

De l'identification à la gestion des troubles de l'humeur de nos aînés ...

Hôpital Erasme



ULB



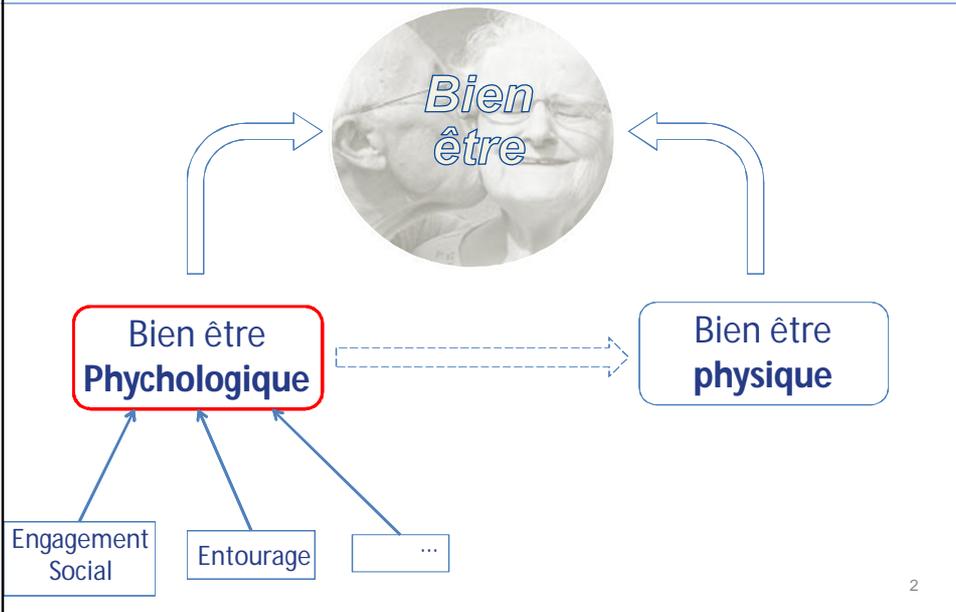
Sophie Pétilon
Psychologue, Psychothérapeute
Hôpital Erasme
18 mars 2016

Introduction

Hôpital Erasme



ULB



Introduction

La dépression du **sujet âgé/ sujet jeune** serait :

- Différente sur le plan **symptomatique**,
- Plus **fréquente**,
- Plus **chronique**,
- Plus **difficile à traiter**,
- Plus souvent causée par des **facteurs psychologiques**



3

Introduction

Quelques chiffres...



Site de recrutement	Prévalence (%)
Population générale	1-4
Patients ambulatoires	7-36
Patients hospitalisés	15-43
Patients en institution	42-51

Taux de prévalence de la dépression chez le sujet âgé en fonction du site de recrutement (Léo Henri & Thierry Gallarda, 2000).

Taux de suicide est double chez la p.a./population générale.

4

PLAN



Hôpital
Erasmus
ULB

A. Identification des troubles de l'humeur

1. Comprendre la dépression ?

1.1. Les facteurs de risque

1.2. Difficultés du diagnostic

1.3. Les symptômes

1.4. Comment y être attentif en tant que soignant?

2. Lien entre dépression/démence

2.1. Psychopathologie du sujet dément

2.2. Diagnostic différentiel: Démence ou Dépression?

B. Traitement thérapeutique

C. Conclusion

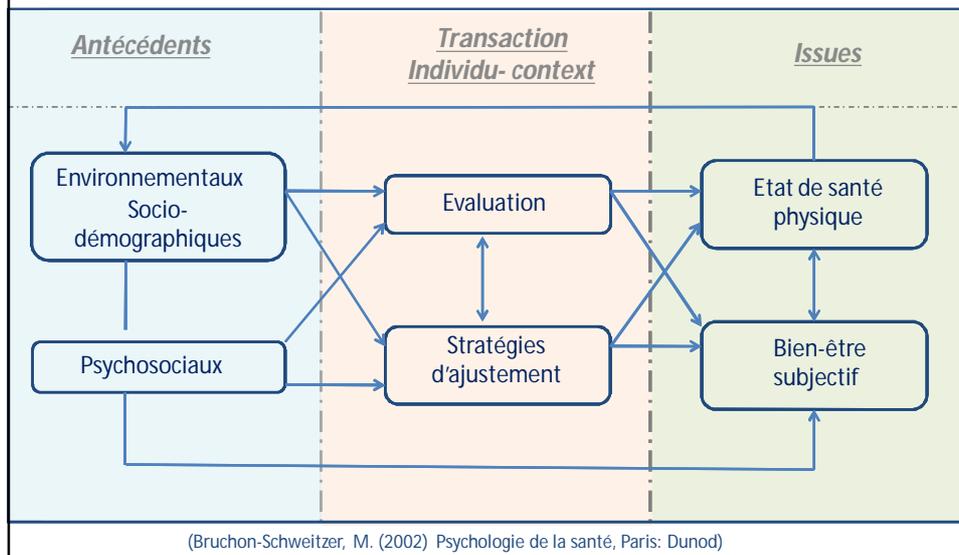
5

1. Comprendre la dépression

1.1 Les facteurs de risque

Hôpital
Erasmus
ULB

Modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé



1. Comprendre la dépression

1.2 Difficultés du diagnostic

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment rencontrée. Elle est pourtant largement sous-diagnostiquée et sous-traitée

Clément, J.P, et al. (1999) et Frémont, P. (2002)



Mais attention quand même au sur-diagnostic !!!

7

1. Comprendre la dépression

1.2 Difficultés du diagnostic

Difficultés de diagnostic liées au patient

- Absence de prise de conscience des troubles (-)
- Présentation clinique:
 - Maladie physique associée (-)
 - Symptômes physiques (-)
 - Plaintes somatiques (-)
 - Caractéristiques de la dépression:
 - Degré de sévérité (+)
 - Sentiments de honte/culpabilité/désespoir/incurabilité (-)

Difficultés à reconnaître la dépression: obstacles liés au patient et au médecin (Docherty, 1997)

8

1. Comprendre la dépression

1.2 Difficultés du diagnostic

Difficultés de diagnostic liées au médecin

- **Connaissances** et stages antérieurs (+)
- **Croyances** : efficacité des traitements (+), confiance personnelle (+), ..
- **Attitudes** : à l'aise sur les sujets psychologiques (+), disponibilités en temps (+), considère que le patient a de bonnes raisons d'être déprimé (-)
- **Savoir-faire** : questions systématiques pour établir le diagnostic de dépression (+), perception adéquate des signes non verbaux de détresse émotionnelle (+)

Difficultés à reconnaître la dépression: obstacles liés au patient et au médecin (Docherty, 1997)

9

1. Comprendre la dépression

1.2 Difficultés du diagnostic

Dépression non identifiée/non traitée



Conséquences sur la morbidité, l'autonomie, la qualité de vie et sur le recours aux services de santé.



10

PLAN



A. Identification des troubles de l'humeur

1. Comprendre la dépression ?

1.1. Les facteurs de risque

1.2. Difficultés du diagnostic

1.3. Les symptômes

1.4. Comment y être attentif en tant que soignant?

2. Lien entre dépression/démence

2.1. Psychopathologie du sujet dément

2.2. Diagnostic différentiel: Démence ou Dépression?

B. Traitement thérapeutique

C. Conclusion

11

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes

Symptômes plus spécifiques chez la personne âgée:

▪ Emotions :

- ✓ **Moindre expression** des émotions
- ✓ **Tristesse** pas toujours apparente, non exprimée
- ✓ **Agressivité** plus fréquente
- ✓ **Angoisse** matinale
- ✓ **Plaintes somatiques**

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes

Symptômes plus spécifiques chez la personne âgée:

Apathie



**Ralentissement
psychomoteur**

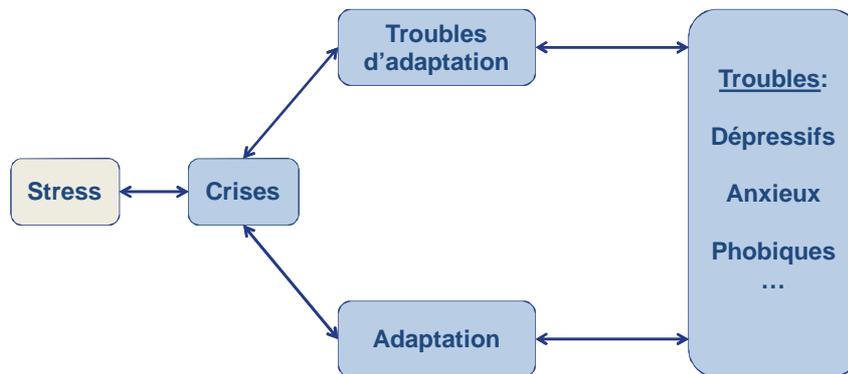


Repli sur soi



1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes



1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes

Troubles de l'adaptation: critères diagnostiques

Critères d'inclusion	Difficulté d'adaptation	Troubles de l'adaptation	Troubles psychiatriques majeurs
Nbre de symptômes	< 3	> 3	> 4
Intensité	+	++	+++
Permanence des symptômes	NON	NON	OUI
Caractère inhabituel des réactions	NON	OUI	OUI
Conséquences relationnelles	NON	OUI	OUI
Durée (sem)	< 1	> 1	> 2

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes

Formes cliniques de la dépression du sujet âgé

Tristesse et inhibition psychomotrice significatives	D. mélancolique
Préoccupations excessives/Agitation	D. Anxieuse
Agressivité	D. Hostile
Plaintes au corps	D. masquée
Confusion/paranoïa	D. Délirante

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes

Anxiété

- Près d'un sujet âgé **déprimé** sur deux présente des troubles anxieux comorbides (Beekman et al, 2000)
- On retrouve des éléments d'**anxiété** dans toutes les expressions de la dépression, à tel point que la différence entre les deux est parfois difficile à faire.
- Un des signes précoces de **démence**, très fréquent (50 %).
Tendance à se **majorer au fil de l'évolution**.
- **Angoisse d'abandon, réaction de catastrophe face à l'échec.**
- **Agoraphobie** secondaire à des **chutes, problèmes médicaux, agressions, changements de lieux de vie.**

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes

Episode dépressif majeur



1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes



Critères diagnostiques de l'état dépressif majeur selon DSM-V:

- **Symptômes de premier rang:**
Humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir
- **Symptômes de deuxième rang:**
Poids; sommeil; agitation ou ralentissement psychomoteur; fatigue; perte d'énergie; sentiment de dévalorisation ou de culpabilité; concentration, décision et idées suicidaires...

**Etat dépressif majeur:
au moins 5 symptômes dont 1 de premier rang**

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes



- Symptômes induisent une **souffrance** cliniquement significative ou une **altération du fonctionnement** social, professionnel ou d'autres domaines importants.
- Période de **deux semaines**
- Changement par rapport au **fonctionnement antérieur**
- Presque **tous les jours**
- Pas **effets** d'une **substance** ou d'une **affection médicale**
- Ne répond pas aux critères **d'un trouble schizoaffectif**
- **Pas** épisode **maniaque** antérieur.

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes



Hôpital
Erasmus



ULB

Dépression et suicide

- PA qui meurent le plus de **suicide**
- **Idéations suicidaires** souvent peu exprimées
- Le nombre de **TS** est sous évalué, **motif d'hospitalisation** non étiqueté
- Risque plus important de **décès** dans les 3 ans

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes



Hôpital
Erasmus



ULB

Dépression et deuil

Le veuvage est associé à un **risque de mortalité** plus élevé, surtout durant la 1^{ère} année, davantage chez les hô que les fê (80%/60%).

Deuil	Etat dépressif majeur
Symptômes de l'épisode dépressif majeur (tristesse, insomnie, amaigrissement...) mais culpabilité, sentiments d'inutilité et autodévalorisation, idéation suicidaire et ralentissement psychomoteur sont exceptionnels.	Tous les symptômes de l'épisode dépressif majeur (DSMIV)
Dysphorie déclenchée par l'évocation du défunt et de tout ce qui le rappelle.	Dysphorie souvent autonome et indépendante sans rapport direct avec le défunt
Début des symptômes pdt 2ers mois	Début sans calendrier précis.
Durée inférieure à 2 mois	Dépression devient svt chronique, intermittente, épisodique

1. Comprendre la dépression

1.3 Les symptômes



Dépression et suicide

- **Facteurs de risque:**

- Sexe
- milieu rural
- saisons
- isolement et la solitude

- Etude sur les liens entre **deuil récent** et **geste suicidaire**
(Bunch, 1972).

- **Potentiel suicidaire élevé** est associé à la sévérité de la dépression, antécédent de TS grave, soutien social de mauvaise qualité (Alexopoulos et al. 1999).

PLAN



A. Identification des troubles de l'humeur

1. Comprendre la dépression ?

- 1.1. Les facteurs de risque
- 1.2. Difficultés du diagnostic
- 1.3. Les symptômes
- 1.4. Comment y être attentif en tant que soignant?

2. Lien entre dépression/démence

- 2.1. Psychopathologie du sujet dément
- 2.2. Diagnostic différentiel: Démence ou Dépression?

B. Traitement thérapeutique

C. Conclusion

1. Comprendre la dépression

1.4 Le rôle du soignant

1.3. Comment y être attentif en tant que soignant?

- Repérer certains **indicateurs** de la dépression (notamment triade **insomnie-anorexie-amaigrissement**).
- Etre attentifs aux **plaintes corporelles** (accentuation des symptômes le matin)
- Prendre en compte une **baisse de motivation** pour les activités.
- Une **douleur chronique** peut y être associée (céphalées, arthralgies, glossodynie, troubles digestifs, douleurs thoraciques...)
- Irritabilité, troubles de l'endormissement ou réveils agités..



1. Comprendre la dépression

1.4 Le rôle du soignant

- Signaux suicidaires
- Pertes somatiques risquent de masquer les symptômes dépressifs.
- Attention aux pathologies somatiques associées :
 - **Ralentissement psychomoteur** peut être dû à une maladie neurologique (Parkinson, notamment);
 - **Troubles cognitifs** à une maladie d'Alzheimer;
 - **Asthénie** à une insuffisance cardiaque;
 - **Anorexie et amaigrissement** à un cancer;
 - **Troubles du sommeil** à un sevrage en benzodiazépine...



1. Comprendre la dépression

1.4 Le rôle du soignant

▪ Echelles d'évaluation pour le non spécialiste:

- HADS
- Echelle de Beck (1961)
- GDS, Mini-GDS (Geriatric Depression Scale de Yesavage, Clément, 1997);
- HDRS (La Hamilton depression rating scale, HDRS)...

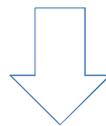


▪ Echelle de dépression adaptées aux sujets déments:

Cornelle Scale for Depression in Dementia (Alexopoulos et al.)

1. Comprendre la dépression

1.4 Le rôle du soignant



En tant que personnel soignant, vous êtes des acteurs importants dans l'identification des premiers signes de dépression chez la personne âgée...



PLAN



Hôpital
Erasmus

ULB

A. Identification des troubles de l'humeur

1. Comprendre la dépression ?

- 1.1. Les facteurs de risque
- 1.2. Difficultés du diagnostic
- 1.3. Les symptômes
- 1.4. Comment y être attentif en tant que soignant?

2. Lien entre dépression/démence

- 2.1. Psychopathologie du sujet dément
- 2.2. Diagnostic différentiel: Démence ou Dépression?

B. Traitement thérapeutique

C. Conclusion

29

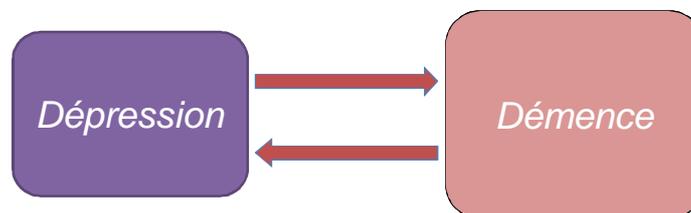
2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément

Hôpital
Erasmus

ULB

Dépression et démence: deux pathologies fréquemment rencontrées à l'âge avancé et souvent **associées** (Pancrazi, 2000).



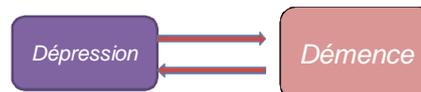
Importance du diagnostic différentiel afin de développer une prise en charge adaptée

2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément

- **Démence:**
30 à 50 % des personnes âgées (de plus de 85 ans) en sont affectés.
- **Dépression:**
Les sujets « déments » expriment des **symptômes dépressifs** de 28 à 85 % selon les études.

La dépression est associée à la démence dans 50% des cas surtout dans les cas de démence légère à modérée.



2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément

DEMEUCE

2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB

Définition de la démence selon DSM IV

DSM-IV

Développement des déficits cognitifs multiples incluant la mémoire et au moins un domaine parmi les suivants: **Aphasie-Apraxie-Agnosie-Trouble des fonctions exécutives.**

Le déficit cognitif doit être suffisamment sévère pour altérer les capacités fonctionnelles et sociales et correspondre à un déclin du fonctionnement antérieur.

Le diagnostic ne devrait pas être porté si le déficit cognitif survient exclusivement au décours d'un état confusionnel.

La démence peut être liée étiologiquement à une maladie générale, à une substance psychoaffective ou à une combinaison de ces facteurs.

2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB

Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD)



2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB



2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB

SPCD classés en trois types:

- **Comportementaux:** Agitation, agressivité, stéréotypies, apathie...
- **Affectifs et émotionnels:** Tristesse, anxiété, anhédonie, labilité émotionnelle, euphorie...
- **Psychotiques:** Délires, hallucination, confusion...



Auxquels s'ajoutent des **troubles de conduites élémentaires** (sommeil, appétit, sexualité...)

2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB

- Présents dans **80 %** des cas
- Parfois 3 ans avant le diagnostic
- Une évaluation précise des troubles du comportement et de leur retentissement sur le patient et son entourage est indispensable pour une prise en charge adaptée qu'elle soit **médicale, sociale** ou **psychologique**.

2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément

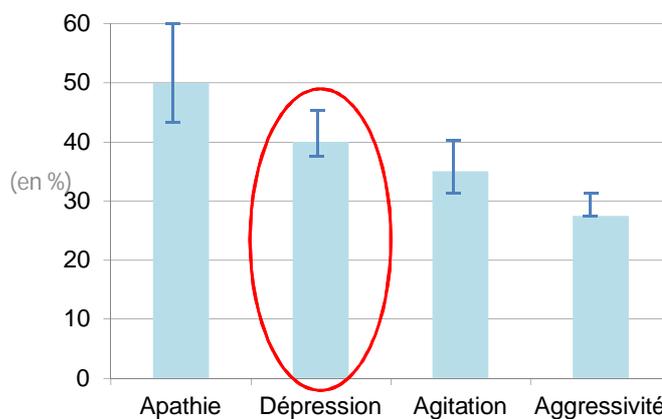


Hôpital
Erasme



ULB

Fréquence de ces symptômes (Benoit et al, 2003)



On néglige souvent les symptômes les plus fréquents !!!

2. Lien entre dépression et démence

2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB

Le suicide des sujets déments

- A **75** ans, on se suicide **3x** plus qu'à 25 ans
- A **85** ans, **4x ½** en plus

Etude de Purandare et al. (2009)

- Relève **118** cas de suicide sur **11512** sur un intervalle de 9 ans.
- Majorité des suicides est survenue 1 à 5 ans après le diagnostic.
- **facteur de risque** : Au stade où le patient connaît des difficultés croissantes dans sa vie quotidienne et a conscience de sa détérioration cognitive.

2. Lien entre dépression et démence

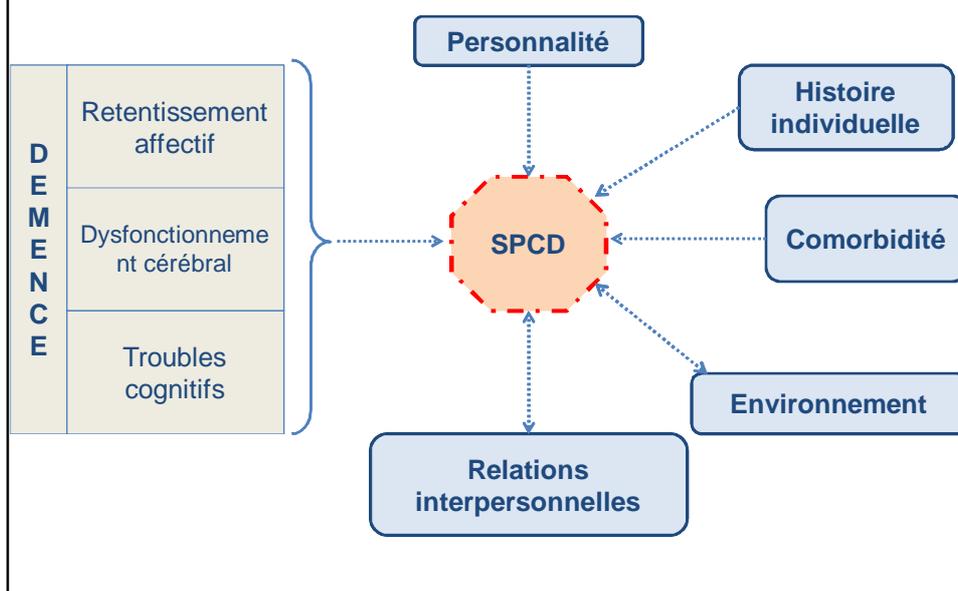
2.1 Psychopathologie du sujet dément



Hôpital
Erasme



ULB



PLAN



Hôpital
Erasmé



ULB

A. Identification des troubles de l'humeur

1. Comprendre la dépression ?

- 1.1. Les facteurs de risque
- 1.2. Difficultés du diagnostic
- 1.3. Les symptômes
- 1.4. Comment y être attentif en tant que soignant?

2. Lien entre dépression/démence

- 2.1. Psychopathologie du sujet dément
- 2.2. Diagnostic différentiel: Démence ou Dépression?

B. Traitement thérapeutique

C. Conclusion

41

2. Lien entre dépression et démence

2.2 Démence ou Dépression?

Hôpital
Erasmé



ULB

Certains symptômes (comme le désintérêt, l'apathie, la réduction des activités, la perte de motivation...) sont communs à la démence d'où la difficulté de les différencier...



Importance du diagnostic différentiel afin de développer une prise en charge adaptée

2. Lien entre dépression et démence		
2.2 Démence ou Dépression?		
Symptômes	Démence	Dépression
Réaction au déclin cognitif et fonctionnel	Peu d'inquiétude / déni.	Exagération des déficits.
Humeur	Humeur normale la plupart du temps; Humeur triste en réaction aux circonstances.	Humeur triste omniprésente.

2. Lien entre dépression et démence		
2.2 Démence ou Dépression?		
Symptômes	Démence	Dépression
Intérêt, initiative	Perte graduelle de l'intérêt et de l'initiative (apathie) sur une période plus longue. Pas de tristesse, pleurs	Perte de l'intérêt et du plaisir en quelques semaines avec souvent une humeur triste.
Agitation psychomotrice	Augmentation graduelle de l'agitation, plus accentuée vers la fin de la journée.	Agitation plus marquée le matin.

2. Lien entre dépression et démence		
2.2 Démence ou Dépression?		
Symptômes	Démence	Dépression
Retard psychomoteur	Peu fréquent dans la démence légère à modérée.	Apparition sur plusieurs semaines dans les cas de dépression grave .
Concentration et pensée	Décline tout au long de l'évolution de la démence.	Diminution de la concentration et de l'attention soutenue ; le sujet est souvent indécis et craint de commettre des erreurs.
Sommeil	inversion du cycle de sommeil .	Perturbation du sommeil (augmentation ou diminution) sur plusieurs semaines.

2. Lien entre dépression et démence		
2.2 Démence ou Dépression?		
Symptômes	Démence	Dépression
Comportement alimentaire	Perte graduelle de poids.	Changements de l'appétit ; le poids corporel peut augmenter ou diminuer.
Culpabilité ou dévalorisation	Symptôme rare	Symptôme fréquent dans la dépression grave
Idées et gestes suicidaires	Rares	Fréquents

2. Lien entre dépression et démence

2.2 Démence ou Dépression?



Hôpital
Erasme



ULB

PERMETTENT DE DIFFERENCIER

DEMENCE	DEPRESSION
<ul style="list-style-type: none"> • Evolution -Installation progressive -Symptômes permanents -Progression lente 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution -Installation assez rapide - Symptômes transitoires -Progression rapide

2. Lien entre dépression et démence

2.2 Démence ou Dépression?



Hôpital
Erasme



ULB

- « les **symptômes dépressifs** observés chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ne répondent pas dans la majorité des cas, à la définition des **troubles caractérisés dans les classifications diagnostiques internationales...** » (Gallarda, 2004)
- **Episode dépressif majeur peu diagnostiqué...**



Symptômes dépressifs isolés plus fréquents
(41 %)

2. Lien entre dépression et démence

2.2 Démence ou Dépression?



Hôpital
Erasmus



ULB

- **Pronostic** et **Approche thérapeutique** des deux pathologies ne sont pas les mêmes.
- **Intérêts de diagnostiquer la dépression:**
 - Car conséquences importantes sur la **qualité de vie** (isolement, évitements des contacts sociaux...) et aggravation des troubles.
 - En l'absence de traitement, risque de **passage à l'acte suicidaire, une augmentation de la morbidité physique et** une évolution associée à une grande fréquence de passage à la **chronicité ou de rechutes.**

2. Lien entre dépression et démence

2.2 Démence ou Dépression?



Hôpital
Erasmus



ULB

- **Scores de dépression évoluent // au degré de démence** (Andrieu et al, 2003).
- Les **antécédents de dépression** sont un facteur de risque d'apparition d'un **trouble dépressif dans la MA.**
- Les **symptômes dépressifs** sont susceptibles de se modifier au cours de la démence (Forsell et al., 1993; 1994).
- **Anti-dépresseur?**

PLAN



Hôpital
Erasmé  

A. Identification des troubles de l'humeur

1. Comprendre la dépression ?

- 1.1. Les facteurs de risque
- 1.2. Difficultés du diagnostic
- 1.3. Les symptômes
- 1.4. Comment y être attentif en tant que soignant?

2. Lien entre dépression/démence

- 2.1. Psychopathologie du sujet dément
- 2.2. Diagnostic différentiel: Démence ou Dépression?

B. Traitement thérapeutique

C. Conclusion

51

B. Traitement thérapeutique



Hôpital
Erasmé  

Approche psychologique et de soutien pour le patient

- L'association **antidépresseurs** et **psychothérapie** est plus efficace que le traitement pharmacologique seul. (Blazer, D. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. J. Gerontol. Medical Sciences, 58A, 3, 249-65.)
- Prise en charge psychothérapeutique est particulièrement indiquée si: - **facteurs de personnalité**
 - des **difficultés relationnelles**
 - ou **psychologiques** susceptibles de favoriser une rechute de l'état dépressif...

B. Traitement thérapeutique



Hôpital
Erasmé



ULB

- **Psychothérapies** chez les P.a. utiles pour les aider à développer leurs capacités **adaptatives, émotionnelles** face aux différents événements de vie.
- **Abandon fréquent** (25% à 50%, selon les études).
- Importance d'une **relation empathique** bienveillante et des techniques de réassurance.

B. Traitement thérapeutique



Hôpital
Erasmé



ULB

En tant que soignant...

- **Ecoute** est primordiale (10 minutes « perdues » = 1h de plaintes en moins)
- Comprendre ses propres **émotions** (peur, colère, tristesse...)
- Prévenir le « **burn-out** »
- Travailler en **collaboration** avec les autres membres de l'équipe...



B. Traitement thérapeutique



Hôpital
Erasmé  ULB

Interventions auprès des proches = partie intégrante du traitement

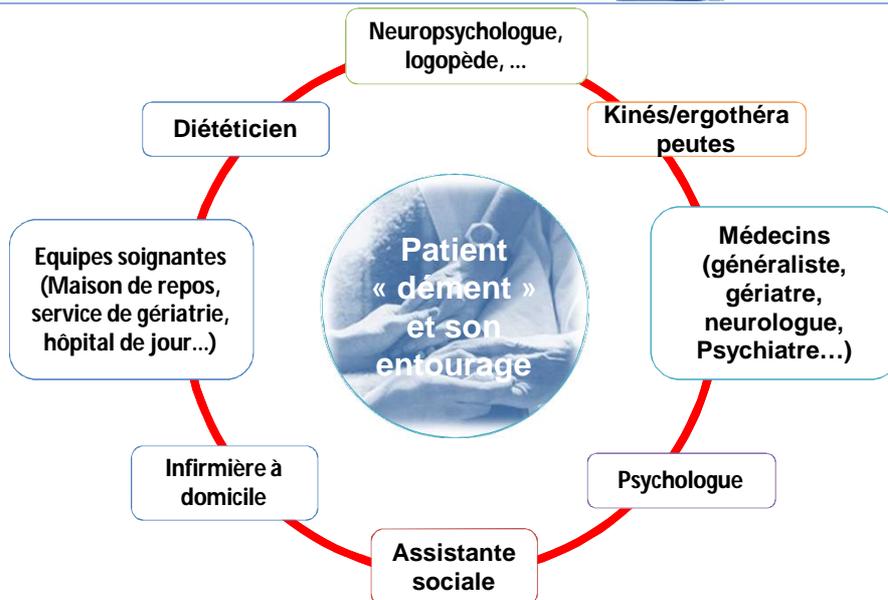


Bien être de l'aidant = qualité de vie du patient

B. Traitement thérapeutique



Hôpital
Erasmé  ULB



CONCLUSION: A retenir...

- La dépression du sujet âgé est insuffisamment reconnue. La **diagnostiquer** permet d'améliorer la qualité de vie du sujet (attention au sous et sur-diagnostic).
- La dépression ne fait pas partie du **processus normal de vieillissement**.
- Elle peut prendre différents **masques**.
- En tant que soignant, **être vigilant aux signes de dépression** (humeur dépressive, douleur morale, troubles du sommeil et de l'appétit, auto dépréciation, idées suicidaires...) en allant à la recherche de plaintes non exprimées spontanément.
- Importance du **diagnostic différentiel** avec la **démence**

CONCLUSION: A retenir...

- **Interventions** auprès du patient âgé inclues également son entourage (bien-être de l'aidant = qualité de vie de l'aidant).
- Nécessité d'un travail **interdisciplinaire!!!**

CONCLUSION:

(Anna Freud; La vie comparée à une partie d'échecs)

*« Les premiers coups sont très importants,
mais tant que la partie n'est pas terminée, il reste de
jolis coups à jouer »*



Merci de votre attention!!!

BIBLIOGRAPHIE

- AMORE, M. & al. (2007). Subtypes of depression in dementia, Arch. Gerontol. Geriatrics suppl., 1, 23-33.
- ARBUS, C. & ANDRIEU, S. et al. (2003). Symptômes dépressifs dans la maladie d'Alzheimer: résultats préliminaires de l'étude REAL.FR, la revue de Minterne, 325-332.
- BOUISSON, J. (2005). Psychologie du vieillissement et vie quotidienne, Marseille: Solal.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (2002). Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod.
- CHARAZAC, P. (2011). L'aide-mémoire de psycho-gériatrie. Paris: Dunod.
- DELALOYE, C. (2010), Troubles cognitifs et affect dépressif, Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé, Médecine et Hygiène pour l'édition française.
- DELAMARRE, C. (2007). Démence et projet de vie. Accompagner les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée. Paris: Dunod.
- DEMOURES, G. & STRUBEL, D. (2006). Prise de soin du patient Alzheimer en institution. Issy les Moulineaux: Masson.
- FAYE, P. & al. (2010). Pathologie de l'aînée endeuillée: Entre dépression, démence et culpabilité: à propos d'un cas. Perspectives Psy, 49, 57-60.
- FERREY, G. & LE GOUES, G. (2010). Psychopathologie du sujet âgé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Soins gériatrie, 97, septembre/octobre 2

BIBLIOGRAPHIE

- GIANNOKOPOULOS, P. et GAILLARD, M. (2010), Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé, Médecine et Hygiène pour l'édition française.
- KHOSRAVI, M. (1995). La vie quotidienne du malade d'Alzheimer, Paris: Dain éditeurs.
- KOBAYASHI, T. & KATOS, S. (2011). Depression-dementia medius: Between depression and the manifestation of dementia symptoms. Psychogeriatrics, 11, 177-182.
- MICHON, A. (2010), la maladie d'Alzheimer, Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé, Médecine et Hygiène pour l'édition française.
- THOMAS, P. & HAZIF-THOMAS, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontologie et société, 126, 141.
- THOMAS, P. & HAZIF-THOMAS, C. (2012). Dépression chez la personne âgée, La revue de gériatrie, 37, 4, 247-255.
- VANDERMEYDEN, J-E. & KENNES, B. (2009). La prise en charge des démences: Approches transdisciplinaire du patient et de sa famille Alzheimer, Parkinson et autres démences. Bruxelles, De Boeck.
- VON GUNTEN, A. (2010), le syndrome démentiel: typologie, sémiologie et approches thérapeutiques, Abrégé de psychiatrie de l'âge avancé, Médecine et Hygiène pour l'édition française.
- SELMES, J. (2011). La maladie d'Alzheimer. Accompagnez votre proche au quotidien. Paris: John Libbey Eurotext.