggéré qu'une durée plus longue d'évolution de la dépression augmenterait le risque suicidaire [6].

5. Prise en charge de la dépression du sujet âgé

Dans notre étude, 93,3% des patients ont reçu un traitement antidépresseur.

Ce résultat va à l'encontre des données habituellement admises, selon lesquelles la dépression gériatrique est très insuffisamment traitée [25,28,29]. D'ailleurs, dans les études épidémiologiques réalisées sur le sujet [22,30], seulement 15 à 24% des sujets âgés déprimés seraient correctement traités. La divergence de ces résultats pourrait être expliquée par la nature de notre population puisque nous nous sommes intéressés aux sujets âgés hospitalisés en milieu psychiatrique.

Les ISRS étaient les molécules les plus prescrites dans notre série, suivis par les tricycliques puis les IRS Na. En effet, si le traitement de la dépression gériatrique a rarement fait l'objet de recommandations spécifiques de bonne pratique, les stratégies thérapeutiques seraient proches de celles de l'adulte plus jeune, tout en tenant compte des modifications des paramètres pharmacocinétiques et pharmacodynamiques [30,31]. Ainsi, la plupart des auteurs [13,32] semblent unanimes sur la prescription d'un ISRS ou un IRS Na en première intention et d'un tricyclique, du bupropion ou de la mirtazapine en deuxième intention.

Un traitement anxiolytique type benzodiazépine a été prescrit pour 56,7% des patients dans notre échantillon. Cette surprescription des benzodiazépines dans les états dépressifs a été bien soulignée dans la littérature, qu'il s'agisse de sujets jeunes ou plus âgés [15,33]. Cependant, si ces molécules pourraient aider à gérer certains symptômes liés à l'anxiété et l'insomnie au début du traitement, leur place reste limitée dans le traitement de la dépression proprement dite, surtout en utilisation prolongée.

CONCLUSION

Avec le vieillissement des populations, la dépression gériatrique est devenue un problème mondial de santé publique. Malgré sa fréquence élevée et ses répercussions sur la qualité de vie, cette pathologie reste sous-diagnostiquée et souvent méconnue devant l'hétérogénéité et l'atypicité de ses représentations cliniques. Reconnaître l'existence d'une dépression chez une personne âgée représente ainsi un enjeu pour tout praticien amené à intervenir auprès de tels sujets. Il passe d'abord par l'identification des facteurs de risque ainsi qu'une analyse sémiologique fine et une bonne connaissance des spécificités de ce trouble dans cette tranche d'âge. Cette démarche permettra de mettre en place une prise en charge rapide et

adaptée afin de prévenir la survenue des complications éventuelles notamment la chronicisation et les comportements suicidaires.

REFERENCES

- [1] Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP et al. Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. *Psychological Med* 1997;27:1205-1213.
- [2] Clément JP, Paulin S, Leger JM. Troubles de l'humeur. In: Léger JM, Clément JP, Wertheimer J, eds. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris : Flammarion. 1999;112-132.
- [3] Eastham JH, Jeste DV, Young RC. Assessment and treatment of bipolar disorder in the elderly. *Drugs Aging* 1998;12(3):205-24.
- [4] Gournellis R, Lykouras L, Fortos A, Oulis P, Roubos V, Christodoulou GN. Psychotic (delusional) major depression in late life : a clinical study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:1058-1091.
- [5] Manetti A, Hoertel N, Le Strat Y, Schuster JP, Lemogne C, Limosin F. Comorbidity of late-life depression in the United States: a population-based study. *Am J Geriatr*. 2014;22:1292-306.
- [6] Midlöv P, Andersson M, Ostgren CJ, Mölsted S. Depression and use of antidepressants in Swedish nursing homes: a 12-month follow-up study. *Int Psychogeriatr*. 2014;26:669-675.
- [7] Beekman AT, Geerlings SW, Deeg DJ, Smit JH, Schoevers RS, de Beurs E et al. The natural history of late-life depression. A 6-year prospective study in the community. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:605-611.
- [8] Limosin F, Loze JY, Zylberman-Bouhassira M, Schmidt ME, Perrin E, Rouillon F. The course of depressive illness in general practice. *Can J Psychiatry*. 2004;49:119-123.
- [9] Recherche en Établissement d'hébergement pour personnes âgées. Toulouse géro-nto-pôle. In: *La lettre du réseau REHPA*; 2008.
- [10] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Suicides et tentatives de suicide en France. Études et résultats 2006;488.
- [11] Hoertel N, Le Strat Y, Gorwood P, Béra-Potelle C, Schuster JP, Manetti A et al. Why does the lifetime prevalence of major depressive disorder in the elderly appear to be lower than in younger adults? Results from a national representative sample. *J Affect Disord*. 2013;149:160-165.
- [12] Kuhnel ML, El Iraki I, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche géro-nto-psychiatrique. *Neurol Psychiatr Geriatr*. 2010;10:111-5.
- [13] Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M et al. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:285-290.
- [14] Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004;184:147-152.
- [15] Haute Autorité de Santé. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. Recommandations professionnelles, Octobre 2007.
- [16] Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:19-28.
- [17] Almeida OP, Fenner S. Bipolar disorder: similarities and differences between patients with illness onset before and after 65 years of age. *Int Psychogeriatr*. 2002;14:311-322.
- [18] Kuhnel ML, El Iraki I, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche géro-nto-psychiatrique. *Neurol Psychiatr Geriatr*. 2010;10:111-115.
- [19] Brodaty H, Luscombe G, Parker G, Wilhelm K, Hickie I, Austin MP et al. Early and late onset depression in old age: different etiologies, same phenomenology. *J Affect Disord*. 2001;66:225-236.
- [20] Dakin EK, Areán P. Patient perspectives on the benefits of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21:155-163.
- [21] Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frieters D, Henrard JC et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long term care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:5.
- [22] Royal College of Psychiatrists. Who cares wins? Improving the outcome for older people admitted to the general hospital: guidelines for the development of Liaison Mental Health Services for older people. London, 2005.
- [23] Clément JP, Léger JM. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. In: *Les dépressions du sujet âgé*. Paris: Acandhe, Masson; 1996;19-26.
- [24] Bruce ML, McAvay GJ, Raue PJ, Brown EL, Meyers BS, Keohane DJ et al. Major depression in elderly home health care patients. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1367-1374.
- [25] Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:372-387.
- [26] Bigot T, Trouillet C, Hardy P, Pinabel F, Feline A. Dépression et maladies somatiques. À propos d'une étude rétrospective de 210 épisodes dépressifs majeurs hospitalisés en psychiatrie. *Encephale*. 1999;25(1):3-10.
- [27] Murray CJL, Lopez AD. Alternatives projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet*. 1997;349:1498-1504.
- [28] Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-389.
- [29] Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. *Encephale*. 2013;39:393-400.
- [30] Skoog A, Fischer C, McCall WV. What characterizes late-life depression? *Psychiatr Clin North Am*. 2013;36:483-496.
- [31] Sikorski C, Luppa M, Hesse K, Ernst A, Lange C, Werle J et al. The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly: implications for diagnostic systems. *J Affect Disord*. 2014;161:97-103.
- [32] Antoine P, Antoine C, Poinot R. Détresse du sujet âgé : identification des schémas cognitifs. *Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2007;5:305-314.
- [33] Tison P, Hautekeete M. Activation de pensées automatiques négatives spécifiques vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans. *J Ther Comport Cogn*. 2005;15:61-68.