



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



DOSSIER : DÉPRESSION

Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique

Prevalence of depression in retirement home: Necessity of gerontopsychiatric approach

M.-L. Kuhnel^{a,*}, I. El Iraki^b, M. Tranchant^c, G. Aspe^d

^a Psychologue. EHPAD Korian « Le Clos du Mûrier », 3, rue des Roncières, 37230 Fondettes, France

^b Psychologue. EHPAD Korian « La Croix Périgourd », 108, rue de la Croix-Périgourd, 37540 Saint-Cyr-sur-Loire, France

^c Psychologue. Korian CLS, 108, rue de la Croix-Périgourd, 37540 Saint-Cyr-sur-Loire, France

^d Psychiatre. EHPAD Korian « Le Clos du Mûrier », 3, rue des Roncières, 37230 Fondettes, France

Disponible sur Internet le 28 avril 2010

MOTS CLÉS

Dépression ;
Anxiété ;
Idées suicidaires ;
Maison de retraite ;
Équipe mobile
gérontopsychiatrique

KEYWORDS

Depression;
Anxiety;
Suicide;
Institution;
Psychiatry of elderly

Résumé Dans la littérature, 85 % des personnes accueillies en maison de retraite présentent une affection neuropsychiatrique mais tous n'ont pas la possibilité de bénéficier d'une prise en charge adaptée, avec le risque d'aggravation de leur état. Comment augmenter la qualité de vie de ces personnes en améliorant la prise en charge? Les résultats obtenus à partir d'une observation au moyen de la MADRS confirment une prévalence élevée (plus de 50 % des personnes testées). L'intervention d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie avec : (1) un rôle d'expertise, (2) un rôle thérapeutique et (3) un rôle d'accompagnement des équipes pourrait permettre d'anticiper et de désamorcer les crises, tout en rassurant les familles. Elle viendrait compléter efficacement les compétences pluriprofessionnelles au sein de l'institution.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Eighty-five percent of elderly resident in retirement home have a neuropsychiatric problem but not a good enough treatment. How to improve care and life quality? An observation with MADRS scale in seven nursing homes show a high prevalence of psychiatric troubles. The intervention of gerontopsychiatric workers could: (1) appraise, (2) have a therapeutic role and (3) help the elderly nursing home workers to anticipate, diffuse crises, and help the families. This work would complete the pluriprofessional competences of the institution.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mariekuhnel@gmail.com (M.-L. Kuhnel).

Introduction

Le vieillissement est un processus irréversible qui débute dès la naissance. Au cours d'une vie entière, l'individu est considéré comme acteur de son propre vieillissement [1]. Vieillir implique plusieurs dimensions : sociologique (remaniement dans la société et changement de statut), psychologique (comme nous le verrons plus loin) et physiologique.

Nous constatons une augmentation de l'espérance de vie (durée de vie moyenne que peuvent espérer vivre les personnes d'une classe d'âge donnée), principalement dans les pays riches. En France, elle est de 76 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes. Cette augmentation est due à de nombreux facteurs : l'amélioration des conditions de vie et de l'environnement. . .

Mais avec l'âge apparaissent de plus en plus de pathologies, une diminution progressive des capacités physiques et intellectuelles, une fragilité croissante devant la maladie et une perte d'autonomie pouvant aller jusqu'à la dépendance totale. Ce qui mène les personnes âgées et leurs familles à faire le choix d'une entrée en institution.

À ce jour, les personnes vieillissantes accueillies en établissement habilités à la prise en charge des personnes âgées dépendantes ont une moyenne d'âge de 85 ans et sont généralement présentées comme un groupe homogène, mais peuvent être différenciées en quatre sous-groupes [2] :

- les sujets psychiatriques vieillissants (ayant développé des troubles dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte) ;
- les sujets qui développent une pathologie psychiatrique à un âge avancé (décompensation en lien ou non avec des affections somatiques) ;
- les personnes atteintes de maladies neurodégénératives type maladie d'Alzheimer présentant des symptômes psychiques et comportementaux ;
- les personnes n'ayant aucune de ces atteintes.

Quel que soit le sous-groupe d'appartenance, l'intrication entre le somatique et le psychique est au premier plan et augmente les difficultés de prise en charge. La question diagnostique est complexe et spécifique de cette population (manifestations atypiques, expressions somatiques, polyopathologies, difficultés à différencier les troubles du comportement liés à une maladie neurodégénérative d'un début de maladie psychiatrique). L'angoisse de mort est au premier plan (« cette angoisse constitue souvent l'essentiel de ce bouleversement affectif, à l'origine de désir d'abrèger l'attente insupportable de la fin du voyage par le suicide ou le syndrome de glissement » [3]).

Actuellement, une personne sur dix a une expérience du délire au troisième âge, mais 65% sont des délires organiques [4]. D'après l'OMS, les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de mortalité du sujet âgé, et l'étude Esprit (2006) [5] a mis en évidence une grande fréquence des troubles mentaux chez la personne âgée de plus de 65 ans. La propension à traiter la dépression et l'idéation suicidaire est moins élevée pour un sujet âgé que pour un sujet jeune ; les idées de suicide sont plus souvent reconnues comme normales [6]. Quatre-vingt cinq pour cent des personnes accueillies en institution d'hébergement présentent une affection neuropsychiatrique (état dépressif,

troubles démentiels, agressivité, agitation, anxiété, confusion, délire, hallucinations) (étude DREES [7]), mais pas nécessairement de prise en charge adaptée, avec le risque d'aggravation de leur état (syndrome de glissement, confusion mentale, suicide, grabatisation, décès).

Toutes ces données épidémiologiques illustrent la grande diversité des vieillissements de la personne en institution. Selon des critères cliniques, Rowe et Khan [8] ont distingué trois modes évolutifs de vieillissement. Nous avons abordé succinctement le vieillissement avec pathologie et/ou handicap, sur lequel nous reviendrons puisqu'il fait l'objet de cet article, mais le vieillissement peut encore être décrit comme « habituel » ou sans pathologie définie et avec l'atteinte de certaines fonctions. A contrario, le vieillissement est considéré comme réussi lorsque la personne ne présente ni atteinte ni pathologie, avec un critère d'adaptation de la personnalité. Quel que soit le type de vieillissement, les modifications inhérentes à ce processus porteront sur les sphères biologique, cognitive, psychique et sociale.

Conséquences du vieillissement

Au niveau des processus psychiques, le narcissisme est plus fragile et la personne âgée peut présenter des perturbations dans son estime de soi [9], avec de graves atteintes identitaires [10]. Toute situation de perte peut entraîner (selon des facteurs prédisposants, provoquants, aggravants) des situations de repli et de régression. Giannakopoulos [11] observe une péjoration des troubles bipolaires (résistance plus importante au traitement) ainsi que des troubles narcissiques et des pathologies de dépendance.

La clinique de la dépression chez les personnes vieillissantes est très différente de celle chez les personnes jeunes. La dimension somatique est au premier plan (plaintes corporelles, symptômes hypocondriaques) et la tristesse est souvent minimisée par la personne elle-même [12]. Les symptômes psychotiques sont plus fréquents (délires d'empoisonnement, de persécution). Les troubles cognitifs (concentration et mémoire) entraînent des comportements qui peuvent évoquer un état démentiel (pseudodémence). Les idées de mort et de suicide sont très fréquentes. Le ralentissement psychomoteur peut alterner avec des phases d'agitation motrice. Dépression, anxiété, idées suicidaires sont trois aspects spécifiques de cette clinique.

La prise en charge de ces pathologies repose sur une approche multidisciplinaire globale. En effet, en complément des traitements médicamenteux (qui ont pour but de ralentir la perte d'autonomie, le déclin des fonctions cognitives et les troubles psychocomportementaux), différentes approches, non médicamenteuses, sont utilisées dans la prise en charge de ces patients (Snoezelen, humanitude, musicothérapie, réminiscence. . .). Ces approches visent plusieurs objectifs :

- améliorer les fonctions cognitives, l'humeur et les troubles du comportement ;
- réduire le stress lié à la maladie, préserver les liens et les échanges sociaux ;
- maintenir et améliorer la qualité de vie de la personne.

L'amélioration de la qualité de vie des personnes vieillissantes passe par la question de l'accès aux soins

L'un des aspects du plan Alzheimer 2008–2012 (mesure 44) concernant la prise en charge des personnes vieillissantes consiste à aller vers le patient en lui offrant des soins auxquels il n'aurait pas accès de fait de son institutionnalisation et de sa grande dépendance. Dans cette optique, des unités mobiles de soins gériatologiques dépendant du service public se mettent petit à petit en place afin d'apporter une prise en charge adaptée à la personne vieillissante quelle que soit sa pathologie et son niveau de dépendance ainsi que son lieu de vie.

Les manifestations bruyantes des pathologies du vieillissement posent le plus de difficultés aux équipes en poste, alors que d'autres symptômes comme le repli et l'isolement, ou encore l'apathie sont tout aussi graves. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SCPD) sont source de souffrance et de baisse de la qualité de vie pour le patient âgé. En effet, ils conduisent à une surprescription de psychotropes (étude OPEPS [13] 2006). Une personne sur deux de plus de 70 ans en France prend des psychotropes, alors que la balance bénéfique/risque est défavorable et la iatrogénie importante (chutes, confusions...). Quatre-vingt-dix pour cent des psychotropes chez le sujet âgé sont prescrits par des généralistes, 15% des plus de 65 ans ont un minimum de trois psychotropes dans leur traitement [14].

Les troubles anxieux sont 10 à 15% plus fréquents chez le sujet âgé que chez le sujet jeune avec pour conséquences une baisse de la qualité de vie, une augmentation de la consommation des soins et une hausse de morbidité [15]. Les trois domaines d'expression de l'anxiété chez le sujet âgé sont : une symptomatologie physique (problèmes cardiaques...), des troubles cognitifs (troubles attentionnels au premier plan) ainsi que des modifications comportementales (comportements répétitifs).

Le recours au suicide peut être décrit comme un processus fortement corrélé aux dépressions (prégnance du désir de mort dans la mélancolie, association forte entre trouble dépressif majeur et désir de mourir [16]). C'est à partir de 85 ans que se retrouve la prévalence la plus forte concernant les taux de suicide (avec une plus forte représentation chez l'homme âgé, ayant perdu son conjoint).

Si certains comportements ne sont pas considérés comme des actes suicidaires, ils n'en restent pas moins une mise en danger de la personne (réduction volontaire, voire refus de nourriture). Les Anglo-Saxons le considèrent comme une variante de la dépression qui, sans une prise en charge rapide et adaptée, risque d'être fatale pour la personne alors que cet état est réversible.

Les personnes atteintes de dépression ou de troubles psychiatriques ou psychocomportementaux liés à des démences ne bénéficient actuellement pas d'une prise en charge adaptée. Les manifestations dépressives sont négligées, alors que, comme le rappellent Thomas et Hazif-Thomas [11], 80% des personnes déprimées vieillissantes tirent profit d'une assistance médicamenteuse, ce qui met l'accent sur l'importance et les besoins d'une prise en charge multidisciplinaire associant psychologues et psychiatres.

Les troubles psychiatriques des personnes âgées retentissent sur tous :

- le sujet hébergé qui ne peut pas toujours accéder aux soins faute de temps (les psychologues en établissement de retraite ne disposent pas de temps suffisamment important), de manque d'effectifs, de formation des accompagnants ;
- les aidants familiaux (surmédicalisation et dépression, recours massif aux psychotropes, isolement...);
- les équipes soignantes (difficultés relationnelles avec le résident et sa famille et les conséquences qui en découlent : *burnout*...).

La qualité de vie des éléments de ce système est atteinte. Le vieillissement est un phénomène subjectif qui ne touche pas seulement la personne qu'il atteint. Tout le réseau familial est sollicité dans son fonctionnement [17] et la famille « reste vecteur de sens ». Dans le cas des démences, où les failles identitaires sont importantes, le groupe famille est interpellé sur sa « fonction maternelle » et renvoyé à des problématiques de dépendance (« à sa famille, le vieillard demande d'être une « enveloppe de liens » avec son nouvel environnement, l'artisan du tissage des relations entre lui-même, ses compagnons de vieillesse et ses soignants permanents désormais » [17]). Cette définition peut être élargie au groupe soignant dans son ensemble. D'après l'OMS (1998), la qualité de vie se définit comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ». Comment prendre en compte ces différents aspects et permettre un maintien de la qualité de vie chez ces sujets accueillis en institution ?

Méthodologie et résultats

Un état des lieux a été réalisé sur 14 établissements de retraite privés en région centre en 2008. Plusieurs données ont été prises en compte : le nombre de patients atteints de problématiques psychiatriques, le nombre de personnes accueillies souffrant de démence (stade léger, modéré, sévère d'après Reisberg), le Groupe iso-ressource (GIR) moyen pondéré des établissements.

Sur 14 établissements concernés, sept ont participé à l'étude. L'état des lieux réalisé concerne 547 patients. Sur les 547 personnes accueillies et recensées par l'étude, 44 personnes sont issues du secteur psychiatrique, 19 sont suivies par le secteur psychiatrique hospitalier et 150 ne sont pas suivies et ont besoin d'une prise en charge. Quarante-quatre patients accueillis souffrent de démence au stade léger, 121 à un stade modéré et 183 à un stade sévère. Le GIR moyen pondéré est de 651 sur les sept établissements.

L'observation clinique a été faite au moyen de la MADRS (Montgomery et Asberg) [18]. Cet outil est d'utilisation rapide dans l'entretien clinique. La MADRS est un questionnaire à dix items qui comporte une part verbale et d'observation dans l'évaluation de la tristesse, la tension intérieure, les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, les difficultés de concentration, la lassitude, la perte des sentiments, le pessimisme, les idées de suicide. Chaque item comporte une définition générale et six degrés de gra-

tivité. La note seuil de dépression est fixée à 15. La passation sur un échantillon aléatoire de 100 personnes a mis au premier plan la dépression comme facteur d'aggravation de l'état des personnes accueillies (résultats qui se recourent avec l'étude AGED [19]). Dix-neuf pour cent de ces personnes ont obtenu 4 sur 6 à l'item « idées de suicide ». La moyenne du score MADRS sur les 100 tests est de 18,8. Quarante-deux pour cent ont un score supérieur à 20 et 55 % ont un score supérieur à 15 (seuil significatif de dépression). Ce qui nous amène à plusieurs constats :

- les personnes atteintes de dépression psychocomportementales liées à des démences ne bénéficient actuellement pas d'une prise en charge adaptée dans les établissements de retraite classiques ;
- il n'y a actuellement pas de dépistage systématique de ce type de troubles (but du programme Mobiquil pour la dépression) ni de diagnostic différentiel ;
- il existe une carence dans la prise en charge au niveau institutionnel. Les liens avec le secteur psychiatrique hospitalier sont insuffisamment développés.

Discussion

Cette observation, de méthodologie imparfaite recoupe les résultats obtenus en 2004 (étude AGED) [19]). La dépression est un facteur d'aggravation de l'état des personnes accueillies en institution. Dépression, anxiété, idéations suicidaires sont fréquentes en maison de retraite et peu prises en compte. Au regard de ces résultats, largement confirmés par la littérature, deux axes de travail peuvent être développés.

La première piste reste liée à l'institution même qui prend en charge ce public âgé anxiodépressif avec idées suicidaires. Il s'agit de poursuivre le dépistage systématique de ces trois aspects psychopathologiques par les psychologues des établissements, avec notamment la mise en place d'outil d'alerte spécifique permettant de lier la pratique du psychologue à celle des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire. Cette pratique institutionnelle ne prend son sens que si elle est accompagnée d'une mise en place d'échanges des pratiques et de formations spécifiques pour les salariés des maisons de retraite en fonction des problématiques rencontrées dans les établissements. Ce travail en interne peut être complété par des stages dans les cliniques psychiatriques.

Deuxième axe : l'articulation avec l'équipe mobile gérontopsychiatrique du CHU de Tours. Les objectifs premiers sont : anticiper et prévenir en s'appuyant sur un dépistage systématique et un diagnostic différentiel des pathologies psychiatriques en institution. Le but de cette équipe est d'avoir un rôle thérapeutique et d'accompagnement en s'appuyant sur les équipes en place pour les rendre aptes à gérer les situations de crise. La qualité de vie des personnes accueillies est au cœur de ce dispositif et passe par le lien soignant-soigné. Cette offre d'expertise et d'appui peut permettre un suivi régulier des établissements pour anticiper et désamorcer les situations de crise, tout en rassurant les familles par rapport à la symptomatologie de leur parent. Ce travail en partenariat public-privé permet de mutualiser les savoirs et créer un groupement de coopération entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial. Toutefois, ce type de prise en charge ne peut être envisagé

que si tous les aspects des pathologies psychiatriques sont envisagés. En cas de crise impossible à résoudre intraétablissement et avec l'appui de cette équipe, il est important de permettre au patient un suivi psychiatrique adapté en clinique (par le biais de conventionnement avec la psychiatrie hospitalière ou encore les cliniques psychiatriques privées).

À partir de ces deux axes de travail, plusieurs pistes de recherche sont possibles : diminution des séjours de rupture hospitaliers, baisse des appels aux urgences psychiatriques, baisse des troubles du comportement, modification dans le recours aux psychotropes... Un travail mené conjointement sur le dépistage et le soutien des soignants en poste devrait avoir une incidence sur l'humeur et l'état psychique des patients. L'idée d'un partenariat public-privé a déjà été expérimentée sur les établissements (consultations famille-équipe-psychologue-psychiatre). Un projet de recherche (constitution d'une cohorte) est en cours pour mesurer l'impact des interventions. Mais au-delà de ce travail en cours, il y a la question de l'accès aux soins psychiatriques pour les personnes en institution qui ne peuvent pas se déplacer du fait de troubles du comportement trop importants ou d'un état général trop dégradé, comme le démontre le cas de Mme L...

Mme L... (91 ans) est dans un refus total de soins depuis quelques jours (alimentation, traitements, soins). Elle refuse de quitter son lit, crie lorsque l'équipe infirmière veut lui installer une perfusion de soluté hydratant, et rejette violemment sa famille. Mme L... refuse aussi les entretiens proposés avec le psychologue de l'institution et un travail pour mettre des mots sur son ressenti s'avère impossible... ; par ailleurs, Mme L... évoque un discours à thème persécutif (on veut la mettre dehors), avec des hallucinations visuelles (asticots dans son assiette, des poissons qui veulent la tuer...). Son médecin traitant est momentanément absent, et l'équipe constate que lors de sa dernière hospitalisation pour un problème urinaire, le traitement de Mme L... qui comportait des neuroleptiques a été arrêté. On retrouve dans ses antécédents une mélancolie délirante décompensée il y a sept ans. Un séjour en hôpital psychiatrique, suivi d'une prise en charge en hôpital de jour avait alors été mis en place ; suivi arrêté en 2003. Après contact avec le centre médicopsychologique pour personnes âgées du secteur, il est envisagé un rendez-vous avec le psychiatre quelques jours plus tard. Mais, Mme L... refuse de se déplacer, elle n'est d'ailleurs plus en état de le faire.

Ce cas interpelle vis-à-vis des difficultés à accepter le refus de soins d'une personne, à gérer ce qui pourrait être une prise en charge de personne en fin de vie, avec un questionnement autour de l'accompagnement, de ses limites, ses implications et conséquences sur l'équipe soignante.

Avec un dispositif mobile de prise en charge (équipe avec du temps de psychiatre, du temps de psychologue, du temps d'infirmière), Mme L... aurait pu être prise en charge dans un laps de temps assez court (interventions rapides dans les jours qui suivent la demande), avec la mise en place d'un traitement adapté, d'un suivi par l'équipe, de conseils pour réévaluer le projet de soins et le projet de vie.

Cette intervention est nécessaire auprès des résidents mais également auprès des équipes en poste. En effet, elle apporte à ces derniers un appui, une complémentarité, une reconnaissance des difficultés rencontrées sur le terrain, et

surtout un regard extérieur permettant de prendre du recul et mieux évaluer les situations.

Ce travail en interprofessionnalité est indispensable aux personnes intervenant sur la structure. Les établissements de retraite accueillent en moyenne une centaine de résidents, avec une histoire, des familles, une équipe.

S'il est admis que l'institution majore les troubles anxieux et dépressifs [20] et attaque fortement la capacité des sujets à s'adapter et modifier leur environnement, toute rupture dans la continuité de cet environnement (hospitalisation en urgence...) retentit fortement sur le sujet vieillissant. Il a été ainsi démontré qu'une intervention précoce et structurée de la psychiatrie de liaison dans les institutions d'hébergement est un facteur d'amélioration de la qualité des soins (pour la personne vieillissante comme pour l'équipe soignante) [21].

Conclusion

«Comment appréhender la vieillesse?» Cette question débute la réflexion de Caradec [22] sur les épreuves subjectives du vieillissement, phénomène dont l'ampleur sociale ne cesse d'augmenter. Face à la difficulté de gestion des troubles psychocomportementaux en maison de retraite où les locaux ne sont pas adaptés, le personnel insuffisamment formé à la gérontopsychiatrie, il est nécessaire d'apporter des réponses en termes de prise en charge autant pour la population concernée que pour les personnes âgées.

La réponse à la question de Caradec passe par un changement dans nos propres représentations du vieillissement. En effet, on associe souvent vieillissement à une image négative (apathie, perte d'énergie, des centres d'intérêts...), ce qui rend la dépression difficile à diagnostiquer et stigmatise les personnes vieillissantes qui en souffrent.

La mise en place des démarches d'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge multidisciplinaires (projets de vie, de soins, formations, groupes de réflexions sur les pratiques) permettent une meilleure connaissance des personnes accueillies dans leurs histoires et/ou pathologies et une approche globale des soins où l'équipe mobile gérontopsychiatrique s'intègre parfaitement.

Les sujets âgés accueillis en institution sont confrontés à une rupture majeure dans leur continuité d'existence. La notion d'environnement au sens winnicottien est ici primordiale. Leur offrir un environnement stable et contenant reste une priorité pour améliorer et/ou maintenir un niveau élevé de qualité de vie. Les symptômes psychologiques et comportementaux des démences (SCPD) – parmi lesquels on retrouve l'anxiété, la dépression et les idées suicidaires – ne peuvent être pris en charge que si tous les acteurs de la gérontologie se mobilisent pour les prendre en compte.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Fontaine R. Psychologie du vieillissement. Paris: Dunod; 1999.
- [2] Massé G, Veber A. Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé, quel rôle pour la psychiatrie? *Pluriels* 2007;66.
- [3] Herfray C. La vieillesse en analyse. Paris: Desclée de Brouwer; 1988.
- [4] Holroyd S, Sheldon-Keller A. A study of visual hallucinations in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 1995;3: 198–205.
- [5] Ancelin ML, et al. Le projet Esprit: une étude longitudinale en population générale des troubles psychiatriques en France chez des sujets de plus de 65 ans. *L'Encéphale* 2006;32(5): 615–21.
- [6] Uncapher H, Arean P. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:188–92.
- [7] Dutheil N, Scheidegger S. Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Études et Résultats* 2006; 494. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er515/er515.pdf>.
- [8] Rowe JW, Khan RL. Human aging: usual and successful. *Science* 1987;237:143–9.
- [9] Alaphilippe D. Évolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2008;6(3):167–76.
- [10] Ploton L. La personne âgée. Lyon: Chronique sociale; 2001.
- [11] Giannakopoulos P. Quel avenir pour la psychiatrie de la personne âgée? Communication lors des 7^e Journée «Troubles mentaux, vieillissement et démences», 2008.
- [12] Thomas P, Hazif-Thomas C. Particularités médicosociales de la dépression du sujet âgé: le point en 2008. *NPG* 2008;8(48):27–33.
- [13] Le bon usage des médicaments psychotropes. Rapport n° 422 (2005–2006) de Mme Maryvonne Briot, député, fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, déposé le 22 juin 2006.
- [14] Desplanques G. L'inégalité sociale devant la mort. La société française. In: *Données Sociales*. Paris: INSEE; 1993 [pp. 251–8].
- [15] Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med* 2003;19:721–41.
- [16] Barnow S, Linden M, Freyberger HJ, et al. The importance of psychosocial factors, gender, and severity of depression in distinguishing between adjustment and depressive disorders. *J Affect Disord* 2002;72(1):71–8.
- [17] Myslinski M. Famille et vieillissement. *Réflexions cliniques. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 2003;31.
- [18] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382–9.
- [19] Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Beekman ATF, Kluiters H, Ribbe MW. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: The AGED study. *J Affect Disord* 2004;83:135–42.
- [20] Trouillet R, Gely-Nargeot MC. Mécanismes de défense et dépression du sujet âgé institutionnalisé. *Ann Med Psycho* 2009;167(2):119–26.
- [21] Camus V, Viret C, Porcher A, et al. Effect of changing referral mode to C–L Psychiatry for noncognitively impaired medical inpatients with emotional disorders. *J Psychosom Res* 2003;54(6):579–85.
- [22] Caradec V. Les épreuves subjectives du vieillissement. *Ethique Santé* 2006;3(1):20–5.