

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2015

N° 108

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Psychiatrie

par

Adeline HUILLE épouse DELALANDE

née le 4 Mars 1986 à Pithiviers

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2015

**Troubles unipolaires et bipolaires de l'âge :
comparaison des aspects cliniques de deux groupes
de patients traités par électroconvulsivothérapie
pour dépression.**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Madame le Docteur Jennyfer CHOLET

« *Seule l'erreur est créatrice* »
Alain Damasio

Remerciements

À toi. Au bonheur de vivre ensemble et de partager cette chose si merveilleuse qu'est notre amour.

À mes parents et ma famille, les présents et ceux qui restent dans nos mémoires. Merci pour le germe ! L'eau et l'engrais depuis toutes ces années.

À mes amis, les anciens et les nouveaux.

À la famille nantaise qui a insufflé de la joie et de la bonne humeur dans cette période trouble qu'est l'internat.

Merci au Professeur Jean-Pierre Clément pour m'avoir donné le goût de la psychiatrie.

Merci aux équipes des différents services dans lesquels j'ai réalisé mes stages, pour l'accueil et la richesse des expériences partagées.

Merci au Professeur Vincent Camus pour la diversité de son enseignement au cours du DIU de psychopathologie de la personne âgée.

Merci au Professeur Jean-Marie Vanelle pour sa bienveillance et les connaissances acquises au sein de son service.

Merci au Professeur Jean-Luc Venisse pour son enseignement durant mon internat.

Merci au Docteur Samuel Bulteau pour les discussions stimulantes et son amitié.

Merci infiniment au Docteur Jennyfer Cholet de m'avoir toujours aiguillé dans la bonne direction, pour son soutien et sa patience tout au long de ce travail de thèse.

Merci à Emeline pour ses relectures et ses avis judicieux.

Table des matières :

Listes des abréviations :	6
PARTIE I : Cas clinique	7
1 Histoire des troubles de l'humeur	7
2 Situation socio-familiale	8
3 Antécédents médico-chirurgicaux	8
4 Antécédent psychiatrique	8
5 Traitement à son entrée	8
6 Présentation clinique à son admission	9
7 Tableau clinique durant son hospitalisation	9
7.1 Au niveau psychiatrique.....	9
7.2 Au niveau somatique	10
8 Évolution durant son hospitalisation	10
8.1 Durant les 3 premiers mois.....	10
8.2 Deuxième partie de l'hospitalisation	11
8.3 Traitement de sortie	12
9 Prise en charge des symptômes résiduels	12
10 Éléments du cas clinique questionnant la bipolarité	13
10.1 Hypomanie versus « veuvage-libération »	13
10.2 Clinique des épisodes dépressifs	13
10.3 Symptômes dépressifs résiduels.....	13
10.4 Éléments sur la personnalité et le tempérament.....	14
10.5 Éléments non en faveur d'un trouble bipolaire.....	14
11 Conclusion sur ce cas clinique	15
PARTIE II : Étude rétrospective sur les aspects cliniques de sujets de plus de 60 ans traités par électroconvulsivothérapie pour dépression au CHU de Nantes entre janvier 2012 et décembre 2014, comparaison du groupe unipolaire au groupe bipolaire.....	16
1 Introduction	16
1.1 Présentation clinique de la dépression majeure chez le sujet âgé.....	16
1.2 Prévalence de la dépression majeure chez l'âge.....	17
1.3 Facteurs de risque de la dépression chez l'âge.....	18
1.4 La prévalence du trouble bipolaire chez l'âge	18
1.5 Impact des dépressions sur les personnes âgées	18
1.5.1 En terme de mortalité	18
1.5.1.1 Mortalité des troubles de l'humeur en général.....	18
1.5.1.2 Mortalité des troubles de l'humeur du sujet âgé.....	19
1.5.2 En terme de comorbidités.....	19
1.5.2.1 Comorbidités psychiatriques.....	19
1.5.2.2 Comorbidités somatiques	19
1.5.2.3 Comorbidités neurocognitives.....	20
1.5.2.4 Handicap et autonomie fonctionnelle.....	21
1.6 Différenciation des dépressions majeures unipolaires et bipolaires	21
1.6.1 Enjeux pronostiques et thérapeutiques	21
1.6.2 Arguments cliniques permettant de distinguer la dépression bipolaire de la dépression unipolaire	22
1.7 Place de l'électroconvulsivothérapie dans le traitement de la dépression du sujet âgé 23	
1.8 Objectifs de l'étude	24
2 Matériels et méthodes	25
2.1 Description de l'étude	25
2.2 Faisabilité et déroulement de l'étude	25
2.3 Définition de la population.....	26
2.3.1 Les critères d'inclusion.....	26

2.3.2	Les critères de non inclusion	26
2.4	Critère de jugement principal	27
2.5	Critères de jugement secondaires.....	27
2.5.1	Pour les variables socio-démographiques.....	27
2.5.2	Pour les données cliniques	28
2.5.3	Pour les données cognitives.....	28
2.5.4	Pour les données thérapeutiques	29
2.6	Analyses statistiques.....	29
2.6.1	Choix concernant la prise en compte des données manquantes.....	29
2.6.2	Réalisation des tests statistiques	29
3	Résultats.....	31
3.1	Description de la population	31
3.1.1	Données démographiques	31
3.1.2	Environnement social	31
3.1.3	Type clinique et antécédent psychiatrique.....	32
3.1.4	Facteur de risque cardio-vasculaire	32
3.2	Évaluation par les échelles (hétéroévaluation).....	33
3.2.1	Symptomatologie dépressive.....	33
3.2.2	Aspect cognitif.....	33
3.3	Stratégies thérapeutiques.....	34
3.4	Corrélations	36
3.4.1	Corrélations entre le type de trouble de l'humeur et les échelles d'évaluation	36
3.4.1.1	Patients unipolaires.....	36
3.4.1.2	Patients bipolaires de type 1.....	37
3.4.1.3	Patients bipolaires de type 2.....	38
3.4.2	Corrélations entre la MADRS et les échelles cognitives.....	39
3.4.2.1	Corrélation entre le score total de la MADRS et les échelles cognitives	39
Aucune corrélation n'est retrouvée entre le score global de la MADRS et les évaluations cognitives.....		39
3.4.2.2	Corrélations entre la sous-dimension difficulté de concentration de la MADRS et les échelles cognitives	40
3.4.3	Corrélations entre l'âge et les scores aux différentes échelles.....	40
3.4.4	Corrélations entre les facteurs de risque cardio-vasculaire et les scores des échelles cognitives.....	41
3.4.5	Corrélations entre la présence de symptômes psychotiques et les différentes échelles.....	41
3.4.6	Corrélations entre les antécédents d'ECT et les échelles cognitives	42
4	Discussion	43
4.1	Données principales de l'étude	43
4.1.1	Population de l'étude.....	43
4.1.2	Dépression majeure du sujet âgé.....	43
4.1.3	Différences cliniques entre dépression majeure unipolaire et bipolaire chez la personne âgée	44
4.1.4	Stratégies thérapeutiques	45
4.2	Biais et limitations de l'étude.....	46
4.3	Perspectives.....	47
5	Conclusion	49
	Références :	51
	Table des annexes :	56

Listes des abréviations :

AGGIR	Autonomie, gérontologie groupe iso-ressources
AMM	Autorisation de mise sur le marché
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APA	Antipsychotique atypique
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM-10	10 ^{ème} classification internationale des maladies
DM	Dépression majeure
DSM-5	Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5
ECG	Electrocardiogramme
ECT	Electroconvulsivothérapie
EOB	Early onset bipolar disorder
FdRCV	Facteur de risque cardiovasculaire
GIR	Groupe iso-ressources
GNEDS	Groupe nantais d'éthique dans le domaine de la santé
GRECO	Groupe de réflexion sur les évaluations cognitives
HAS	Haute autorité de santé
HDJ	Hôpital de jour
HTA	Hypertension artérielle
IRSNa	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISM	Indice standardisé de mortalité
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
LOB	Late onset bipolar disorder
MADRS	Montgomery-Asberg depression rating scale
MDQ	Mood disorder questionnaire
MMSE	Mini mental state examination
MoCA	Montréal cognitive assessment
OMS	Organisation mondiale de la santé
PST	Problem Solving Therapy
rTMS	Repetitive transcranial magnetic stimulation
SCORE	Systematic coronary risk evaluation
TB	Trouble bipolaire
TU	Trouble unipolaire

PARTIE I : Cas clinique

Il s'agit de Mme S, âgée de 79 ans, hospitalisée en service de psychiatrie ouvert de juin 2013 à février 2014, en soins libres, pour épisode dépressif depuis 1 mois.

1 Histoire des troubles de l'humeur

- Épisodes d'hyperactivité suite au décès de son mari entre 2002 et 2008 avec augmentation de ses activités quotidiennes, réduction de son temps de sommeil sans fatigue, peu de tristesse malgré son deuil. Ses filles rapportent un dynamisme important avec hyperactivité et exaltation de son humeur par moment, non habituelles chez leur mère. Ces épisodes duraient plusieurs mois, ils ont été spontanément résolutifs.
- Épisode dépressif en 2008 avec deux hospitalisations en clinique psychiatrique (5 mois en tout), réalisation de 6 séances d'ECT. Épisode dépressif caractérisé d'intensité modéré avec un vécu de persécution par rapport à son voisinage. A eu durant cet accès de nombreux antidépresseurs. Les traitements qui s'étaient avérés les plus efficaces sont la mirtazapine et l'amitriptyline.
- Début de douleur endo-buccale en mai 2012 : consultation neurologique avec scanner cérébral et facial ainsi qu'une scintigraphie osseuse ne retrouvant pas d'anomalie. Essai de la carbamazépine (jusqu'à 400 mg/j) pendant un mois, qui est mal tolérée sur le plan digestif. Elle est hospitalisée en juillet 2012 en service de psychiatrie de secteur pour recrudescence des douleurs et épuisement psychique en lien. La présentation thymique apparaît mixte initialement (absence de ralentissement psychomoteur, pas de perte de motivation, irritabilité, vécu délirant avec idées de persécution et hallucinations cénesthésiques, expression d'un sentiment de culpabilité sans tristesse), puis passage à un tableau de dépression caractérisée d'intensité modérée avec perte important de l'élan vital. Mme S est sortie après deux mois d'hospitalisation : disparition du vécu douloureux et amélioration thymique franche mais noyau anhédonique et adynamique persistant avec une anxiété d'anticipation. Les soins à la sortie comprenaient des activités un jour par semaine en hôpital de jour (HDJ) gérontopsychiatrique, le traitement par amitriptyline (20.20.40 gouttes), mirtazapine (45 mg le soir), diazépam (5.5.15 gouttes), rispéridone (2 mg le soir), lormétazépam (1 mg le soir) et un suivi psychiatrique libéral mensuel.

2 Situation socio-familiale

Mme S est veuve depuis 2002. Elle entretient depuis 7 ans une relation avec son cousin.

La patiente a deux filles, Christine et Marie-Andrée qui habitent sur Nantes, elles sont très impliquées auprès de leur mère. Elle a trois petites-filles.

Elle vit seule en appartement à Nantes. Elle possède une maison de campagne où elle allait régulièrement jusqu'en 2008.

Elle n'a pas d'aide à domicile mais effectue ses courses avec ses filles.

Elle sort peu de chez elle en dehors des courses et de sa journée d'activités à l'HDJ de gérontopsychiatrie un jour par semaine.

Elle n'a pas de mesure de protection mais l'une de ses filles gère ses démarches administratives.

Elle a travaillé de 16 à 60 ans en tant que gouvernante auprès de plusieurs familles.

Sur le plan scolaire, elle a obtenu le certificat d'études.

Elle a obtenu le permis de conduire avec une de ses petites-filles en 2007 mais elle ne conduit plus depuis un an.

3 Antécédents médico-chirurgicaux

Aucun

4 Antécédent psychiatrique

Deux épisodes dépressifs caractérisés et des phases d'hyperactivité rapportées par son entourage depuis 2002.

Pas d'antécédents psychiatriques antérieurs à 2002.

Pas de tentative de suicide.

Pas d'addiction retrouvée.

Pas de notion d'antécédent psychiatrique familial.

5 Traitement à son entrée

Amitriptyline 10.10.30 gouttes

Diazépam 10 mg 0.0.0.1

Mirtazapine 15 mg 0.0.3

Lormétazépam 1mg 0.0.0.1

Rispéridone 2mg 0.0.1

6 Présentation clinique à son admission

La patiente présente un important ralentissement psychomoteur, une tristesse de l'humeur sans idée suicidaire accompagnée d'une anhédonie, d'une aboulie et une asthénie majeure. On retrouve une perte d'appétit et des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement et réveils précoces). Elle se plaint essentiellement de la reprise des douleurs endo-buccales qui génèrent beaucoup d'anxiété.

Il n'est pas retrouvé de facteur déclenchant à ce nouvel épisode dépressif et il n'y a pas eu d'arrêt de traitement ou de rupture de son suivi psychiatrique.

7 Tableau clinique durant son hospitalisation

7.1 Au niveau psychiatrique

La patiente se présente avec le visage figé sur une expression sévère avec sourcils froncés. Elle est amémique, ses cheveux blancs sont tirés en arrière, on note la persistance d'une tenue soignée. On constate une raideur corporelle avec une réticence à se déplacer et une lenteur de ses mouvements. En effet, le moindre geste semble lui demander beaucoup d'énergie. Le contact est fermé avec le regard baissé, les réponses aux questions sont inconstantes avec un temps de latence important. Elle prend peu la parole spontanément et uniquement pour faire état de ses douleurs physiques.

Elle exprime aussi une culpabilité en lien avec les dernières volontés de son mari qu'elle n'aurait pas respectées (s'occuper de leur maison de campagne notamment). On constate un pessimisme avec anticipation négative. Mais il n'existe pas d'idée suicidaire ou d'incurabilité.

Associé à ce tableau dépressif, on retrouve un vécu hallucinatoire cénesthésique prédominant au niveau oro-pharyngé. Elle décrit de façon très imagée des sensations douloureuses atypiques (« il y a une spatule dans mon double palais », « il y a des épingles dans mes gencives », « comme des petites épingles à linges qui pincent »), ce qui l'empêche selon elle de parler et de mâcher. Elle se plaint aussi d'une dysphagie, nous dit que les aliments solides y compris les comprimés ne passent pas (« ils sont bloqués dans ma gorge »). Elle a aussi l'impression de sécréter dans sa bouche une substance « visqueuse », « sale » qui contamine son corps. Elle est régulièrement surprise à cracher au dessus de son lavabo. Elle décrit parfois la sensation d'avoir la tête vide et de ne pas pouvoir tenir debout car « mes jambes ne me tiennent pas », « mes jambes rentrent dans mon corps ».

Les angoisses sont majeures vis-à-vis de ses ressentis corporels. Elle pense par moment que tout cela est la conséquence d'une punition divine mais peut aussi le mettre en doute.

Sur le plan cognitif, associés au ralentissement idéique, on note des troubles de la concentration, de l'attention et des troubles mnésiques antérogrades. La MoCA (Montréal Cognitive Assessment) est à 17 sur 30 avec des erreurs sur les parties exécutives, attentionnelles et mnésiques.

Sur le plan psychiatrique à ce stade de l'évaluation, on conclut donc à un épisode dépressif d'allure mélancolique avec un syndrome de Cotard associé bien que nous ne retrouvons pas de vécu d'immortalité.

7.2 Au niveau somatique

La patiente présente des fluctuations de son poids au cours de l'hospitalisation (64 kg à l'entrée pour 1,54m – Indice de Masse Corporelle à 27), perte de 3 kg lors du 2ème mois d'hospitalisation (soit 4,7 % de sa masse corporelle), qu'elle reprend ensuite le mois suivant. Nous constatons une deuxième période de perte de poids (- 2kg) en septembre. Son poids ne varie plus par la suite. Le bilan nutritionnel fait en août revient normal (albumine à 37 g/l, pré-albumine à 0,2 g/l, folates à 0,9 ng/ml, vitamine D à 42 ng/l).

Son sommeil est altéré avec des difficultés d'endormissement et des réveils multiples. L'impact des médicaments demeure partiel sur ses troubles du sommeil.

Un RDV avec un stomatologue est effectué au début d'hospitalisation, qui ne retrouve pas de problème spécifique.

Elle ne présente pas de complication somatique durant son hospitalisation, en dehors d'une infection urinaire en septembre.

8 Évolution durant son hospitalisation

8.1 Durant les 3 premiers mois

L'état psychique de Mme S se modifie peu malgré l'hospitalisation, les modifications thérapeutiques entreprises (avec une majoration de l'amitriptyline jusqu'à 100 mg par jour, de la rispéridone à 4 mg par jour, du diazépam à 10 mg par jour puis un relais par de la cyamémazine 10 mg jour et 25 mg si besoin en journée et l'ajout de l'hydroxyzine 25 mg au coucher) et l'accompagnement par l'équipe soignante pour les gestes de la vie quotidienne

et les activités du service. À partir de la 3^{ème} semaine d'hospitalisation, la patiente reprend l'HDJ de gérontopsychiatrie.

Finalement à partir d'août la patiente présente une amélioration thymique progressive avec une diminution de son ralentissement psychomoteur, la reprise de certaines activités de façon spontanée et avec du plaisir (lecture, visite de ses proches, sorties dans le parc, télévision). En entretien, elle n'est plus réticente pour parler et retrace son histoire de vie. Cependant les symptômes délirants sont toujours présents même s'ils sont critiqués et moins anxiogènes pour la patiente. Une sortie du service est évoquée et en cours d'organisation lorsque fin septembre l'état thymique se dégrade à nouveau.

8.2 Deuxième partie de l'hospitalisation

Durant cette période, les perturbations émotionnelles sont au premier plan avec une grande tristesse clairement exprimée (pleurs fréquents). Elle évoque des ruminations sur le décès de son mari (date exacte de sa mort non connue) et les événements douloureux de sa vie. Elle exprime des idées de culpabilité importantes et de dévalorisation par rapport à son état de santé. Elle n'accepte pas son vieillissement qui a entraîné des modifications corporelles et la diminution de son indépendance, tout cela renforcé par les épisodes dépressifs successifs. En effet depuis 2008 elle s'appuie de plus en plus sur ses filles. Elle se trouve dans le refus de sa perte d'autonomie. On constate alors une majoration de son anxiété avec l'apparition d'attaques de panique nocturnes (sensations d'étouffement, crainte de ne plus réussir à respirer ou déglutir). C'est dans ce contexte qu'une demande de sismothérapie sans urgence est effectuée début octobre (MADRS réalisée lors de la consultation à 27 sur 60). Mme S débute les séances en novembre 2013. Ses traitements sont modifiés dans l'intervalle (passage à la quétiapine à 300 mg en relais de la rispéridone et arrêt progressif de l'amitriptyline).

La cure de sismothérapie (14 séances) amène une importante amélioration clinique : levée du ralentissement psychomoteur, disparition complète du vécu délirant et des attaques de panique, amélioration du sommeil et de l'appétit. Cependant la patiente n'est pas en rémission à un mois de la fin des séances (MADRS à 14 sur 60). Certains symptômes persistent : difficulté à initier des activités et à éprouver du plaisir, pessimisme avec anticipation anxieuse de l'avenir et perturbations cognitives avec une MoCA à 21 sur 30 à un mois de la dernière séance d'ECT (erreur sur le calcul, le rappel, la fluence verbale, l'attention).

Des permissions avec ses filles sont effectuées pour diminuer l'anxiété de la patiente en lien avec une sortie du service. Un projet d'hébergement en maison de retraite est envisagé

(autonomie évaluée à GIR 4) avec visites et demandes dans plusieurs établissements, réalisées par Mme S et ses filles.

Dans l'attente de cette entrée en institution, un retour à domicile est organisé avec un étayage important :

- Aides à domicile une heure par jour pour aide à la toilette et préparation des repas 5 jours sur 7
- Activités à l'HDJ de gérontopsychiatrie un jour par semaine
- Visite d'une infirmière de secteur psychiatrique à domicile tous les 15 jours
- Consultation psychiatrique mensuelle

8.3 Traitement de sortie

Quétiapine 400 mg LP 0.0.1

Mirtazapine 15 mg 0.0.3

Hydroxyzine 25mg 0.0.0.1

Lormétazépam 1mg 0.0.0.1 si besoin

Sulfarlem® 25 mg 2.2.2

9 Prise en charge des symptômes résiduels

Afin de traiter les symptômes dépressifs résiduels de Mme S, plusieurs thérapeutiques ont été tentées. L'essai de la lamotrigine a entraîné un érythème polymorphe. L'essai du lithium a provoqué l'apparition rapide d'une insuffisance rénale avec diminution de la clairance de la créatinine à 47ml/mm après deux semaines de traitement.

Par la suite et devant l'impact des troubles sur la qualité de vie de la patiente, une cure de rTMS de 3 semaines à raison de 5 séances hebdomadaires a été réalisée avec un temps d'hospitalisation de semaine. Des effets positifs ont été perçus par la patiente durant quatre mois avec une plus grande facilité à initier des activités, une amélioration des relations avec ses proches (ses filles la trouvant plus présente et chaleureuse) et des capacités de concentration (parvenait à lire 1h 30). Il n'y a pas d'amélioration du score de la MoCA (21 sur 30) après la cure. La rTMS n'est pas poursuivie.

10 Éléments du cas clinique questionnant la bipolarité

10.1 Hypomanie versus « veuvage-libération »

Les phases d'hyperactivité après le décès de son mari sur une période de 6 ans questionnent l'existence d'un trouble bipolaire chez cette patiente. Ces moments d'augmentation des activités sont reconnus par Mme S et ses filles mais il reste difficile de savoir s'ils correspondent à d'authentiques phases d'hypomanie. De plus, cette période paraît idéalisée lors de la rémission par la patiente et ses filles (mise en avant du dynamisme, de l'autonomie de la patiente et des prises d'initiatives comme le passage du permis de conduire avec une de ses petites-filles à 73 ans ; rendant pour elles, plus difficile encore la présence de symptômes résiduels.

L'hypothèse de la présence d'épisodes hypomanes dans les suites de son veuvage peut s'opposer au concept de « veuvage-libération » (1). Mme S parle peu de la relation avec son mari, elle évoque surtout des mandats qu'il lui aurait donnés avant de mourir : s'occuper de leur maison secondaire, continuer à prendre soin de leurs filles. Il est possible que sa mort ait permis de nouveaux investissements, une remobilisation de soi, entraînant un regain d'énergie et en effet une tristesse non exprimée devant un nouveau mode de fonctionnement s'offrant à elle avec une plus grande indépendance.

Il aurait été intéressant en période de rémission de faire une évaluation, avec par exemple, le questionnaire de trouble de l'humeur de Hirschfeld (MDQ) (2) afin de préciser les éventuels symptômes hypomanes.

10.2 Clinique des épisodes dépressifs

Certains symptômes peuvent être en faveur d'un trouble bipolaire : épisode dépressif mixte, symptômes délirants congruents à l'humeur, saisonnalité des épisodes avec début en mai et récurrence avec 3 épisodes en 5 ans et de la résistance aux antidépresseurs. Mme S a en effet bénéficié de plusieurs classes thérapeutiques à doses et posologies efficaces y compris un tricyclique sans rémission totale des troubles.

10.3 Symptômes dépressifs résiduels

Ces symptômes sont constatés dès le deuxième épisode dépressif avec une diminution nette des occupations.

On note aussi des troubles cognitifs mais non explorés à distance des ECT et de la rTMS. Une évaluation fine de ceux-ci pourrait mettre en avant des altérations cognitives spécifiques des patients souffrant de troubles bipolaires.

10.4 Éléments sur la personnalité et le tempérament

On retrouve certains traits de personnalité chez Mme S qui se regroupent sur une modalité anankastique avec une rigidité, la préoccupation pour des détails, le soucis de donner une bonne image de soi et une modalité dépendante puisque l'on constate la difficulté à prendre des décisions par elle-même, le besoin d'être rassurée afin de finalement faire un choix. Elle autorise aussi les autres à prendre des décisions pour elle. Mme S explique un sentiment de malaise quand elle est seule et sa dépendance affective peut l'entraîner à avoir des comportements régressifs pour limiter des abandons imaginaires.

Lors de la phase d'état des troubles dépressifs, il est plus difficile de déterminer des traits de personnalité spécifiques car ils sont en partie masqués par les symptômes thymiques. Nous notons cependant plus de comportements ayant attiré à la personnalité dépendante : recherche de la présence des soignants ou de sa famille, quête de réassurance, besoin de personne auprès d'elle pour prendre des décisions ou initier des actions. Il est probable aussi que le maintien d'une apparence soignée malgré l'importance des symptômes dépressifs tient de traits de personnalité anankastique.

Ses principaux traits de personnalités ont eu un impact sur sa prise en charge car ils ont pu renforcer les cognitions dépressives et rendre difficile la sortie du service psychiatrique.

Par ailleurs, d'après les descriptions faites par Mme S et ses filles, il n'y a pas d'élément en faveur de la présence d'un tempérament affectif (cyclothymique, irritable, dysthymique ou hyperthymique) en période inter-critique tel que détaillé par Akiskal (3).

10.5 Éléments non en faveur d'un trouble bipolaire

Plusieurs éléments ne sont cependant pas en faveur d'un trouble bipolaire, à savoir :

- L'absence de décompensation thymique durant le post-partum.
- L'absence d'antécédent de trouble de l'humeur identifié au sein de la famille.
- L'absence d'hyperréactivité émotionnelle.
- Ainsi que l'absence de virage sous antidépresseur sans thymorégulateur.

11 Conclusion sur ce cas clinique

Il est difficile pour cette patiente de retenir avec certitude le diagnostic de trouble bipolaire de type 2. La stratégie thérapeutique en est d'ailleurs le reflet (mirtazapine 45 mg/jour et quétiapine à 400 mg/jour). Mais des thymorégulateurs ont été essayés pour améliorer la symptomatologie restante et l'ajout d'un nouvel antidépresseur a été évité. La rTMS a ensuite été proposée, pour éviter les effets indésirables des traitements plus fréquents à cet âge.

Ce cas illustre bien la complexité de la prise en charge des patients âgés souffrant de troubles de l'humeur. Du fait des questionnements posés par cette situation clinique, j'ai voulu étudier plus en avant les différences cliniques qu'il peut exister entre les états dépressifs des patients unipolaires et bipolaires à travers l'étude qui suit, afin de pouvoir repérer de façon précoce des éléments d'orientation vers le diagnostic de bipolarité pour espérer traiter de façon plus spécifique, efficace et rapide les patients âgés dépressifs.

PARTIE II : Étude rétrospective sur les aspects cliniques de sujets de plus de 60 ans traités par électroconvulsivothérapie pour dépression au CHU de Nantes entre janvier 2012 et décembre 2014, comparaison du groupe unipolaire au groupe bipolaire

1 Introduction

La population mondiale vieillit. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) le nombre de personnes âgées, c'est-à-dire âgées de plus de 60 ans, devrait doubler entre 2000 et 2050, passant de 11 % de la population à 22 %. Parmi ces adultes âgés, 15 % souffrent de troubles mentaux sachant que la dépression et les démences en représentent les deux principales causes (4).

Selon la CIM-10 (5), la dépression se caractérise par un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées à une fatigue importante. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation. C'est un état qui dure au moins 15 jours.

La dépression majeure (DM) peut avoir une intensité légère, modérée ou sévère. Elle est aussi caractérisée par la présence ou non de symptômes psychotiques.

La dépression peut se rencontrer dans le cadre de troubles de l'humeur unipolaire (TU) (récurrence d'épisodes dépressifs) et dans le cadre de troubles de l'humeur bipolaire (TB) (alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes d'élévation de l'humeur : hypomane ou maniaque).

1.1 Présentation clinique de la dépression majeure (DM) chez le sujet âgé

La dépression chez l'âgé est définie dans les classifications internationales selon les mêmes critères que celle de l'adulte jeune, sans tenir compte des impacts physiologiques et psychosociaux que peut entraîner le vieillissement.

En effet, la présentation clinique à cet âge peut prendre des formes atypiques. On rencontre ainsi plus souvent un masque somatique, les personnes âgées allant plus facilement chez le médecin pour une plainte somatique que pour une exprimer une souffrance morale. Dans

d'autres cas, les troubles cognitifs sont au premier plan : c'est la forme pseudo-démentielle. Elle rend complexe la distinction entre dépression avec troubles cognitifs et démence avec troubles dépressifs, et ce d'autant que l'âge de début de la dépression pour ces deux formes serait comparable (6). L'étude de Hesper *et al.* (2013) (7) montre que la dépression est un facteur de risque de démence quand elle apparaît après 75 ans.

D'autre part, plusieurs études (8), (9), (10), (11) ont retrouvées des différences entre la présentation clinique des DM de l'adulte jeune et de l'adulte âgé, elles sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

L'ensemble de ces caractéristiques cliniques rend le diagnostic de dépression plus complexe à élaborer chez le sujet âgé, dont le diagnostic de dépression est moins souvent posé par rapport à l'adulte jeune (12).

Caractéristiques des épisodes dépressifs	Sujet jeune	Sujet âgé
Durée plus longue des épisodes	-	+
Rémission de moins bonne qualité	-	+
Dépression plus souvent sévères	-	+
Dépression mélancolique	-	+
Symptômes psychotiques	-	+
Perte d'estime de soi	-	+
Pessimisme	-	+
Troubles du sommeil	-	+
Hypersomnie	+	-
Perte d'appétit	+	-
Perte de poids	+	-

1.2 Prévalence de la dépression majeure (DM) chez l'âgé

De nombreuses études descriptives sur les troubles psychiques ont été réalisées auprès de la population âgée et la plupart de ces études calculent les prévalences pour les personnes de plus de 65 ans.

La prévalence en population générale de la DM chez le sujet âgé de plus de 65 ans se situe entre 1,3 % (10) et 5,9 % (13) avec une nette prédominance féminine. Des résultats semblables ont été retrouvés dans une étude française sur des personnes de plus de 65 ans avec une prévalence de 3,1 % (1,8 % pour les hommes et 4 % pour les femmes) (14).

Les études montrent globalement une prévalence inférieure à celle retrouvée pour la population adulte jeune. Les auteurs mettent en avant différentes explications devant ce constat : la surmortalité dans les troubles affectifs (par suicide ou causes naturelles), l'absence de critères diagnostiques spécifiques et la présence de comorbidités (notamment neurologiques) pouvant se surajouter et qui rendent le diagnostic plus difficile à poser.

1.3 Facteurs de risque de la dépression chez l'âgé

Différents facteurs de risque de dépression chez l'âgé ont été identifiés : le sexe féminin, le veuvage, la présence de troubles du sommeil, le handicap et un antécédent de dépression (15). D'autres études retrouvent, en sus, l'isolement, la présence de pathologies somatiques associées et la perte d'autonomie (16).

Concernant les personnes âgées vivant en maison de retraite ou en établissement de soins de longue durée, les facteurs de risque de dépression reconnus sont la présence d'une douleur, les troubles visuels, les déficits fonctionnels, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les troubles cognitifs sévères, le diabète, les symptômes dépressifs mineurs, un trouble délirant, le manque de soutien social, la perception par le sujet de soins non adaptés (17), (18).

1.4 La prévalence du trouble bipolaire (TB) chez l'âgé

Au sein de la population générale de plus de 65 ans, selon la méta-analyse de Depp *et al.* (2004) (19), on retrouve une fréquence du TB entre 0,1 % et 1,6 %. La prévalence du TB pour les patients âgés admis en psychiatrie est d'environ 10 %.

Le *sex-ratio* indique une prédominance féminine de 2 pour 1.

On peut distinguer dans cette population de patients bipolaires âgés différentes formes selon l'âge de début des troubles : soit précoce, Early Onset Bipolar disorder (EOB), soit tardif (après 50 ans) Late Onset Bipolar disorder (LOB). Les spécificités cliniques de ces deux sous-groupes restent débattues (épisode dépressifs moins sévères, nombre moindre d'épisodes maniaques, moins de tentatives de suicide chez les LOB). Une étude met clairement en avant que les patients LOB sont en rémission plus rapidement que les EOB (20) ce qui peut justifier de l'intérêt de distinguer ces deux populations.

1.5 Impact des dépressions sur les personnes âgées

1.5.1 En terme de mortalité

1.5.1.1 Mortalité des troubles de l'humeur en général

Une augmentation de la mortalité sur la vie entière a été constatée sur des groupes de patients TB et TU.

L'indice standardisé de mortalité (ISM) correspond au rapport entre le nombre de décès effectivement observés sur une période donnée dans un échantillon de population et le nombre de décès qui seraient survenus au cours de cette même période si ce groupe avait

été soumis à la mortalité par âge de l'ensemble de la population. Un ISM supérieur à 1 indique une surmortalité de l'échantillon par rapport à l'ensemble de la population.

Dans l'étude de Ösby *et al.* (2001) (21), l'ISM est calculé à 2,5 pour les hommes bipolaires et 2,7 pour les femmes bipolaires contre un ISM de 2 dans le groupe unipolaire pour les deux sexes. La cause de décès qui augmente de façon très importante l'ISM est le suicide (ISM supérieur à 15 dans tous les groupes). Cette étude montre aussi une élévation de l'ISM liée aux causes naturelles de décès pour les patients souffrants de troubles de l'humeur, avec un indice plus élevé pour les patients bipolaires. Enfin, on constate qu'avec l'âge, l'ISM décroît fortement mais il reste significativement plus élevé pour les patients ayant reçu leur diagnostic tardivement, c'est-à-dire jusqu'à 69 ans. Ces résultats ont été confirmés dans une autre étude (22), dans laquelle les auteurs repèrent que le risque de décès par suicide est plus élevé dans l'année qui suit la première hospitalisation indépendamment du type de trouble de l'humeur, de l'âge ou du sexe.

1.5.1.2 Mortalité des troubles de l'humeur du sujet âgé

La dépression augmente la mortalité chez le sujet âgé. Il existe deux fois plus de risque sur un suivi de 3 ans dans l'étude de Blazer *et al.* (2001) (23). Dans la méta-analyse de Cuijpers *et al.* (2013) (24), le risque relatif de décès en cas de DM est évalué à 1,58 [IC 95 % 1,31-1,89] comparé aux sujets non déprimés. Dans l'étude de Köhler *et al.* (2013) (25) concernant des patients de plus de 75 ans, on note un risque relatif de décès de 1,78 pour les patients déprimés par rapport au sujet qui ne le sont pas.

Une étude montre que pour des femmes âgées souffrant de dépression sévère, l'absence de traitement antidépresseur augmente leur taux de mortalité (26).

1.5.2 En terme de comorbidités

1.5.2.1 Comorbidités psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques retrouvées dans les TB sont les troubles liés à l'usage d'alcool, l'anxiété généralisée et le trouble panique (27).

Concernant les comorbidités psychiatriques associées aux dépressions unipolaires chez l'âgé, les troubles anxieux sont fréquemment constatés, par ordre de fréquence on rencontre la phobie sociale, suivi du trouble panique sans et avec agoraphobie (28).

1.5.2.2 Comorbidités somatiques

La dépression chez la personne âgée aggrave le pronostic de nombreuses pathologies somatiques voire entraîne des complications somatiques. Les TB et les TU sont associés à

de nombreuses comorbidités somatiques mais ces deux troubles ne sont pas forcément liés aux mêmes affections somatiques ou alors dans des proportions variables.

L'étude de Forty *et al.* (2014) (29) compare l'occurrence sur la vie entière de pathologies somatiques dans trois groupes : TB, TU et groupe contrôle. Cette étude retrouve une forte prévalence d'asthme, de diabète de type 2, de dyslipidémie, d'épilepsie, d'ulcère gastrique, d'hypertension artérielle (HTA), d'arthrose et de pathologies thyroïdiennes pour le groupe de patients bipolaires. Dans le groupe de patients unipolaires, les maladies les plus fréquemment rencontrées sont l'HTA, l'arthrose, la sclérose en plaque, les pathologies thyroïdiennes et l'ulcère gastrique.

1.5.2.3 Comorbidités neurocognitives

➤ Études sur les patients unipolaires

Dzierzewski *et al.* (2015) (30) montre que les symptômes dépressifs influencent le fonctionnement cognitif chez des adultes âgés dépressifs et inversement. Les altérations cognitives s'avèrent plus ou moins importantes en fonction de l'intensité des troubles dépressifs. En effet, la présence d'un plus grand nombre de symptômes dépressifs engendre une diminution plus importante du fonctionnement cognitif. Mais, le fonctionnement cognitif de patients déprimés, en cours de traitement, n'est pas prédictif des altérations cognitives à 1 an. Il constate aussi que les troubles dépressifs chroniques entraînent une baisse globale du fonctionnement cognitif.

Un constat semblable est retrouvé dans l'étude de Shimada *et al.* (2014) (31), au sein d'une population âgée. La baisse cognitive globale chez les sujets présentant une DM est plus importante que chez les personnes ayant une dépression mineure et plus encore que chez les sujets non déprimés. Il constate des déficits sur les fonctions cognitives suivantes : mémoire, attention, fonctions exécutives et vitesse de traitement de l'information.

➤ Études sur les patients bipolaires

Il est démontré que les sujets bipolaires présentent des troubles cognitifs, comme le résume la méta-analyse de Bourne *et al.* (2013) (32), concernant des adultes bipolaires en période euthymique. Il constate la présence de troubles cognitifs chez ces patients bipolaires après ajustement avec l'âge, le sexe, le quotient intellectuel. Ces troubles cognitifs résiduels sont associés au nombre d'épisode thymique, au nombre d'épisode maniaque et au nombre d'hospitalisation pour un épisode dépressif.

Dans l'étude de Depp *et al.* (2007) (33), qui porte sur des personnes de 45 ans et plus, on note des troubles cognitifs chez les patients TB qui touchent le fonctionnement cognitif global, l'attention, la mémoire de travail, la mémoire visuelle, la mémoire verbale, la vitesse

de traitement de l'information et la résolution de problème. L'étude de Schouws *et al.* (2010) (34) relative à des sujets bipolaires de plus de 60 ans, montre que les facteurs de risque d'altération cognitive chez les sujets bipolaires sont les facteurs de risque cardiovasculaires et le nombre d'hospitalisations en psychiatrie.

➤ En conclusion sur les comorbidités neurocognitives

Les troubles cognitifs apparaissent comme un critère essentiel chez l'agé dans le diagnostic des troubles de l'humeur avec cependant plusieurs différences entre les TU et les TB. En effet, pour les TU l'atteinte cognitive semble corrélée à l'intensité des symptômes dépressifs, mais la baisse cognitive observée durant l'épisode n'est pas associée à une baisse du fonctionnement cognitif en rémission. Dans le TB, l'altération du fonctionnement cognitif fait partie de l'évolution de la maladie avec une aggravation en fonction du nombre d'épisodes thymiques ; les dysfonctionnements cognitifs ne sont pas nécessairement liés à la présence de symptômes thymiques puisque les troubles persistent en période euthymique, mais seraient majorés selon la polarité de l'épisode.

1.5.2.4 Handicap et autonomie fonctionnelle

Chez le sujet âgé, le lien entre symptômes dépressifs et handicap a été établi comme un double lien avec une potentialisation mutuelle : la présence de l'un augmente le risque de survenue de l'autre et inversement (35). La dépression est le trouble mental qui diminue le plus l'autonomie tout au long de la vie y compris chez l'agé, ce qui augmente de façon importante les dépenses de santé au plan mondial (36).

Concernant les patients bipolaires de plus de 65 ans, une étude montre une détérioration du fonctionnement modérée à sévère pour 41,8 % des sujets (37).

1.6 Différenciation des dépressions majeures unipolaires et bipolaires

1.6.1 Enjeux pronostiques et thérapeutiques

L'impact des dépressions sur la vie des patients bipolaires en terme de fonctionnement social et familial est plus important que pour les patients unipolaires (38).

Des différences sont aussi présentes en terme de conséquences somatiques et de mortalité pour ces deux troubles. Il semble donc essentiel de les discerner afin de prévenir et d'améliorer la prise en charge des comorbidités.

De plus, les stratégies thérapeutiques ne sont pas identiques : les TB doivent être traités en priorité par des thymorégulateurs alors que la thérapeutique de référence pour les TU reste l'antidépresseur. L'utilisation d'antidépresseur sans thymorégulateur (39) chez les personnes

souffrant de TB prolonge les troubles, est à risque de virage maniaque, de résistance aux traitements, d'état mixte ou d'accélération des cycles (40).

1.6.2 Arguments cliniques permettant de distinguer la dépression bipolaire de la dépression unipolaire

La distinction entre DM unipolaire et bipolaire est un vrai défi. Ceci est d'autant plus vrai lorsque les premiers épisodes thymiques de la personne ont une polarité dépressive ou hypomanes, ces derniers n'étant pas toujours considérés par le patient comme un trouble à part entière. En effet, l'insight des patients bipolaires est plus altéré lors des épisodes à polarité maniaque (41).

Pour les patients âgés, la distinction entre TU et TB peut demeurer complexe, les troubles de l'humeur pouvant débuter tardivement. En effet, un premier épisode maniaque ou hypomane peut apparaître après 60 ans chez un patient présentant des DM récurrentes ou encore les antécédents d'élévation de l'humeur ne sont pas identifiés par le patient.

Il paraît donc essentiel de pouvoir retrouver des arguments objectifs orientant vers le diagnostic de TB.

Différents auteurs (42), (43), (44), (45) décrivent des arguments pour distinguer la DM bipolaire ou d'une DM unipolaire. Ces éléments sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Il est important de noter qu'il n'existe pas d'étude sur des éléments cliniques spécifiques qui pourraient faciliter le diagnostic de TB chez la personne âgée déprimée.

Caractéristiques des épisodes dépressifs	Trouble unipolaire	Trouble bipolaire
Début brutal des épisodes dépressifs	-	+
Durée plus brève des épisodes	-	+
Nombre plus important d'épisode	-	+
Réurrence saisonnière	-	+
Épisode durant le post-partum	-	+
Dépression mixte	-	+
Symptômes plus intenses le matin	-	+
Tristesse	+	-
Émoussement affectif	-	+
Dépression mélancolique	-	+
Idées de culpabilité	-	+
Idées de suicide	-	+
Symptômes psychotiques	-	+
Ralentissement psychomoteur plus marqué	-	+
Trouble de la concentration	-	+
Plaintes cognitives ou somatiques	+	-
Anorexie / perte de poids	+	-
Hyperphagie / prise de poids	-	+
Insomnie	+	-
Réveils précoces	-	+
Hypersomnie	-	+
Diminution de la libido	+	-

1.7 Place de l'électroconvulsivothérapie (ECT) dans le traitement de la dépression du sujet âgé

L'ECT est utilisée dans les dépressions que la maladie sous-jacente soit unipolaire ou bipolaire (46), (39). Les recommandations internationales posent comme indications du traitement par ECT, les dépressions sévères ou à risque suicidaire ou bien accompagnées de symptômes psychotiques ou alors avec des complications somatiques associées, ainsi que les dépressions résistantes.

L'indication privilégiée chez l'âgé reste la DM sévère avec impact somatique. En effet, le recours à cette technique est plus rapide face aux conséquences somatiques associées (dénutrition, déshydratation et leurs complications) qui peuvent entraîner le décès à court ou moyen terme chez ces sujets plus vulnérables. Il a été constaté que l'ECT permet d'obtenir une rémission plus précoce que les antidépresseurs chez les patients âgés (47).

D'autres indications sont retenues chez le sujet âgé: les dépressions pharmacorésistantes ou lors de contre-indications aux psychotropes (plus fréquentes à cet âge du fait des insuffisances d'organe).

L'ECT est aussi efficace chez la personne âgée que chez le sujet jeune pour le traitement de la dépression, avec plus de 80 % de rémission (48), (49). Elle est autant efficace pour les DM unipolaires que bipolaires (50). Il n'y a pas plus d'évènements indésirables dans le

traitement par ECT que par les traitements médicamenteux y compris chez les patients très âgés (51).

1.8 Objectifs de l'étude

La dépression est fréquente chez le sujet âgé et elle a un impact important sur les personnes qui en souffrent. Nous avons pu voir qu'il existe des difficultés pour en poser le diagnostic dans cette tranche d'âge. De plus, face à un patient déprimé, identifier le trouble de l'humeur sous-jacent reste complexe.

Il nous apparaît donc essentiel de pouvoir distinguer chez le sujet âgé, les dépressions unipolaires de celles se manifestant au cours d'un TB.

Pour ce faire nous avons effectué une étude préliminaire rétrospective sur les patients âgés déprimés traités par ECT au CHU de Nantes.

Nous avons réalisé une étude afin de repérer si les épisodes dépressifs des patients bipolaires étaient plus sévères que ceux des patients unipolaires. Dans un second temps nous avons exploré les aspects socio-démographiques, cliniques et thérapeutiques de ces deux groupes de patients dans le but de déceler d'éventuelles différences. L'objectif est de mieux connaître ces deux populations pour adapter le plus précocement et le plus efficacement possible les stratégies thérapeutiques.

2 Matériels et méthodes

2.1 Description de l'étude

Nous avons réalisé une étude préliminaire, rétrospective, descriptive, sur les patients de plus de 60 ans, traités par ECT pour un épisode dépressif par le service de psychiatrie universitaire du CHU de Nantes entre janvier 2012 et décembre 2014. Parmi cette population, nous avons voulu voir s'il existait des différences entre les patients souffrant de TU et TB sur les plans cliniques, socio-démographiques et thérapeutiques.

2.2 Faisabilité et déroulement de l'étude

Le nombre de sujets traités par sismothérapie dans le service est environ de 45 par an.

Sur l'ensemble des patients ayant bénéficié de l'ECT sur la période (de janvier 2012 à décembre 2014), 61% ont plus de 60 ans et pour cette tranche d'âge la dépression est le diagnostic le plus fréquent. Le nombre attendu de sujets pour l'étude était compris entre 30 et 50.

Le service de psychiatrie de liaison du CHU de Nantes reçoit des demandes d'avis pour l'ECT émanant de différents services hospitaliers de psychiatrie du département (Hôpital Saint Jacques à Nantes, CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) de Blain, CHS de la Roche sur Yon, CHS de Challans).

Suite à ces demandes, les psychiatres du service organisent une consultation d'évaluation pré-ECT. Le patient vient, le plus souvent accompagné d'un infirmier du service l'adressant (afin de recueillir davantage d'informations sur l'état clinique du patient car celui-ci n'est pas toujours en capacité de décrire l'ensemble de ses troubles) pour réaliser une évaluation globale. Durant cet examen, le médecin recueille les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, les traitements psychotropes et apprécie l'état clinique actuel : présence d'une dépression avec retentissement somatique ou non pour ce qui concerne l'étude. À la fin de cet entretien, le psychiatre réalise une MADRS (*Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*) et fait passer au patient la MoCA (*Montréal Cognitive Assessment*). Un MMSE (*Mini Mental State Examination*) accompagne la demande d'ECT pour le patient, il est réalisé dans son service d'origine.

Dans un deuxième temps, si l'indication d'ECT est validée par le psychiatre du service, une consultation d'anesthésie est programmée. Elle permet le recueil du poids, de la taille, des facteurs de risque cardio-vasculaire, des antécédents médicaux-chirurgicaux et la réalisation d'un examen somatique. De façon systématique, les patients viennent à cette consultation avec leur dernier bilan biologique, un électrocardiogramme (ECG) et une feuille de recueil de

leurs antécédents. L'objectif de cette consultation est d'évaluer la possibilité de faire des anesthésies brèves mais répétées sur les patients afin d'administrer la sismothérapie.

Une consultation psychiatrique d'évaluation des ECT est réalisée à distance de la dernière séance de sismothérapie (4 à 6 semaines après). Lors de cet entretien, le psychiatre évalue l'amélioration clinique (présence de troubles thymiques, reprise des activités quotidiennes), le projet de soin et les stratégies thérapeutiques. Il cote les éventuels signes dépressifs par le biais de la MADRS : un score inférieur à 9 indique la rémission de l'épisode dépressif. Il évalue aussi les fonctions cognitives grâce à la passation d'une MoCA.

Dans cette étude, l'ensemble des renseignements a été collecté à partir des données de ces 3 consultations (pré-ECT, d'anesthésie et post-ECT). Aucun examen supplémentaire n'a été nécessaire, il s'agit d'une étude non interventionnelle.

La centralisation des dossiers médicaux au sein du service permettait la facilité de la collecte des données, qui ont été consignées dans une feuille d'observation papier (Annexe 1) pour chaque patient. Un codage des données a été réalisé à partir des initiales et de l'année de naissance des patients afin de préserver leur anonymat. Une base de données a ensuite été constituée sur le logiciel Excel.

Le protocole de l'étude a été soumis au comité d'éthique local (Groupe Nantais d'Étude dans le Domaine de la Santé – GNEDS).

2.3 Définition de la population

2.3.1 Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Âge supérieur ou égal à 60 ans au moment de la consultation pré-ECT sur la période de janvier 2012 à décembre 2014,
- ECT réalisées pour un épisode dépressif caractérisé : score initial à la MADRS supérieur à 15,
- Patient unipolaire (les patients pour lesquels l'épisode traité était le premier épisode thymique ont été inclus dans le groupe unipolaire) ou bipolaire de type 1 et 2.

2.3.2 Les critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- Patients âgés de moins de 60 ans au moment de la consultation pré-ECT sur la période de janvier 2012 à décembre 2014,

- ECT réalisés pour un épisode maniaque ou une autre indication qu'un épisode dépressif caractérisé (score initial à la MADRS inférieur à 15),
- Patient présentant une schizophrénie,
- Patient présentant un trouble bipolaire de type 3,
- MADRS non réalisée à la première consultation ou non retrouvée dans le dossier,
- Mention d'opposition des patients à l'utilisation de leurs données médicales à des fins de recherche retrouvée dans le dossier médical.

2.4 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal de l'étude est la comparaison du score moyen obtenu à la passation de la MADRS lors de la consultation pré-ECT, entre les deux groupes de patients (unipolaire *versus* bipolaire). La *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) (traduction française de Lempérière, 1984) (annexe 2) est une échelle d'évaluation multidimensionnelle de la dépression (52). Elle permet d'évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive et de suivre l'évolution des troubles sous traitement. La MADRS est une échelle reconnue pour évaluer la dépression y compris chez les personnes âgées (53), ne souffrant pas de troubles démentiels (54).

Elle est composée de 10 dimensions qui sont cotées de 0 à 6, donnant un score total sur 60. La valeur seuil pour une dépression est de 15. Les dépressions sont qualifiées de sévère lorsque le score dépasse 35. Une dépression est considérée en rémission si le score est inférieur à 9.

2.5 Critères de jugement secondaires

Les objectifs secondaires de ce travail sont la comparaison des données socio-démographiques, cliniques et cognitives entre les patients unipolaires et bipolaires faisant une dépression après 60 ans, ainsi que la comparaison des stratégies thérapeutiques entre les deux groupes de patients. Pour ce faire nous avons recueilli les paramètres détaillés ci-dessous.

2.5.1 Pour les variables socio-démographiques

Les variables socio-démographiques recueillies sont les suivantes :

- Âge : en années,
- Sexe,
- Statut marital : en couple, célibataire, veuf,
- Institutionnalisation avant et après traitement par ECT,

- Décès durant l'épisode dépressif traité par ECT.

2.5.2 Pour les données cliniques

Les données cliniques recueillies sont les suivantes :

- Type de trouble bipolaire 1 et 2 dans le sous-groupe des patients bipolaires,
- Score global et sous-scores à la MADRS,
- Présence de symptômes psychotiques,
- Antécédent d'ECT et de prise de lithium,
- Présence de comorbidités psychiatriques : tentative de suicide, troubles anxieux, trouble de la personnalité, addiction,
- Nombre de facteurs de risque cardio-vasculaire (FdRCV). Le calcul des FdRCV peut s'effectuer de deux manières soit par sommation simple des facteurs de risque soit par une estimation du risque de maladie cardiovasculaire dans les 10 ans à venir (modèle de Framingham ou du *Systematic Coronary Risk Evaluation - SCORE*) (55). Dans cette étude nous avons opté pour la première méthode, en considérant les FdRCV majeurs que sont : le sexe masculin, l'obésité, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'hypertriglycéridémie, le diabète, le tabac, un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral. Nous n'avons pas tenu compte de l'âge, puisque ce facteur de risque concernait tous les sujets.

Pour les quatre derniers paramètres, ce sont les données observées ou cotées par les cliniciens dans le dossier médical qui sont collectées.

2.5.3 Pour les données cognitives

L'évaluation cognitive porte sur les scores au :

- MMSE version consensuelle française du GRECO (1999) (annexe 2) : score de 0 à 30, troubles cognitifs si score inférieur à 26 (56).
- MoCA version française 7.1 Nassredine (2010) (annexe 3) : score de 0 à 30, troubles cognitifs si score inférieur à 26 (57).

Ces deux échelles d'évaluation cognitive globale sont utilisées en pratique courante et dans de multiples protocoles de recherche.

2.5.4 Pour les données thérapeutiques

Les données relatives aux stratégies thérapeutiques étudiées sont :

- Nombre de séances d'ECT pour l'épisode concerné,
- Recueil des prescriptions médicamenteuses avant et après prise en charge ECT :
 - Nombre de classes et types de médicaments psychotropes : antidépresseurs, thymorégulateurs, benzodiazépines, neuroleptiques.
 - Nombre total de classes thérapeutiques prises par les patients.

2.6 Analyses statistiques

2.6.1 Choix concernant la prise en compte des données manquantes

Les patients pour lesquels l'échelle MADRS n'était pas retrouvée dans le dossier n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les patients décédés durant la prise en charge par sismothérapie ont été inclus, la majorité des données analysées reposant sur les consultations ayant lieu avant l'ECT.

Concernant les données manquantes, les analyses ont été réalisées sans ces données. Cela intéressait essentiellement les échelles de mesures cognitives (de nombreux patients avaient un état clinique trop altéré en raison d'un fort ralentissement psychomoteur, d'un mutisme ou de conduites d'opposition pour répondre aux questions) et les données post-ECT (traitements, institutionnalisation) en cas de décès pendant l'épisode concerné ou en cas d'absence à la consultation.

2.6.2 Réalisation des tests statistiques

Nous avons employé le logiciel Excel pour constituer la base de données et pour effectuer les analyses statistiques nous avons utilisé le site internet biostaTGV qui réalise les calculs de données grâce au logiciel statistique R. Plusieurs tests ont été utilisés pour faire les analyses comparatives et de corrélations.

Pour les comparaisons, les tests utilisés ont été :

- Pour les comparaisons de moyennes : le test t de Student,
- Pour les comparaisons de pourcentages : le test χ^2 , à l'exception de certains paramètres dont les variables étaient inférieures à 5. Dans ces cas là nous avons employé le test exact de Fisher.

Le seuil de significativité a été retenu pour une valeur de p inférieur à 0,05.

Pour les corrélations, les tests utilisés ont été :

- Entre deux variables quantitatives : le test de Pearson, qui permet d'obtenir le coefficient de corrélation (ρ) compris entre 1 et -1. Il est estimé significatif s'il s'approche des extrêmes montrant alors une liaison fonctionnelle entre les deux variables et s'il est associé à une valeur de p inférieure à 0.05.
- Entre des variables quantitatives et qualitatives : le test de Spearman, les résultats sont considérés comme significatifs pour un facteur de corrélation (r) supérieur à 0.3 lié à une valeur de p inférieure à 0.05.

3 Résultats

3.1 Description de la population

Le nombre de sujets inclus dans l'étude est de 49 : 26 patients dans le groupe unipolaire et 23 dans le groupe bipolaire.

3.1.1 Données démographiques

On ne retrouve pas de différence significative sur l'âge (moyenne à 73 ans) et le *sex-ratio* entre les deux groupes. On retrouve une prédominance féminine (supérieur à 60%) dans les deux groupes.

Trois décès (par pneumopathie, arrêt cardiaque et accident vasculaire cérébral) sont survenus au cours du traitement dans le groupe de patient TU alors qu'aucun n'est arrivé dans le groupe bipolaire, cependant sans différence statistiquement significative.

3.1.2 Environnement social

Aucune différence significative n'est constatée entre les groupes sur les différents statuts maritaux. Il n'existe pas non plus de différence significative sur la comparaison du nombre de patient qui résident en institution entre les deux groupes. On observe une augmentation des personnes vivant en institution après l'ECT, avec dans le groupe TU un p proche du seuil de significativité ($p = 0,051$).

L'ensemble des résultats portant sur les données socio-démographiques est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : **Caractéristiques socio-démographiques**

	Groupe TU	Groupe TB	Valeur de <i>p</i>
Effectif des groupes	26	23	
Âge (moyenne) [extrêmes]	73,2 [61-91]	72,5 [60-89]	0,52
Sexe féminin (%)	76,6	60,8	0,36
Statut marital (%)			
En couple	50	60,9	0,2
Célibataire	13,3	26,1	0,27
Veuvage	36,6	13	0,1
Institutionnalisé (%)			
Avant ECT	10	21	0,45
Après ECT	30,7	39	0,76
Comparaison avant/après ECT (<i>p</i>)	0,051	0,19	
Décès n (%)	3 (10)	0	0,24

3.1.3 Type clinique et antécédent psychiatrique

Dans le groupe TB, plus de 2/3 des patients ont un TB de type 2.

On ne retrouve pas de différence significative entre les groupes concernant les comorbidités psychiatriques associées mais on constate que la DM est plus fortement associée aux troubles anxieux (30 % dans le groupe TU et 17,4 % dans le groupe TB) parmi les différentes comorbidités psychiatriques.

3.1.4 Facteur de risque cardio-vasculaire (FdRCV)

Le nombre de FdRCV n'est pas significativement différent entre les deux groupes. Le nombre de FdRCV est peu élevé pour les patients avec une moyenne de 1,92 pour les patients TU et 1,97 pour les patients TB (pour rappel le critère d'âge n'a pas été pris en considération puisqu'il concernait tous les sujets).

L'ensemble des résultats portant sur les données cliniques est présenté dans le tableau 2.

Tableau 2 : **Caractéristiques cliniques**

	Groupe TU	Groupe TB	Valeur de p
TB 1 n (%)		7 (30,4)	
TB 2 n (%)		16 (69,6)	
Présence de symptômes psychotiques (%)	66,6	56,5	0,72
Antécédent de tentative de suicide (%)	36,6	26,1	0,36
Trouble anxieux associé (%)	30	17,4	0,33
Addiction associée (%)	26,7	8,7	0,14
Trouble de la personnalité associé (%)	20	13	0,71
Nombre de FdRCV (moyenne)	1,92	1,97	0,89

3.2 Évaluation par les échelles (hétéroévaluation)

3.2.1 Symptomatologie dépressive

Il n'existe pas de différence significative entre les patients TU et TB sur les scores moyens et sous-scores pour la MADRS.

La plupart des patients traités par ECT souffrent de DM sévère, qui correspond à un score total de la MADRS supérieur à 35, avec 86,6 % des sujets dans le groupe TU et 65,2 % dans le groupe TB, sans différence significative ($p = 0,18$).

Plus de la moitié des sujets ont des symptômes psychotiques associés à leur DM : 66,6 % chez les patients TU et 56,5 % chez les patients TB, sans différence significative ($p = 0,72$) (tableau 2).

3.2.2 Aspect cognitif

Les données manquantes sur les échelles cognitives concernent essentiellement le groupe TU. Les scores moyens se trouvent en dessous du seuil normal (25/30) dans les deux groupes, pour les deux échelles et aux deux temps d'évaluation (pré et post-ECT).

Il n'y a pas de différence significative sur les évaluations cognitives entre les groupes TU et TB. Il n'existe pas de différence non plus entre les MoCA au sein des groupes avant et après ECT ($p = 0,19$ pour le groupe TU et $p = 0,54$ pour le groupe TB).

L'ensemble des résultats portant sur les données psychométriques (cliniques et cognitives) est présenté dans le tableau 3.

Tableau 3 : **Évaluation par les échelles MADRS, MMSE et MoCA**

	Groupe TU	Groupe TB	Valeur de <i>p</i>
MADRS (moyenne)			
Score total	41,9	39,5	0,38
Sous-dimensions :			
Tristesse apparente	4,8	4,6	0,52
Tristesse exprimée	4,74	4,7	0,92
Tension intérieure	3,6	3,4	0,61
Réduction du sommeil	3	2,7	0,52
Réduction de l'appétit	3,7	3,6	0,74
Difficulté de concentration	4,4	4,5	0,83
Lassitude	4,6	4,5	0,56
Incapacité à ressentir	4,9	4,5	0,47
Pensées pessimistes	4,3	4,6	0,32
Idées de suicide	2,2	2,7	0,29
MMSE nombre réalisé - (%)	21 (83,3)	23 (100)	
Score total moyen	21,6	22,8	0,49
MoCA (pré-ECT) nombre réalisé - (%)	11 (46,6)	11 (7,8)	
Score total moyen	19,2	18,2	0,71
MoCA 2 (post-ECT) nombre réalisé- (%)	11 (42,3)	13 (56,5)	
Score total moyen	22,2	19,8	0,27

3.3 Stratégies thérapeutiques

Les patients TB ont statistiquement plus d'antécédents de traitement par ECT que les patients TU ($p = 0,035$).

La grande majorité des sujets prend initialement des antidépresseurs. Les patients bipolaires ont significativement moins d'antidépresseurs que les patients unipolaires après les séances d'ECT ($p = 0,03$). Parmi les patients TB sous antidépresseurs en post-ECT, 80 % ont un traitement thymorégulateur associé. On note aussi que les tricycliques sont évités chez les sujets bipolaires (4,3 %, ce qui correspond à 1 patient pour chaque temps d'évaluation), avant même le début des ECT.

Le lithium semblerait avoir été plus prescrit chez les sujets bipolaires mais sans atteindre une différence significative ($p = 0,064$). Il est peu prescrit dans les deux groupes que ce soit initialement ou après les ECT. Un plus grand nombre de patients unipolaires bénéficient de ce traitement après les ECT mais sans différence statistiquement significative entre les groupes.

Concernant les autres thymorégulateurs, nous avons fait le choix de les réunir en sous-groupes, en tenant compte des classes thérapeutiques. Le sous-groupe des anticonvulsivants thymorégulateurs est composé essentiellement de la lamotrigine, du divalproate de sodium et de la carbamazépine. Ils sont retrouvés respectivement pour 2 et 1 patients. Pour les neuroleptiques, nous avons choisi de différencier les APA

(AntiPsychotiques Atypiques) considérés comme thymorégulateur, que sont la rispéridone, l'olanzapine et l'aripiprazole désormais couramment utilisés, de la quéliapine qui se trouve être le dernier APA commercialisé en France.

On constate que les APA sont les traitements thymorégulateurs les plus fréquemment utilisés dans les deux groupes. On remarque que la quéliapine est utilisée assez souvent dans les prescriptions avec une fréquence plus importante lors de la dernière consultation pour les patients bipolaires ($p = 0,007$).

L'analyse de la prescription lors de la dernière consultation fait apparaître qu'en plus des traitements actifs sur la thymie, un tiers environ des patients prend des neuroleptiques classiques (33% des patients TU et 34,8% des TB), des anxiolytiques (36,6% des sujets TU et 20, 7% des TB) ou des hypnotiques (36,6% des patients TU et 47,8 des TB) sans différence significative entre les groupes.

Nous avons aussi comparé entre la première consultation et la dernière consultation les pourcentages dans chaque classe thérapeutique de psychotrope pour les patients unipolaires et bipolaires. Nous n'avons retrouvé aucune différence significative.

L'ensemble des résultats portant sur les données thérapeutiques est présenté dans le tableau 4

Tableau 4 : **Stratégies thérapeutiques**

	Groupe TU	Groupe TB	Valeur de <i>p</i>
Nombre de séance d'ECT (moyenne)	16,77	17,57	0,71
Antécédent d'ECT (%)	26,7	60,8	0,035
Antécédent de Lithium (%)	6,7	30,4	0,064
Nombre de médicament pris (moyenne)			
première consultation	6,36	7,2	0,53
dernière consultation	6,56	5,95	0,26
Antidépresseurs (toutes classes) (%)			
première consultation	96,7	91,3	0,59
dernière consultation	93,3	65,1	0,03
ISRS (%)			
première consultation	30	30,4	0,75
dernière consultation	33,3	21,7	0,2
IRSNa (%)			
première consultation	23	30,4	0,069
dernière consultation	23	26,1	0,81
Tricycliques (%)			
première consultation	33,3	4,3	0,025
dernière consultation	23,3	4,3	0,1
Autres antidépresseurs (mirtazapine, miansérine, tianéptine) (%)			
première consultation	43,3	39,1	0,62
dernière consultation	36,6	17,4	0,12
Lithium (%)			
première consultation	0	0	
dernière consultation	10	8,7	1
Anticonvulsivants (lamotrigine, divalproate de sodium, carbamazépine) (%)			
première consultation	13,3	21,7	0,45
dernière consultation	20	30,4	0,56
APA (à dose thymorégulatrice et hors quéliapine) (%)			
première consultation	11,5	21,7	0,45
dernière consultation	33	21,7	0,91
Quéliapine (% - dose moyenne en mg)			
première consultation	16,6 - 330	34,8 - 375	0,22
dernière consultation	26,6 - 408	60,9 - 389	0,007

3.4 Corrélations

Nous avons effectué des calculs de corrélation (test de Spearman ou de Pearson) pour rechercher des liens entre les différentes variables pour l'ensemble de la population et au sein de chaque groupe de patients (unipolaires et bipolaires).

3.4.1 Corrélations entre le type de trouble de l'humeur et les échelles d'évaluation

3.4.1.1 Patients unipolaires

Dans le groupe TU, on ne retrouve pas de corrélation significative avec les différentes échelles d'évaluation clinique ou cognitives.

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations concernant les patients unipolaires est présenté dans le tableau de corrélations 1.

Tableau de corrélations 1 : **Corrélations entre les patients TU et les échelles d'évaluation**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p
MADRS		
Score total	0,084	0,566
Tristesse apparente	0,092	0,53
Tristesse exprimée	-0,872	3,11
Tension intérieure	0,025	0,862
Réduction du sommeil	0,1406	0,335
Réduction de l'appétit	0,019	0,896
Difficulté de concentration	-0,022	0,878
Lassitude	0,012	0,934
Incapacité à ressentir	0,068	0,641
Pensées pessimistes	0,178	0,22
Idées de suicide	0,109	0,459
MMSE	-0,129	0,403
MoCA	0,05	0,824

3.4.1.2 Patients bipolaires de type 1

Dans le groupe TB1, on retrouve une corrélation positive significative entre la sous-dimension idées de suicide de la MADRS ($p= 0,005$; $r = 0,396$) et le diagnostic de TB1.

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations concernant les patients bipolaires de type 1 est présenté dans le tableau de corrélations 2.

Tableau de corrélations 2 : **Corrélations entre les patients TB1 et les échelles d'évaluation**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p
MADRS		
Score total	0,27	0,06
Tristesse apparente	0,227	0,116
Tristesse exprimée	0,129	0,377
Tension intérieure	0,142	0,328
Réduction du sommeil	0,107	0,462
Réduction de l'appétit	0,151	0,299
Difficulté de concentration	0,27	0,06
Lassitude	0,127	0,385
Incapacité à ressentir	0,164	0,259
Pensées pessimistes	-0,01	0,941
Idées de suicide	0,396	0,005
MMSE	-0,186	0,225
MoCA	pas de cotation	

3.4.1.3 Patients bipolaires de type 2

On retrouve une corrélation négative significativement entre la sous-dimension idées de suicide ($p = 0,007$; $r = -0,382$) et le diagnostic de TB2. On constate une corrélation négative entre le score total de la MADRS ($p = 0,042$; $r = -0,29$) et le diagnostic de TB2

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations concernant les patients bipolaires de type 2 est présenté dans le tableau de corrélations 3.

Tableau de corrélations 3 : **Corrélations entre les patients TB2 et les échelles d'évaluation**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p
MADRS		
Score total	-0,29	0,042
Tristesse apparente	-0,267	0,063
Tristesse exprimée	-0,096	0,511
Tension intérieure	-0,133	0,36
Réduction du sommeil	-0,229	0,112
Réduction de l'appétit	-0,133	0,361
Difficulté de concentration	-0,177	0,222
Lassitude	-0,107	0,462
Incapacité à ressentir	-0,195	0,179
Pensées pessimistes	-0,181	0,211
Idées de suicide	-0,382	0,007
MMSE	0,276	0,069
MoCA	-0,05	0,824

3.4.2 Corrélations entre la MADRS et les échelles cognitives

3.4.2.1 Corrélation entre le score total de la MADRS et les échelles cognitives

Aucune corrélation n'est retrouvée entre le score global de la MADRS et les évaluations cognitives.

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations entre la MADRS et les échelles cognitives est présenté dans le tableau de corrélations 4.

Tableau de corrélations 4 : **Corrélations entre le score total de la MADRS et les évaluations cognitives**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p	Degré de liberté
MMSE (tous les sujets)	-0,357	0,017	42
MMSE (groupe TU)	-0,34	0,131	19
MMSE (groupe TB)	-0,348	0,103	21
MoCA (tous les sujets)	0,287	0,194	20
MoCA (groupe TU)	0,337	0,31	9
MoCA (groupe TB)	0,222	0,51	9

3.4.2.2 Corrélations entre la sous-dimension difficulté de concentration de la MADRS et les échelles cognitives

On constate que la dimension difficulté de concentration de la MADRS est associée significativement de façon différente aux échelles cognitives selon le type de troubles de l'humeur. En effet, pour les patients unipolaires le score de cette dimension est corrélé négativement au résultat du MMSE ($p = 0,015$; $\rho = -0,519$) alors que chez les patients bipolaires, cette dimension est corrélée positivement au score de la MoCA ($p = 0,013$; $\rho = 0,713$).

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations entre la sous-dimension difficulté de concentration de la MADRS et les échelles cognitives est présenté dans le tableau de corrélations 5.

Tableau de corrélations 5 : **Corrélations entre la dimension difficulté de concentration de la MADRS et les évaluations cognitives**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p	Degré de liberté
MMSE (tous les sujets)	-0,243	0,111	42
MMSE (groupe TU)	-0,519	0,015	19
MMSE (groupe TB)	-0,009	0,964	21
MoCA (tous les sujets)	0,0062	0,782	20
MoCA (groupe TU)	-0,44	0,175	9
MoCA (groupe TB)	0,713	0,013	9

3.4.3 Corrélations entre l'âge et les scores aux différentes échelles

Les résultats de la MoCA sont influencés par l'âge des patients de façon significative, pour l'ensemble de la population ($p = 0,042$; $\rho = -0,436$) et plus particulièrement les sujets TB ($p = 0,005$; $\rho = -0,771$).

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations entre l'âge et les échelles cognitives est présenté dans le tableau de corrélations 6.

Tableau de corrélations 6 : **Corrélations entre l'âge et les évaluations cognitives**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p	Degré de liberté
MADRS (tous les sujets)	0,149	0,306	47
MADRS (groupe TU)	0,241	0,235	24
MADRS (groupe TB)	0,019	0,929	21
MMSE (tous les sujets)	0,038	0,804	42
MMSE (groupe TU)	0,283	0,213	19
MMSE (groupe TB)	-0,159	0,467	21
MoCA (tous les sujets)	-0,436	0,042	20
MoCA (groupe TU)	0,029	0,932	9
MoCA (groupe TB)	-0,771	0,005	9

3.4.4 Corrélations entre les facteurs de risque cardio-vasculaire (FdRCV) et les scores des échelles cognitives

Aucune corrélation significative n'est retrouvée entre les FdRCV et les résultats des échelles cognitives pour les différents sous-groupes de patients.

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations entre les FdRCV et les échelles cognitives est présenté dans le tableau de corrélations 7.

Tableau de corrélations 7 : **Corrélations entre les FdRCV et les évaluations cognitives**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p	Degré de liberté
MMSE (tous les sujets)	0,109	0,478	42
MMSE (groupe TU)	-0,057	0,803	19
MMSE (groupe TB)	0,188	0,39	21
MoCA (tous les sujets)	0,028	0,902	20
MoCA (groupe TU)	-0,455	0,159	9
MoCA (groupe TB)	0,416	0,202	9

3.4.5 Corrélations entre la présence de symptômes psychotiques et les différentes échelles

La présence de symptômes psychotiques est significativement corrélée ($p = 0,048$; $r = 0,39$) à l'intensité de l'épisode dépressif pour les patients unipolaires.

La présence de symptômes psychotiques est corrélée négativement, de manière significative ($p = 0,038$; $r = -0,313$) aux résultats du MMSE indépendamment du type de diagnostic.

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations entre la présence de symptômes psychotiques et les différentes échelles psychométriques (cliniques et cognitives) est présenté dans le tableau de corrélations 8.

Tableau de corrélations 8 : **Corrélations la présence de troubles psychotiques et les échelles d'évaluation**

	Coefficient de corrélation	valeur de p
MADRS (tous les sujets)	0,166	0,254
MADRS (groupe TU)	0,39	0,048
MADRS (groupe TB)	-0,026	0,904
MMSE (tous les sujets)	-0,313	0,038
MMSE (groupe TU)	-0,357	0,111
MMSE (groupe TB)	-0,265	0,22
MoCA (tous les sujets)	-0,057	0,798
MoCA (groupe TU)	0,204	0,547
MoCA (groupe TB)	-0,261	0,438

3.4.6 Corrélations entre les antécédents d'ECT et les échelles cognitives

Les antécédents d'ECT sont corrélés négativement avec le score global de la MoCA pour l'ensemble des sujets ($p = 0,044$; $r = -0,433$).

L'ensemble des résultats portant sur les corrélations entre les antécédents d'ECT et les échelles cognitives est présenté dans le tableau de corrélations 9.

Tableau de corrélations 9 : **Corrélations entre les antécédents d'ECT et les évaluations cognitives**

	Coefficient de corrélation	Valeur de p
MMSE (tous les sujets)	0,0489	0,750
MMSE (groupe TU)	0,145	0,495
MMSE (groupe TB)	-0,094	0,668
MoCA (tous les sujets)	-0,433	0,044
MoCA (groupe TU)	-0,174	0,607
MoCA (groupe TB)	-0,522	0,099

4 Discussion

4.1 Données principales de l'étude

4.1.1 Population de l'étude

Cette étude porte sur 49 sujets, ayant une moyenne d'âge supérieure à 70 ans. On constate que les groupes unipolaires et bipolaires sont semblables sur les différentes données démographiques (âge, sexe, statut marital, institutionnalisation) et les comorbidités associées (psychiatriques et les FdRCV). Le *sex ratio* avec une prédominance féminine est celui décrit pour les troubles de l'humeur chez l'âgé que ce soit pour le TB (19) ou pour le TU (58). Le score moyen à la MADRS est élevé (supérieur à 35 pour les deux groupes), en accord avec les recommandations sur l'indication de l'ECT et avec d'autres études (59). Dans le sous-groupe bipolaire, le ratio TB2 / TB1 (à 2/3) est en accord avec les données de la littérature (19). Dans notre étude, les patients bipolaires ne présentant pas plus de FdRCV que les patients unipolaires. L'association entre le TB et les FdRCV, indépendamment de l'âge, est pourtant retrouvé concernant le tabagisme (60), les maladies cardiovasculaires et l'HTA (61) avec des prévalences plus importantes que pour les patients dépressifs et on constate aussi une prévalence plus importante de syndrome métabolique que dans la population générale (62). Notre résultat peut s'expliquer par notre choix dans la méthode de calcul des FdRCV. Cependant, notre échantillon de patients est cliniquement homogène et semblable à ceux d'autres études sur le même sujet.

4.1.2 Dépression majeure (DM) du sujet âgé

Cette étude retrouve, conformément aux données de la littérature, que la dépression majeure (DM) du sujet âgé est associée à une prévalence élevée de troubles anxieux, indépendamment du type de trouble de l'humeur associé (unipolaire comme bipolaire) ; de symptômes psychotiques et de troubles cognitifs. L'impact de la DM du sujet âgé semble porter principalement sur l'autonomie avec une augmentation du nombre de personnes institutionnalisées après ECT (avec un résultat proche du seuil de significativité pour le groupe TU).

Ainsi, 30 % des patients unipolaires et 17,4 % des patients bipolaires de notre échantillon présentent une DM associée à un trouble anxieux. Les troubles anxieux représentent une comorbidité psychiatrique fréquemment rencontrée dans les dépressions unipolaires ou bipolaires chez l'âgé (27), (28). De même, 66,6 % des patients TU et 56,5 % des patients TB présentent des symptômes psychotiques associés à la DM, ce qui est en accord avec les données de la littérature (63). De plus, pour les DM unipolaires on constate une corrélation

positive entre l'intensité de la DM (score de la MADRS élevé) et la présence de symptômes psychotiques, ce qui va dans le sens de cette revue de la littérature des dépressions avec symptômes psychotiques (64). Enfin, la moyenne des scores aux échelles cognitives se situe en dessous de la normale pour les deux groupes, y compris en post-ECT.

Concernant les atteintes cognitives associées à la DM du sujet âgé, on note aussi que la présence de symptômes psychotiques diminue le score du MMSE. L'âge influence négativement le score à la MoCA, ce qui est retrouvé dans l'étude de Rossetti *et al.* (2011) (65). Les antécédents d'ECT diminuent aussi le score global de la MoCA. Dans notre étude, il n'y a pas d'association entre l'intensité de la DM et la baisse du fonctionnement cognitif. Ce résultat est déjà retrouvé dans certaines études, qui remarquent que les altérations cognitives ne sont pas liées à l'intensité de l'épisode dépressif et que l'on peut voir des altérations cognitives en présence de dépression mineure. L'étude de Pantzar *et al.* (2013) (66) montre des déficits cognitifs chez des patients déprimés unipolaires indépendamment de l'intensité de l'épisode et de l'âge.

4.1.3 Différences cliniques entre dépression majeure unipolaire et bipolaire chez la personne âgée

L'objectif de cette étude était de chercher des différences cliniques entre la DM unipolaire et la DM bipolaire du sujet âgé. Cette étude permet de retrouver des arguments en faveur d'une DM unipolaire *versus* bipolaire, chez une population âgée.

La DM unipolaire du sujet âgé semble présenter préférentiellement : un score global à la MADRS augmenté associé à la présence de symptômes psychotiques et une association entre un score élevé à la sous dimension difficulté de concentration de la MADRS et une baisse du MMSE. Il est possible que chez ces patients, les troubles attentionnels prédominent, affectant ainsi le MMSE.

La DM bipolaire du sujet âgé semble présenter préférentiellement : plus d'antécédents d'ECT, des idées de suicide plus présentes pour les patients présentant un TB1, un score total à la MADRS moins élevé pour les patients présentant un TB2 et un score global à la MoCA préservé voire augmenté en cas de score élevé à la sous dimension difficulté de concentration de la MADRS. Ces données sur les idées de suicide (plus souvent retrouvées chez les patients TB1 que chez les patients TB2 par rapport aux autres groupes) ne sont pas en accord avec la revue de la littérature de Schaffer *et al.* (2015) (67) qui ne retrouve pas d'association entre le type de trouble bipolaire et les suicides ou les tentatives de suicide.

Concernant les données cognitives, il est possible que la MoCA soit moins affectée par les troubles de la concentration chez les patients bipolaires car elle évalue davantage le langage ainsi que les fonctions exécutives. Par ailleurs, il semble intéressant de souligner que dans cette étude, nous ne retrouvons pas de corrélation entre les FdRCV et les atteintes cognitives chez les patients bipolaires et unipolaires, ce qui pourrait alimenter le débat sur l'éventuel impact cognitif des FdRCV chez les patients bipolaires âgés (68).

On constate l'absence de différences pour un certain nombre d'aspects cliniques entre le groupe TU et le groupe TB alors qu'elles sont retrouvées dans les études sur les populations adultes jeunes. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer l'absence de différences significatives : la clinique des DM de l'âge paraît se différencier de celle de l'adulte jeune, notamment par la présence plus importante de symptômes psychotiques et la perte d'appétit moins fréquente. De plus, la population étudiée est homogène et concerne surtout des dépressions sévères rendant difficile la mise en évidence de différences sur des critères cliniques tels que la tristesse, les troubles de la concentration et les idées suicidaires. Pour ce dernier symptôme, on repère tout de même un résultat hétérogène au sein des patients bipolaires puisque les patients TB1 ont plus d'idées de suicide que les autres groupes.

4.1.4 Stratégies thérapeutiques

Les antidépresseurs sont largement utilisés dans les deux groupes avant le traitement par ECT. On constate ensuite une diminution de leur prescription pour les patients bipolaires avec une couverture par thymorégulateur pour 80 % de ces sujets. Les antidépresseurs tricycliques ne sont prescrits que pour un patient bipolaire avant et après l'ECT, suivant le sens des recommandations (39).

Dans cette étude le lithium est peu utilisé qu'il s'agisse des patients bipolaires ou des patients unipolaires. Il est vrai que le lithium est à risque de syndrome confusionnel chez les personnes âgées (69) et que l'utilisation concomitante avec l'ECT est d'autant plus à risque. De plus, des études ont montré la diminution de la prescription du lithium au cours de ces dernières années au profit du divalproate de sodium (70). De plus, une étude questionne l'intérêt du lithium dans la dépression bipolaire (71) en le comparant à la quétiapine et contre placebo, les auteurs ne retrouvent pas de différences significatives entre le groupe traité par lithium et le groupe placebo.

Les APA sont fréquemment utilisés, ce qui peut être justifié par la présence importante de symptômes psychotiques dans notre population. De plus les recommandations, pose de plus

en plus l'indication des APA notamment en première ligne (quétiapine, olanzapine) dans les dépressions bipolaires (39).

Parmi nos patients traités par les APA, on constate une prescription notable de quétiapine pour les patients unipolaires et encore davantage pour les patients bipolaires. Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé) ce traitement possède l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les DM dans le cadre d'un TB ainsi que pour la prévention des récives chez les patients bipolaires ayant obtenu une bonne réponse lors d'un épisode maniaque ou dépressif. La quétiapine est une molécule récente avec un effet démontré pour la DM bipolaire (72) mais ses effets n'ont pas été étudiés sur la population âgée. Les posologies et les risques n'ont pas été explorés pour cette tranche d'âge, avec comme principaux effets secondaires : l'apparition de maladies ou d'accidents cardiovasculaires et l'augmentation des FdRCV. Dans notre étude, la population présentant peu de FdRCV et l'apparition récente de la molécule en France sont deux facteurs qui ont sans doute joué un rôle dans ce type de prescription. Il serait sans doute intéressant d'évaluer une éventuelle association entre le nombre de FdRCV et la prescription de quétiapine dans une population de sujets âgés déprimés.

4.2 Biais et limitations de l'étude

Tout d'abord, dans cet échantillon de patients déprimés âgés, aucune différence d'intensité des épisodes dépressifs entre les groupes de patients unipolaires et bipolaires n'est retrouvée. Cela peut être lié au faible effectif de cette étude (associé à un manque de puissance pour les analyses statistiques) et à la population même de l'étude qui présente des DM sévères rendant difficile l'évaluation d'une différence d'intensité des épisodes dépressifs et l'évaluation cognitive (avec des données manquantes initiales et dans le cadre du suivi non standardisé). Le choix du score global obtenu à la MADRS comme critère de jugement principal pourrait être discuté pour des études futures.

Nous avons fait le choix d'intégrer dans le groupe unipolaire les patients traités par ECT pour un premier épisode dépressif. Normalement, le trouble unipolaire est définie par la récurrence d'au moins deux épisodes dépressifs. Il est possible que cela engendre un biais de confusion car une partie de ces sujets peuvent devenir des patients bipolaires.

La population de l'étude comporte un petit nombre de sujets ce qui entraîne un manque de puissance dans les analyses statistiques. Des données étaient également manquantes, notamment sur les évaluations cognitives du fait de l'importance des symptômes dépressifs initiaux : opposition, ralentissement psychomoteur ou mutisme des patients.

D'autre part l'évaluation à distance n'est pas standardisée, elle peut être réalisée suivant des délais variables et certains patients sont perdus de vue. Nous n'avons donc pas pu faire d'analyse sur les symptômes dépressifs résiduels post-ECT.

Enfin l'absence de différence au niveau des FdRCV questionne un biais de recrutement d'une population âgée « healthy » ; c'est-à-dire qui aurait peu de problème de santé. En outre, les recommandations pour la prise en compte des FdRCV ne réalisent pas de stratification du risque cardiovasculaire pour la dénutrition alors que plusieurs patients de l'étude étaient dénutris (IMC inférieur à 19 ou perte de poids rapide). Il est possible aussi qu'un calcul de risque à 10 ans par le score de Framingham par exemple ait été plus sensible.

4.3 Perspectives

À l'avenir, la réalisation d'une étude portant sur une population plus importante serait intéressante afin de pouvoir discerner davantage les DM unipolaires des DM bipolaires. Il faudrait aussi prendre en compte des patients moins spécifiques que ceux traités par ECT pour pouvoir étendre les caractéristiques de ces deux troubles.

Dans le cadre d'une étude sur la comparaison des caractéristiques cliniques, l'évaluation de la DM par la MADRS s'avère peut-être insuffisante. En effet, certains aspects cliniques ne sont pas explorés dans cette échelle comme l'anxiété, le ralentissement psychomoteur, les idées de culpabilité, le type de trouble du sommeil et les plaintes somatiques. En revanche, ces caractéristiques sont détaillées dans l'échelle de dépression d'Hamilton. Il serait sans doute pertinent de faire ces deux échelles afin d'apprécier plus finement les différents aspects cliniques des DM unipolaires et bipolaires de l'âgé.

De plus, une recherche de signes cliniques de mixité permettrait d'orienter les cliniciens vers le diagnostic de DM bipolaire. Des symptômes hypomaniaques sont présents dans plus de 50 % de ces dépressions. Actuellement il n'existe pas d'échelle validée pour le diagnostic de la dépression mixte même si des travaux sont en cours (73), (74). La simplification des critères dans le DSM-5 (75), pour correspondre à une dépression « avec caractéristiques mixtes » devrait faciliter l'élaboration de tests psychométriques. Cependant les études de Goldberg *et al.* (2009) (76) et de Judd *et al.* (2012) (77) mettent en évidence un certain nombre de signes cliniques qui seraient les critères à explorer spécifiquement, à savoir la distractibilité, la tachypsychie subjective, la plus grande communicabilité, la diminution du besoin de sommeil, l'augmentation de l'estime de soi et l'augmentation d'activité dirigée vers un but.

Enfin d'autres caractéristiques peuvent guider vers le diagnostic de bipolarité et seraient à rechercher systématiquement. Il s'agit des antécédents familiaux de trouble bipolaire, l'âge de début des troubles (plus précoce pour les sujets bipolaires), la labilité émotionnelle et l'hyperréactivité émotionnelle (78).

Au vu de l'augmentation des institutionnalisations suite aux épisodes dépressifs, effectuer une évaluation de l'autonomie des patients aux différents moments de la prise en charge permettrait une adaptation des soins et des aides au plus près de leurs besoins. Depuis 2014, le service d'ECT réalise cette évaluation grâce à la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso-Ressources).

Les résultats de la MoCA sont en dessous de la normale à la dernière consultation dans notre étude. Par ailleurs, la dépression après 60 ans constitue un facteur de risque de démence comme le montre Diniz *et al.* (2013) (79) dans sa méta-analyse. Il semble donc important de réaliser des examens neuropsychologiques pour les patients dont le score global aux échelles cognitives est inférieur à 25. L'objectif est de pouvoir dépister les patients souffrant de démence, des patients déprimés présentant des symptômes cognitifs résiduels. Pour ces derniers, il existe des stratégies thérapeutiques spécifiques (80) : certains ISRS ont montré un bénéfice surtout pour les patients répondeurs, des psychothérapies obtiennent de bons résultats comme la PST (*Problem Solving Thérapy*) et des recherches se penchent sur des programmes de remédiation cognitive informatisés.

Le rôle de la vitamine D dans la prévention des troubles cognitifs voir des démences est encore controversé (81). Néanmoins, l'étude comparative d'Annweiler *et al.* (2012) (82) sur des patients suivis en centre mémoire montre une amélioration des fonctions cognitives notamment exécutives chez les patients supplémentés en vitamine D. De plus, une étude (83) retrouve la tristesse de l'humeur comme facteur de risque de carence en vitamine D. Ces éléments poussent à explorer la carence en vitamine D chez les patients âgés déprimés et les actions éventuelles de la supplémentation sur leurs troubles cognitifs. Un dosage systématique de la vitamine D serait pertinent, ainsi que l'étude des effets d'une substitution sur les fonctions cognitives avec un groupe supplémenté et l'autre non.

De même pour mieux évaluer l'état de santé général des patients, un dosage de l'albumine systématique serait utile afin d'apprécier une éventuelle dénutrition protéique.

5 Conclusion

Le but de cette étude rétrospective et descriptive, sur des patients âgés traités par ECT pour dépression était de mettre en lumière des différences cliniques entre les patients unipolaires et bipolaires. L'évaluation pré-ECT réalisée dans le service de psychiatrie de liaison du CHU de Nantes a permis d'obtenir des données sur les signes cliniques des DM par le biais de la MADRS et sur les aspects cognitifs grâce aux scores de la MoCA et du MMSE.

Nous avons pu analyser les données de 49 patients, 26 pour le groupe TU et 23 pour le groupe TB. Nous constatons que ces patients âgés ont majoritairement une DM sévère, souvent associée à des symptômes psychotiques. La comorbidité anxieuse est l'affection psychiatrique la plus fréquemment retrouvée dans cette population. Le fonctionnement cognitif se trouve altéré pour ces patients avec des scores moyens au MMSE et à la MoCA abaissés par rapport à la normale. L'altération cognitive est corrélée à la présence de symptômes psychotiques pour les résultats du MMSE et à l'âge pour la MoCA alors que l'intensité de la dépression ne paraît pas diminuer les résultats aux échelles cognitives. Nous constatons la persistance de troubles cognitifs après les séances d'ECT indiquant l'importance d'une évaluation cognitive à distance de la DM et du traitement par sismothérapie. D'autre part, la DM chez l'agé augmente l'institutionnalisation, surtout pour les sujets unipolaires.

Nous avons pu faire ressortir des différences entre les groupes unipolaires et bipolaires. Nous avons noté que les patients bipolaires avaient plus d'antécédent d'ECT. Les sujets TB2 présentaient des DM moins sévères que les autres sujets. Les patients TB1 avaient davantage d'idées de suicide. Pour les patients unipolaires, plus la dépression est intense plus ils présentent des symptômes psychotiques. De plus, la sous-dimension difficulté de concentration de la MADRS apparaît corrélée différemment selon les groupes : avec une baisse du MMSE pour les patients unipolaires et avec un score global de la MoCA augmenté pour les patients bipolaires.

L'examen des stratégies thérapeutiques nous apprend que le lithium est peu prescrit dans cet échantillon de patients. Les antidépresseurs sont moins utilisés pour les patients bipolaires après l'ECT que chez les patients unipolaires. Les APA sont fréquemment employés comme thymorégulateurs. Parmi ces traitements, la quétiapine est le plus souvent prescrite, bien qu'elle ne soit commercialisée en France que depuis 2011.

Le nombre de sujets dans cette étude est peu important et il est probable que cela ait entraîné un manque de puissance statistique pour mettre en évidence des différences entre les groupes. De plus, le traitement par ECT concerne seulement une petite partie des DM chez l'âgé.

Il serait intéressant de pouvoir réaliser une étude sur un nombre de sujets plus important, en service psychiatrique de secteur par exemple, afin de pouvoir définir des caractéristiques cliniques spécifiques pour distinguer la DM unipolaire de la DM rentrant dans le cadre de TB chez les sujets âgés.

Références :

1. Caradec V. Le veuvage, une séparation inachevée. *Terrain Rev D'ethnologie L'Europe*. 2001 Mar 1;(36):69–84.
2. Hirschfeld RM, Williams JB, Spitzer RL, Calabrese JR, Flynn L, Keck PE, et al. Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire. *Am J Psychiatry*. 2000 Nov;157(11):1873–5.
3. Akiskal HS, Kilzieh N, Maser JD, Clayton PJ, Schettler PJ, Traci Shea M, et al. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients. *J Affect Disord*. 2006 May;92(1):19–33.
4. OMS | Santé mentale et vieillissement. WHO. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/>
5. WHO | International Classification of Diseases (ICD). WHO. Available from: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
6. Alexopoulos GS, Young RC, Meyers BS. Geriatric depression: age of onset and dementia. *Biol Psychiatry*. 1993 Aug 1;34(3):141–5.
7. Hesper K, Tebarth F, Wiese B, Eisele M, Bickel H, Köhler M, et al. Age of major depression onset, depressive symptoms, and risk for subsequent dementia: results of the German Study on Ageing, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). *Psychol Med*. 2013 Aug;43(08):1597–610.
8. Husain MM, Rush AJ, Sackeim HA, Wisniewski SR, McClintock SM, Craven N, et al. Age-related characteristics of depression: a preliminary STAR*D report. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2005 Oct;13(10):852–60.
9. H Brodaty GL. Increased rate of psychosis and psychomotor change in depression with age. *Psychol Med*. 1997;27(5):1205–13.
10. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V. Age Differences in Major depression: Results from the National Comorbidity Surveys Replication (NCS-R). *Psychol Med*. 2010 Feb;40(2):225.
11. Luppá M, Luck T, König H-H, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG. Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. *J Affect Disord*. 2012 Dec;142(1-3):166–71.
12. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychother Psychosom*. 2010;79(5):285–94.
13. Guerra M, Ferri CP, Sosa AL, Salas A, Gaona C, Gonzales V, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Br J Psychiatry*. 2009 Dec 1;195(6):510–5.
14. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM—IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb 1;184(2):147–52.
15. Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of Depression in Elderly Community and Primary Care Populations: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 1999 Aug 1. Available from : <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.156.8.1182>
16. Heikkinen R-L, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*. 2004 May;38(3):239–50.

17. 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 Dec;83(2-3):135-42.
18. McCusker J, Cole MG, Voyer P, Monette J, Champoux N, Ciampi A, et al. Observer-rated depression in long-term care: frequency and risk factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014 Jun;58(3):332-8.
19. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord.* 2004 Oct 1;6(5):343-67.
20. Oostervink F, Boomsma MM, Nolen WA. Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *J Affect Disord.* 2009 Aug;116(3):176-83.
21. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Sep;58(9):844-50.
22. Høyer EH, Mortensen PB, Olesen AV. Mortality and causes of death in a total national sample of patients with affective disorders admitted for the first time between 1973 and 1993. *Br J Psychiatry.* 2000 Jan 1;176(1):76-82.
23. Blazer DG, Hybels CF, Pieper CF. The Association of Depression and Mortality in Elderly Persons A Case for Multiple, Independent Pathways. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Aug 1;56(8):M505-9.
24. Cuijpers P, Smit F. Excess mortality in depression: a meta-analysis of community studies. *J Affect Disord.* 2002 Dec;72(3):227-36.
25. Köhler S, Verhey F, Weyerer S, Wiese B, Hegerl R, Wagner M, et al. Depression, non-fatal stroke and all-cause mortality in old age: A prospective cohort study of primary care patients. *J Affect Disord.* 2013 Aug 15;150(1):63-9.
26. Ryan J, Carriere I, Ritchie K, Stewart R, Toulemonde G, Dartigues J-F, et al. Late-life depression and mortality: influence of gender and antidepressant use. *Br J Psychiatry.* 2008 Jan 1;192(1):12-8.
27. Goldstein BI, Herrmann N, Shulman KI. Comorbidity in Bipolar Disorder Among the Elderly: Results From an Epidemiological Community Sample. *Am J Psychiatry.* 2006 Feb 1;163(2):319-21.
28. Van der Veen DC, van Zelst WH, Schoevers RA, Comijs HC, Oude Voshaar RC. Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results of a cohort study. *Int Psychogeriatr.* 2015 Jul;27(07):1157-65.
29. Forty L, Ulanova A, Jones L, Jones I, Gordon-Smith K, Fraser C, et al. Comorbid medical illness in bipolar disorder. *Br J Psychiatry.* 2014 Dec 1;205(6):465-72.
30. Dzierzewski JM, Potter GG, Jones RN, Rostant OS, Ayotte B, Yang FM, et al. Cognitive functioning throughout the treatment history of clinical late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2015 Feb 1.
31. Shimada H, Park H, Makizako H, Doi T, Lee S, Suzuki T. Depressive symptoms and cognitive performance in older adults. *J Psychiatr Res.* 2014 Oct;57:149-56.
32. Bourne C, Aydemir Ö, Balanzá-Martínez V, Bora E, Brissos S, Cavanagh JTO, et al. Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Sep 1;128(3):149-62.
33. Depp CA, Moore DJ, Sitzer D, Palmer BW, Eyler LT, Roesch S, et al. Neurocognitive impairment in middle-aged and older adults with bipolar disorder: Comparison to schizophrenia and normal comparison subjects. *J Affect Disord.* 2007 Aug;101(1-3):201-9.

34. Schouws SNTM, Stek MS, Max L., Comijs HC, Beekman ATF. Risk factors for cognitive impairment in elderly bipolar patients. *J Affect Disord.* 2010 Sep;125(1–3):330–5.
35. Chen C-M, Mullan J, Su Y-Y, Griffiths D, Kreis IA, Chiu H-C. The Longitudinal Relationship Between Depressive Symptoms and Disability for Older Adults: A Population-Based Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2012 Oct 1;67(10):1059–67.
36. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2013 Nov 15;382(9904):1575–86.
37. Ezquiaga E, García-López A, Montes JM, Alegría A, de Dios C, Balanzá V, et al. Variables associated with disability in elderly bipolar patients on ambulatory treatment. *Rev Psiquiatr Salud Ment Engl Ed.* 2012 Jul;5(3):183–90.
38. Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord.* 2014 Dec;169, Supplement 1:S12–6.
39. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013: CANMAT guidelines for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2013 Feb;15(1):1–44.
40. Valentí M, Pacchiarotti I, Undurraga J, Bonnín CM, Popovic D, Goikolea JM, et al. Risk factors for rapid cycling in bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2015 Aug 1;17(5):549–59.
41. Cassidy F. Insight in bipolar disorder: relationship to episode subtypes and symptom dimensions. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;6:627–31.
42. Azorin J-M. [Major depression: features indicative of bipolarity?]. *L'Encéphale.* 2011 Dec;37 Suppl 3:S163–8.
43. Mitchell PB, Frankland A, Hadzi-Pavlovic D, Roberts G, Corry J, Wright A, et al. Comparison of depressive episodes in bipolar disorder and in major depressive disorder within bipolar disorder pedigrees. *Br J Psychiatry.* 2011 Oct 1;199(4):303–9.
44. Forty L, Smith D, Jones L, Jones I, Caesar S, Cooper C, et al. Clinical differences between bipolar and unipolar depression. *Br J Psychiatry.* 2008 May 1;192(5):388–9.
45. Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC, Solomon DA, Keller MB, Coryell WH. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *Am J Psychiatry.* 2011 Jan;168(1):40–8.
46. Guidance on the use of electroconvulsive therapy | Guidance and guidelines | NICE. 2003. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/ta59>
47. Spaans H-P, Sienaert P, Bouckaert F, Berg JF van den, Verwijk E, Kho KH, et al. Speed of remission in elderly patients with depression: electroconvulsive therapy v. medication. *Br J Psychiatry.* 2015 Jan 1;206(1):67–71.
48. O'Connor MK, Knapp R, Husain M, Rummans TA, Petrides G, Smith G, et al. The Influence of Age on the Response of Major Depression to Electroconvulsive Therapy: A C.O.R.E. Report. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2001;9(4):382–90.
49. Salzman C, Wong E, Wright BC. Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996–2001: a literature review. *Biol Psychiatry.* 2002 Aug 1;52(3):265–84.
50. Dierckx B, Heijnen WT, van den Broek WW, Birkenhäger TK. Efficacy of electroconvulsive therapy in bipolar versus unipolar major depression: a meta-analysis: ECT in bipolar versus unipolar depression. *Bipolar Disord.* 2012 Mar;14(2):146–50.

51. Manly DT, Oakley Jr. SP, Bloch RM. Electroconvulsive Therapy in Old-Old Patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2000;8(3):232–6.
52. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1979 Apr;134:382–9.
53. Colasanti V, Marianetti M, Micacchi F, Amabile GA, Mina C. Tests for the evaluation of depression in the elderly: a systematic review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010 Apr;50(2):227–30.
54. Engedal K, Kvaal K, Korsnes M, Barca ML, Borza T, Selbaek G, et al. The validity of the Montgomery–Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. *J Affect Disord*. 2012 Dec 10;141(2–3):227–32.
55. ANAES. Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global - Risque cardio vasculaire rapport. 2004.
56. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov;12(3):189–98.
57. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Apr 1;53(4):695–9.
58. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: The cache county study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Jun 1;57(6):601–7.
59. Zhang X-Q, Wang Z-M, Pan Y-L, Chiu HFK, Ng CH, Ungvari GS, et al. Use of electroconvulsive therapy in older Chinese psychiatric patients: ECT in China. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015 Aug;30(8):851–6.
60. Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. 2015 Aug 1.
61. Goldstein BI, Fagiolini A, Houck P, Kupfer DJ. Cardiovascular disease and hypertension among adults with bipolar I disorder in the United States. *Bipolar Disord*. 2009 Sep 1;11(6):657–62.
62. Sicras A, Rejas J, Navarro R, Serrat J, Blanca M. Metabolic syndrome in bipolar disorder: a cross-sectional assessment of a Health Management Organization database. *Bipolar Disord*. 2008 Aug 1;10(5):607–16.
63. Kessing LV. Differences in diagnostic subtypes among patients with late and early onset of a single depressive episode. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006 Dec 1;21(12):1127–31.
64. Gournellis R, Oulis P, Howard R. Psychotic major depression in older people: a systematic review: Psychotic depression in older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Aug;29(8):784–96.
65. Rossetti HC, Lacritz LH, Cullum CM, Weiner MF. Normative data for the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) in a population-based sample. *Neurology*. 2011 Sep 27;77(13):1272–5.
66. Pantzar A, Laukka E, Atti AR, Fratiglioni L, Bäckman L. 2681 – Cognitive deficits in unipolar old-age depression: a population-based study. *Eur Psychiatry*. 2013;28, Supplement 1:1.
67. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, H Moreno D, Turecki G, Reis C, et al. International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015 Feb 1;17(1):1–16.
68. Gildengers AG, Butters MA, Chisholm D, Anderson SJ, Begley A, Holm M, et al. Cognition in older adults with bipolar disorder versus major depressive disorder: Cognition in older adults with BD versus MDD. *Bipolar Disord*. 2012 Mar;14(2):198–205.

69. Holroyd S, Rabins PV. A Retrospective Chart Review of Lithium Side Effects in a Geriatric Outpatient Population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 1994 Sep 1;2(4):346–51.
70. Shulman KI, Rochon P, Sykora K, Anderson G, Mamdani M, Bronskill S, et al. Changing prescription patterns for lithium and valproic acid in old age: shifting practice without evidence. *BMJ*. 2003 May 3;326(7396):960–1.
71. Young AH, McElroy SL, Bauer M, Philips N, Chang W, Olausson B, et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and lithium monotherapy in adults in the acute phase of bipolar depression (EMBOLDEN I). *J Clin Psychiatry*. 2010 Feb;71(2):150–62.
72. Calabrese JR, Keck PE, Macfadden W, Minkwitz M, Ketter TA, Weisler RH, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of quetiapine in the treatment of bipolar I or II depression. *Am J Psychiatry*. 2005 Jul;162(7):1351–60.
73. Prieto ML, Youngstrom EA, Ozerdem A, Altinbas K, Quiroz D, Aydemir O, et al. Different patterns of manic/hypomanic symptoms in depression: A pilot modification of the hypomania checklist-32 to assess mixed depression. *J Affect Disord*. 2015 Feb 1;172:355–60.
74. Sani G, Vöhringer PA, Napoletano F, Holtzman NS, Dalley S, Girardi P, et al. Koukopoulos' diagnostic criteria for mixed depression: A validation study. *J Affect Disord*. 2014 Aug 1;164:14–8.
75. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association; 2013. Section II, Chap, Depressive Disorders.
76. Goldberg JF, Perlis RH, Bowden CL, Thase ME, Miklowitz DJ, Marangell LB, et al. Manic Symptoms During Depressive Episodes in 1,380 Patients With Bipolar Disorder: Findings From the STEP-BD. *Am J Psychiatry*. 2009 Feb 1;166(2):173–81.
77. Judd LL, Schettler PJ, Akiskal H, Coryell W, Fawcett J, Fiedorowicz JG, et al. Prevalence and clinical significance of subsyndromal manic symptoms, including irritability and psychomotor agitation, during bipolar major depressive episodes. *J Affect Disord*. 2012 May;138(3):440–8.
78. Atzeni T, Henry C, Minois I, Gard S, Desage A, Zanouy L, et al. From inhibition to activation, from emotional hyporeactivity to emotional hyperreactivity: Two pathways to discriminate mood in bipolar disorders. *Psychiatry Res*. 2013 Aug 30;209(1):50–4.
79. Diniz BS, Butters MA, Albert SM, Dew MA, Reynolds CF. Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *Br J Psychiatry*. 2013 May 1;202(5):329–35.
80. Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, Alexopoulos GS. Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late life. *Ann N Y Acad Sci*. 2015 May 1;1345(1):36–46.
81. Anastasiou CA, Yannakoulia M, Scarmeas N. Vitamin D and cognition: an update of the current evidence. *J Alzheimers Dis JAD*. 2014;42 Suppl 3:S71–80.
82. Annweiler C, Fantino B, Gautier J, Beaudenon M, Thiery S, Beauchet O. Cognitive Effects of Vitamin D Supplementation in Older Outpatients Visiting a Memory Clinic: A Pre-Post Study. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr 1;60(4):793–5.
83. Hamdan S, Roussel L, Gleyses X, Chevallereau G, Schott A-M, Beauchet O, et al. Detection of Hypovitaminosis D in Older Adults: A Classification Tree Analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2014 Jun 1;62(6):1193–5.

Table des annexes :

Annexe 1 : Feuille d'observation

Annexe 2 : MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, version française

Annexe 3 : MoCA – Montreal Cognitive Assessment, version française

Annexe 4 : MMSE – Mini Mental State Examination, version française

Annexe 1 : Feuille d'observation (feuille de recueil remplie pour chaque patient de l'étude)

Patient (initiales) :

Date naissance (année)/ âge (années) :

Sexe : Féminin - Masculin

Statut marital : Célibataire– Vie maritale – Veuvage

Institutionnalisation

avant épisode : O - N

après épisode : O - N

Date de la 1^e consultation ECT :

Type de pathologie : DEPRESSIF / BIPOLAIRE (Type de TB : 1 – 2 – 3)

Antécédent personnel de tentative de suicide : O – N

Antécédent de traitement par : ECT – Lithium

Hospitalisation lors des séances d'ECT : O –N

Présence de symptômes psychotiques sur les comptes-rendus : O – N

Nombre de séance d'ECT :

Score initial MADRS :

Date dernière MADRS + score :

- tristesse apparente :

- tristesse exprimée :

- tension intérieure :

- réduction du sommeil :

- réduction de l'appétit :

- difficulté de concentration :

- lassitude :

- incapacité à ressentir :

- pensées pessimistes :

- idées suicidaires :

INTENSITE DE L'EPISODE :

Score MoCA :

Date dernière MoCA et score :

Score MMSE initiale :

Comorbidités psychiatriques associées, déclarées ou codées sur les comptes-rendus :

Troubles anxieux – Addiction – Troubles de la personnalité

Facteurs de risque cardio-vasculaire : O – N et nombre :

Accident vasculaire : O –N + type :

Autres comorbidités somatiques :

Traitement lors de la première consultation :

Traitement à la fin des séances d'ECT :

Annexe 2 : MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, version française

1) Tristesse apparente. Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

0 Pas de tristesse.

1

2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.

3

4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.

5

6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée. Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.

1

2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.

3

4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.

5

6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure. Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.

1

2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.

3

4 Sentiments continus de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

5

6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil. Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

0 Dort comme d'habitude.

1

2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.

3

4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.

5

6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit. Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

0 Appétit normal ou augmenté.

1

2 Appétit légèrement réduit.

3

4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.

5

6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration. Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

0 Pas de difficulté de concentration.

1

2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.

3

4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.

5

6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude. Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.

1

2 Difficultés à commencer des activités.

3

4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.

5

6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir. Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

5

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes. Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

0 Pas de pensées pessimistes.

1

2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.

3

4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.

5

6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide. Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.

1

2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.

3

4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.

5

6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5). Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Annexe 4 : MMSE – Mini Mental State Examination, version française

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire.
Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez.
Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander :

Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

- Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*
- Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

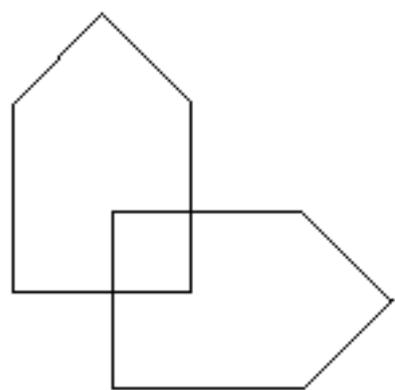
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »



NOM : HUILLE

PRENOM : Adeline

Titre de thèse : Troubles unipolaires et bipolaires de l'âgé : comparaison des aspects cliniques de deux groupes de patients traités par électroconvulsivothérapie (ECT) pour dépression.

RESUME (10 lignes)

La dépression est une affection fréquente chez les personnes de plus de 60 ans. Elle peut se rencontrer dans le cadre de troubles unipolaires ou bipolaires (alternance de dépression et d'hypomanie ou de manie). La dépression a un impact en terme de mortalité et de comorbidités associées (psychiatriques, neurocognitives et somatiques). Les stratégies thérapeutiques concernant les dépressions unipolaires et bipolaires diffèrent.

Nous avons réalisé une étude comparant les aspects socio-démographiques, cliniques, cognitifs et les stratégies thérapeutiques de patients âgés de plus de 60 ans traités par ECT pour dépression, dans le but de pouvoir discerner des différences entre les sujets unipolaires et bipolaires et proposer des stratégies thérapeutiques adaptées.

MOTS-CLÉS :

dépression, personne âgée, trouble bipolaire, trouble unipolaire, ECT, électroconvulsivothérapie