



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne
âgée en cabinet de médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 6 février 2020 à 18h
au Pôle Recherche

par Mathilde ROBERT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François DELFORGE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AFPAD	Association française des psychologues à domicile
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
ATD	Antidépresseur
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CIM	Classification internationale des maladies
CMP	Centre médico-psychologique
CNEG	Collège national des enseignants en gériatrie
CSDD	<i>Cornell Scale for Depression in Dementia</i>
DPC	Développement personnel continu
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DS	Déviation standard
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ECN	Examen classant national
ECR	Essai comparatif randomisé
ECT	Électroconvulsivothérapie
EDC	Episode dépressif caractérisé
ETP	Education thérapeutique du patient
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HAS	Haute autorité de santé
HDRS	<i>Hamilton Rating Scale for Depression</i>
IMAO	Inhibiteurs de la monoamine oxydase
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRSNa	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
MADRS	<i>Montgomery and Asberg Depression Scale</i>
MMS	<i>Mini Mental Score</i>

OMS	Organisation mondiale de la santé
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PHQ	<i>Patient Health Questionnaire</i>
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
R.U.D	Risque Urgence Dangerosité
SMR	Service médical rendu
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

TABLE DES MATIERES

Résumé.....	1
Introduction.....	3
A. Définition de la personne âgée	3
B. Définition de l'épisode dépressif caractérisé	3
1. Généralités	3
2. Epidémiologie	4
3. Particularités sémiologiques de l'EDC chez la personne âgée.....	5
C. Crise suicidaire chez la personne âgée	6
D. Outils de dépistage de l'EDC chez la personne âgée	8
E. Recommandations de prise en charge de l'EDC chez la personne âgée	9
1. Généralités	9
2. Les psychothérapies.....	10
3. Les antidépresseurs	12
a. Place des antidépresseurs dans la prise en charge	12
b. Antidépresseurs recommandés	12
c. Durée du traitement par antidépresseur	14
4. Autres thérapeutiques médicamenteuses	15
a. Les anxiolytiques et hypnotiques.....	15
b. Les neuroleptiques	17
5. L'électroconvulsivothérapie	17
6. Une prise en charge sociale et globale.....	18
7. Le recours au spécialiste	19
F. Problématique en cabinet de médecine générale	20
G. Objectifs de l'étude	21
1. Objectif principal	21
2. Objectifs secondaires	21
Matériels et méthodes	22
A. Type d'étude	22
B. Population étudiée	22
C. Mode de recueil de données.....	23
D. Questionnaire utilisé	23
E. Méthode d'analyse statistique des données	24
F. Aspects légaux.....	25
Résultats	26
A. Médecins contactés dans l'étude	26
1. Nombre de sujet inclus	26
2. Refus de participation	27
3. Critères socio-démographiques.....	28
4. Formation en psychiatrie	29
B. Diagnostic de l'EDC de la personne âgée.	30
1. Signes orientant vers le diagnostic	30
2. Outils et échelles utilisées en pratique.	31
C. Gravité de l'EDC de la personne âgée.....	32
1. Signes de gravité.....	32
2. Attitude résultant des signes de gravité	33
D. Thérapeutiques médicamenteuses	35
1. Classes médicamenteuses introduites	35

a.	Traitement par antidépresseur.....	35
b.	Traitement par anxiolytique	35
c.	Traitement par hypnotique.....	35
2.	Stratégies de traitement utilisées.....	36
3.	Justification des prescriptions établies	37
4.	Durées des prescriptions.....	38
a.	Traitement par antidépresseur.....	38
b.	Traitement par benzodiazépine	39
c.	Traitement par hypnotique.....	40
5.	Autres thérapeutiques utilisées.....	41
E.	Orientation du patient.....	43
1.	Orientation vers un service d'urgence/hospitalisation en milieu spécialisé	43
2.	Freins à l'orientation vers un psychiatre	44
F.	Amélioration de la prise en charge.....	45
1.	Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge en pratique quotidienne.....	45
2.	Perspectives d'amélioration.....	47
G.	Comparaison entre les professionnels suivant les recommandations ou non	48
1.	Effectif global des deux groupes.....	48
2.	Comparaison des deux groupes selon le sexe	49
3.	Comparaison des deux groupes selon l'âge.....	49
4.	Comparaison des deux groupes selon l'année de passation de thèse.....	49
5.	Comparaison des deux groupes selon la formation en psychiatrie.....	50
6.	Comparaison des deux groupes selon l'utilisation d'échelles diagnostiques	50
7.	Comparaison des deux groupes selon la stratégie de traitement	50
8.	Comparaison des deux groupes selon la durée de prescription par benzodiazépine	50
9.	Comparaison des deux groupes selon la durée de prescription par hypnotique.....	51
10.	Comparaison des deux groupes selon les aides à la prescription utilisées	51
	Discussion	52
A.	Limites de l'étude	52
1.	Représentativité de la population	52
2.	Biais de sélection.....	52
3.	Biais de déclaration	53
4.	Biais d'information	54
B.	Principaux résultats.....	54
1.	Formation en psychiatrie	54
2.	Diagnostic de l'EDC de la personne âgée	55
a.	Signes orientant vers le diagnostic	55
b.	Outils et échelles utilisées en pratique	56
3.	Gravité de l'EDC de la personne âgée	57
4.	Thérapeutiques médicamenteuses.....	57
a.	Classes médicamenteuses introduites	57
b.	Stratégies de traitement utilisées.....	58
c.	Durée des prescriptions.....	58
d.	Autres thérapeutiques utilisées.....	59

5. Freins à l'orientation vers un psychiatre	60
6. Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge en pratique quotidienne.....	61
7. Comparaison entre les professionnels suivant les recommandations ou non	63
C. Perspectives de l'étude.....	63
Conclusion	66
Références bibliographiques	68
Annexes.....	75
Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un l'EDC d'après la CIM-10 (8)	75
Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'EDC d'après le DSM-V (9)	76
Annexe 3 : Critères définissant un EDC léger, modéré ou sévère.....	78
Annexe 4 : Echelle d'évaluation Risque, Urgence, Dangerosité.....	79
Annexe 5 : Arbre décisionnel d'aide à la prise en charge de l'EDC chez la personne âgée	80
Annexe 6 : classes pharmaceutiques des antidépresseurs.....	81
Annexe 7 : Questionnaire de l'étude	82

RESUME

Contexte : Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé (EDC). Cependant, peu de données portent sur les spécificités de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale dans la littérature. L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge effectuée lors de la découverte de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative de type enquête de pratique au cours de laquelle un tirage au sort de 300 médecins généralistes exerçant dans le département du Nord sur le site de l'annuaire téléphonique les Pages jaunes a été effectué. Un auto-questionnaire anonyme leur a été envoyé par mail. Celui-ci abordait les critères diagnostiques de l'EDC de la personne âgée, l'attitude thérapeutique des répondants, leurs perspectives d'amélioration ainsi que leurs caractéristiques socio-démographiques.

Résultats : 66 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. La classe d'antidépresseur (ATD) la plus utilisée était les ISRS suivie de la Miansérine. Cela correspondait aux recommandations de bonnes pratiques actuelles. 36,4 % des répondants prescrivaient un traitement ATD sur une durée plus courte que celle préconisée dans les recommandations actuelles. L'association de traitement par ATD et anxiolytique était utilisée par 77,3 % des répondants, faisant des anxiolytiques une classe thérapeutique très utilisée dans cette population, malgré un risque iatrogène important. Les durées des traitements par benzodiazépines et hypnotiques étaient en accord avec les recommandations de bonne pratique dans respectivement 90,9 % et

83,4 % des prescriptions. 81,8 % des répondants s'appuyaient sur la psychothérapie et 74,2 % effectuaient une prise en charge psycho-sociale.

Conclusion : 41 % des répondants suivaient les recommandations de bonne pratique actuelles. Ainsi, des pistes d'améliorations dans la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en médecine générale ressortaient telles qu'une formation médicale initiale d'avantage axée sur la pratique ainsi que la revalorisation tarifaire de la consultation réalisée par le médecin généraliste.

INTRODUCTION

A. Définition de la personne âgée

L'organisation mondiale de santé (OMS) a proposé la définition suivante du vieillissement d'une personne : « le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (1).

L'OMS a fixé l'âge à partir duquel une personne est considérée comme une personne âgée à 60 ans (2).

Cependant, d'autres seuils d'âge ont été proposés pour qualifier une personne d'âgée (3,4). En effet, cette définition est souvent associée à l'âge à partir duquel il est possible de commencer à recevoir des prestations de retraite.

Dans les pays occidentaux, un âge de 65 ans ou plus est souvent retenu pour définir une « personne âgée » par des organismes tel que l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en France en 2005 par exemple (5).

B. Définition de l'épisode dépressif caractérisé

1. Généralités

La dernière version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) traduite en français, a modifié l'ancienne terminologie « épisode dépressif majeur » pour « épisode dépressif caractérisé » (EDC) (6). Ce terme permet d'éviter la confusion avec les critères de sévérité de l'épisode (léger, modéré, sévère). Nous utiliserons ce terme dans cette étude.

La définition de l'EDC selon l'OMS est la suivante : « La dépression est un trouble

mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. La dépression peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner au travail ou à l'école ou à faire face à sa vie quotidienne » (7).

Le diagnostic de l'EDC est avant tout clinique. La classification de référence est la classification internationale des maladies, actuellement dans sa version 10 (CIM-10) définie par l'OMS (annexe 1) (8). L'*American Psychiatric Association* (APA) a elle aussi proposée une classification des troubles mentaux dans la 5^{ème} édition du DSM (DSM-5) publiée en 2013 (annexe 2) (9). Le DSM-5 est plus utilisé que la CIM-10 pour les recherches cliniques en psychiatrie et tend également à faire référence en pratique clinique courante. Cependant, la CIM-10 reste la référence en France pour la cotation des actes hospitaliers (6).

Ces deux classifications définissent des symptômes psychiques et physiques spécifiques devant être présents durant une durée d'au moins 2 semaines (8,9).

La sévérité d'un EDC est déterminée, selon les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5, par le nombre de symptômes, par leur intensité et par le degré de dysfonctionnement ressenti par le patient dans les activités sociales et professionnelles. Ainsi, trois niveaux de sévérité existent : léger, modéré ou sévère (annexe 3) (10).

2. Epidémiologie

Les personnes âgées de plus de 65 ans regroupaient 20,1 % de la population totale française en janvier 2019 (11).

Le taux de prévalence des symptômes dépressifs chez les plus de 65 ans

consultant en médecine générale est estimé à 10 % contre des taux de prévalence d'EDC dans cette même population entre 1 et 1,5% (12,13).

Le risque suicidaire a pu être évalué à partir de la base de données nationales de l'enquête « La Santé Mentale en population générale : Image et Réalité » qui était coordonnée par le Centre Collaborateur de l'OMS. Le risque suicidaire passait de 9.5% chez les moins de 65 ans, à 7.9% chez les 65-74 ans jusqu'à 14.2% chez les 75 ans et plus (14,15).

L'Inserm retrouvait en 2006 que le tiers des décès par suicide concernaient les plus de 65 ans en France métropolitaine (16). Plus récemment, une enquête a retrouvé qu'entre 2011 et 2013 la moyenne annuelle de décès par suicide en France chez les personnes âgées de 65 ans et plus était de 2153 chez les hommes et 748 chez les femmes. Ces populations représentent le tiers de l'ensemble des suicides en France. Aussi, le taux de suicide par habitant le plus élevé concerne donc les personnes âgées (17).

3. Particularités sémiologiques de l'EDC chez la personne âgée

Plusieurs auteurs se sont accordés à dire que les critères diagnostiques de la CIM-10 et du DSM-5 n'étaient pas adaptées aux personnes âgées et que leur pertinence en gériatrie était discutable (18,19). Il s'agissait notamment d'une des raisons avancées pour expliquer le fait que ce trouble restait sous-diagnostiqué chez la personne âgée (20).

Généralement, les symptômes dépressifs décrits chez le sujet jeune peuvent aussi être observés chez la personne âgée. Cependant, l'EDC de la personne âgée peut être masqué par des pathologies somatiques. Aussi, la symptomatologie est souvent moins franche et moins évidente que celle retrouvée dans une population plus

jeune (21,22).

L'EDC peut présenter certaines spécificités chez les personnes âgées :

- Une expression de la tristesse moins marquée
- Des plaintes somatiques fréquentes
- Une plainte mnésique subjective
- Une anxiété ou des modifications du caractère plus marquées
- Une apathie associée

La tristesse de l'humeur apparaît moins marquée chez la personne âgée. En effet, celle-ci peut mettre sur le compte du vieillissement son humeur dépressive.

Cette souffrance morale peut être également inhibée par un sentiment de honte vis-à-vis de ce qu'elle perçoit comme une faiblesse (23).

La plainte mnésique subjective peut faire partie de l'EDC de la personne âgée, c'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande de se poser la question d'un EDC sous-jacent devant tout trouble cognitif chez une personne âgée (10).

Une autre difficulté sémiologique tient au fait que le ralentissement psychomoteur est plus difficile à apprécier chez la personne âgée, ses aptitudes physiques étant souvent diminuées (24,25).

L'EDC de la personne âgée est également associé à des risques somatiques et fonctionnels comme la dénutrition, l'aggravation des comorbidités, une perte d'autonomie, ainsi qu'à un risque suicidaire très élevé (13).

C. Crise suicidaire chez la personne âgée

La crise suicidaire est une crise psychique, le risque majeur étant le suicide. Celle-ci est réversible, temporaire et correspond à une rupture d'équilibre relationnel

du sujet avec lui-même et son environnement (26).

L'évaluation du risque suicidaire doit être systématique en cas d'EDC chez la personne âgée et les idées suicidaires doivent toujours être recherchées (13).

Le repérage de la crise suicidaire en population générale s'appuie sur différentes manifestations (27) :

- L'expression d'idées et d'intention suicidaire
- Des manifestations psychiques de crise
- Un contexte de vulnérabilité

L'échelle d'évaluation Risque, Urgence, Dangereosité (R.U.D) est un outil d'aide à l'évaluation du risque suicidaire (annexe 4) (28).

La crise suicidaire de la personne âgée est souvent plus discrète et masquée par des plaintes somatiques. Son repérage est réputé difficile (29). En effet, les idées suicidaires sont plus rarement exprimées chez les personnes âgées, comme le montrait une étude descriptive réalisée au Royaume-Uni où elles n'étaient alors clairement formulées que dans 17.9% des cas (30).

D'autres manifestations peuvent être présentes :

- Une attitude de repli sur soi
- Un refus de s'alimenter
- Un manque de communication
- Une perte d'intérêt pour les activités
- Un refus de soin et des gestes suicidaires (26)

Il existe certaines particularités de la crise suicidaire : une intentionnalité et une létalité suicidaire élevées, peu d'antécédents personnels de conduites suicidaires ainsi qu'un faible niveau d'impulsivité et d'agressivité (31). Le risque de décès lors d'une

tentative de suicide chez la personne âgée est plus important que dans les autres âges de la vie (26,32).

La HAS recommande l'intervention du psychiatre à toutes les phases de la crise suicidaire afin d'évaluer la psychopathologie, de diagnostiquer la crise et les troubles psychiatriques associés et de déterminer les stratégies thérapeutiques (27).

D. Outils de dépistage de l'EDC chez la personne âgée

Il est difficile de faire le dépistage et/ou le diagnostic face aux multiples étiologies organiques pouvant être recherchées. Des aides instrumentales ont été développées face à ces difficultés. Certaines échelles, outils de dépistage ou de diagnostic décrits par les sociétés de gériatrie et de psychiatrie ont montré leur utilité (33).

On retrouve des outils d'autoévaluation :

- Le Beck Depression Inventory (BDI-21 items) utilisable en population générale et chez les personnes âgées (34).
- Les Patient Health Questionnaires 2 et 9 (PHQ-2 et PHQ-9) également utilisables en population générale et chez les personnes âgées. Le PHQ peut être utilisé comme outil de repérage ainsi que pour mesurer l'évolution clinique du patient (suivi et évaluation de la réponse au traitement). Le PHQ-2 peut être tout d'abord utilisé comme un outil d'aide au repérage puis complété par le PHQ-9 pour en améliorer la spécificité. L'une des limites de cet auto-questionnaire est l'absence de validation en langue française (35).
- La Geriatric Depression Scale (GDS) : Il existe une version à 4 items (mini-GDS) utilisée lors de l'évaluation gériatrique standardisée mais également le GDS à 15 items ou 30 items pour les versions courte et longue (36).

Cette échelle est efficace chez les patients âgés ne présentant pas de trouble

cognitif. Cependant, lorsque ce test s'adresse à des patients atteints de démence modérée à sévère, sa validité n'est pas maintenue et sa sensibilité est de l'ordre de 47% (34-36).

Il existe également des échelles d'hétéroévaluation :

- La Cornell scale for depression in dementia (CSDD) qui a été élaborée afin de faciliter le dépistage de la dépression chez des patients dont le syndrome démentiel est déjà installé, avec un *mini mental score* (MMS) inférieur à 15 (40).
- La Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS) qui est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable en population générale et chez les personnes âgées (41).
- La Montgomery and Asberg Depression Scale (MADRS) qui est une échelle de dépression également utilisable en population générale et chez les personnes âgées (42).

E. Recommandations de prise en charge de l'EDC chez la personne âgée

1. Généralités

L'association mondiale de psychiatrie a proposé des principes généraux de prise en charge de l'EDC chez la personne âgée (43) :

- L'éducation du patient, de sa famille et des accompagnants à propos de l'EDC,
- Le traitement de la personne dans son intégralité, comprenant les troubles somatiques coexistant, les déficits sensoriels et autres handicaps,
- Le traitement de la symptomatologie dépressive. L'objectif étant la rémission complète.

Un programme pilote entre 2006 et 2013 a été mis en place en France par la HAS afin d'améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé (plan PsychoSA) (44). Les objectifs étaient d'améliorer le diagnostic et la prise en charge, notamment par antidépresseur (ATD), de l'EDC chez les personnes âgées.

En lien avec ce projet, la HAS a publié un arbre décisionnel d'aide à la prise en charge de l'EDC de la personne âgée (annexe 5).

2. Les psychothérapies

Laplanche et Pontalis appellent psychothérapie « Toute méthode de traitement des désordres psychiques ou corporels utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade » (45).

Une psychothérapie peut être réalisée en ambulatoire par différents thérapeutes tels que les psychiatres, les médecins généralistes ou les psychologues (46). Le choix du type de psychothérapie repose sur les compétences du thérapeute, la préférence du patient et l'objectif à atteindre.

Il existe de nombreux types de psychothérapie mais les cinq principaux sont :

- La psychothérapie de soutien (ou thérapie humaniste / existentielle). Il s'agit d'une approche, centrée sur le présent qui mise sur la capacité de la personne à comprendre ses difficultés. L'objectif est ainsi de trouver ses propres solutions et d'apporter les changements adaptés. Il s'agit d'une psychothérapie dont la technique est non codifiée, à l'inverse des psychothérapies structurées qui sont citées ci-dessous.
- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), basée sur la prise de conscience des liens entre les pensées, les comportements et les émotions.

L'objectif est d'agir sur les pensées dysfonctionnelles afin d'améliorer l'état émotif en modifiant les facteurs influençant le comportement.

- La psychothérapie systémique est fondée sur la notion de système. Une cellule, une personne, une famille ou une entreprise constituent autant de systèmes. Il s'agit d'appréhender la fonction du symptôme à l'intérieur du groupe. Cette psychothérapie vise à rompre avec un "cercle vicieux" et insiste sur l'importance des règles qui régissent les interactions des membres de la famille par exemple afin d'agir dessus pour les modifier.

- La psychothérapie analytique (ou psychanalyse) correspond à une démarche plus longue et fait appel au concept de l'inconscient. Les difficultés actuelles sont considérées comme ayant leurs origines dans les conflits irrésolus de l'enfance. L'objectif de cette psychothérapie est de prendre conscience de l'impact des conflits inconscients sur le fonctionnement actuel, afin de s'en dégager.

- La psychothérapie multiréférentielle. Il s'agit d'une combinaison ou d'une intégration de psychothérapies. Bien qu'ayant plusieurs cadres de référence méthodologiques différents, la méthode de psychothérapie multiréférentielle doit respecter chacun d'entre eux tout en les associant et en créant un ensemble cohérent (47).

Les résultats d'une méta-analyse datant de 2006, regroupant 25 études contrôlées randomisées permettent de confirmer que toutes les psychothérapies sont efficaces dans le traitement de l'EDC de la personne âgée. Il n'existe pas de différence significative retrouvée entre la TCC et les autres (48). Ainsi, les psychothérapies doivent être proposées aux personnes âgées dépressives (49,50).

La HAS recommande le recours à la psychothérapie à chaque phase d'un EDC

et à tout niveau de gravité. Une psychothérapie de soutien est recommandée en première intention lors d'un EDC d'intensité légère. Lors d'un EDC d'intensité modérée, la psychothérapie, pouvant être associée à un ATD, doit être envisagée en priorité. Les recommandations ne précisent pas de type de psychothérapie particulier lors d'un EDC d'intensité modérée. Enfin, la psychothérapie, sans autre précision, est également recommandée lors d'un EDC d'intensité sévère, d'emblée associée à un traitement ATD (10).

3. Les antidépresseurs

a. Place des antidépresseurs dans la prise en charge

Une méta-analyses d'essais comparatifs randomisés (ECR) publiée en juillet 2008 a montré que les ATD comparés à un placebo étaient efficaces dans le traitement de l'EDC de la personne âgée (51).

Les stratégies thérapeutiques selon l'intensité de l'EDC sont identiques à celles des patients plus jeunes (52).

D'après les recommandations de la HAS, lors d'un EDC d'intensité modérée, un ATD peut être associé à la psychothérapie, selon la clinique observée par le praticien ou le choix du patient. Pour les EDC d'intensité sévère, il est recommandé d'instaurer le traitement ATD d'emblée et de toujours l'associer à une psychothérapie (10).

b. Antidépresseurs recommandés

Les médicaments ATD peuvent être répartis en différents groupes (annexe 6) (53) :

- Les imipraminiques (tricycliques)
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)
- Les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO sélectifs ou non)
- Les ATD de mécanismes pharmacologiques différents

La revue scientifique médicale britannique *The Lancet* a publié une méta-analyse en réseau en février 2018 s'intéressant à l'efficacité et l'acceptabilité comparatives de 21 ATD pour le traitement de courte durée d'un EDC chez les adultes (54). Il a été constaté que tous les ATD inclus dans la méta-analyse étaient plus efficaces que le placebo dans cette population et que la taille de l'effet résumé était généralement modeste. Certains ATD, tels que l'Escitalopram, la Mirtazapine, la Paroxétine, l'Agomélatine et la Sertraline, ont présenté une réponse relativement plus élevée et un taux d'abandon plus faible que les autres antidépresseurs.

Le choix de la classe d'ATD à utiliser sera effectué en fonction des effets secondaires à prévoir, des réponses précédemment obtenues dans le cas d'un EDC antérieur, des préférences du patient et du prescripteur, du coût ainsi que des propriétés pharmacologiques de la substance (55).

La HAS recommandait en octobre 2017, en raison de leur meilleure tolérance, un ISRS, un IRSNa, ou un médicament de la classe des « autres antidépresseurs », à l'exception de la Tianeptine et de l'Agomélatine (soit la Mirtazapine et la Miansérine). En raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire, les ATD imipraminiques (tricycliques) ne sont recommandés qu'en seconde intention. La Tianeptine n'est recommandée qu'en troisième intention en raison de son risque d'abus et de dépendance. L'Agomélatine est également recommandée en troisième intention en raison de sa toxicité hépatique. Enfin, les IMAO ne sont recommandés qu'en dernière ligne, après échec des autres thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait des

leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses (10).

Les guidelines britanniques et américaines recommandent également pour « la plupart des patients », l'utilisation d'ATD des classes ISRS, IRSNa, mais aussi de la Mirtazapine ou du Bupropion (non commercialisé en France dans cette indication) (56–59). Elles précisent que l'utilisation d'IMAO devrait être limitée aux patients ne répondant pas aux autres traitements.

Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée pour la plupart des ATD est en général la moitié de celle préconisée chez l'adulte, en particulier pour les imipramiques (57,60). Les raisons sont principalement pharmacocinétiques, les posologies habituellement administrées chez l'adulte induisant plus d'effets indésirables chez les personnes âgées (61).

Une méta-analyse montre que des posologies à faible dose d'ATD tricycliques (75 et 100 mg/j) sont plus efficaces que le placebo dans le traitement de la dépression (62). La réponse thérapeutique est plus lente chez les personnes âgées (10,58).

Enfin, la monothérapie antidépressive doit prévaloir en population générale. En effet, il n'a pas de données évaluant la pertinence en termes d'efficacité des associations d'ATD. De plus, les risques liés à cette association sont importants (60).

c. Durée du traitement par antidépresseur

Le traitement d'un épisode dépressif comporte deux phases (60) :

- Une phase aiguë, durant 2 à 3 mois dont l'objectif est la rémission des symptômes.
- Une phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir les rechutes.

Les auteurs d'une revue de la littérature publiée dans le JAMA s'appuient sur

une méta-analyse de 8 essais cliniques randomisés pour affirmer l'importance de continuer le traitement après la rémission des symptômes dépressifs (63).

Le Collège national des Enseignants en Gériatrie (CNEG) préconise un traitement par ATD de 4 mois après la phase aiguë, soit une durée totale de traitement d'au moins 6 mois et 9 mois au maximum s'il s'agit d'un premier EDC (64).

La HAS recommande une durée totale du traitement antidépresseur d'un EDC d'au moins 1 an après la rémission (10).

D'après les recommandations de l'*American Psychiatric Association* (APA), les patients traités avec succès par ATD lors de la phase aiguë devraient poursuivre ce traitement pendant 4 à 9 mois, afin de réduire le risque de rechute. Le traitement durerait ainsi 6 mois à un an environ (65).

Cependant, le traitement ATD doit être poursuivi au-delà de la période de consolidation lorsqu'existent des symptômes résiduels (60).

L'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) préconise une durée de traitement d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été nombreux et sévères. Les pathologies associées et des antécédents familiaux d'EDC sont également à prendre en compte (60).

Enfin, le traitement ATD devra être arrêté de façon progressive, sur plusieurs semaines à l'issue de la durée optimale du traitement (65).

4. Autres thérapeutiques médicamenteuses

a. Les anxiolytiques et hypnotiques.

La coprescription « anxiolytique et/ou hypnotique + ATD » est fréquente en France et concernerait deux-tiers de la population adulte souffrant d'un EDC (66).

Une revue de littérature publiée dans la Cochrane en 2019 retrouvait que

l'association d'ATD et de benzodiazépines s'était avérée plus efficace en population adulte, que les ATD seuls pour améliorer l'EDC et réduire les symptômes au début du traitement (une à quatre semaines). Aucune différence n'avait cependant été constatée à un stade ultérieur (67).

Selon les recommandations de la HAS chez l'adulte, un traitement concomitant par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement ATD pour une durée de 2 semaines en cas d'agitation, d'anxiété ou d'insomnie invalidantes (10). Cette coprescription doit être suspendue dès que l'ATD améliore le tableau thymique et que l'anxiété et l'insomnie se sont amendées.

Aucune recommandation n'existe sur les anxiolytiques et hypnotiques dans le cadre de l'EDC de la personne âgée, cependant, leurs prescriptions doivent être particulièrement prudentes.

Le risque de dépendance aux benzodiazépines n'est pas négligeable, tout comme le risque de chute engendré par une baisse de la vigilance (60,68). Les anxiolytiques et hypnotiques peuvent être également responsables de troubles de la mémoire, de confusion, de trouble du comportement, de dépression respiratoire, mais aussi d'effets paradoxaux avec désinhibition et augmentation de l'agressivité (69–71).

Laroche ML. a établi une liste de médicaments potentiellement inappropriés à éviter en gériatrie. Ceux-ci doivent être évités d'une manière générale et dans la mesure du possible chez les personnes âgées de 75 ans et plus car ils ont une balance bénéfique/risque défavorable et/ou une efficacité douteuse. On trouve parmi cette liste, certains antihistaminiques H1 (Hydroxyzine Atarax®, Alimemazine Théralène®,...), des hypnotiques aux propriétés anticholinergiques (Doxylamine Donormyl®, Aceprometazine en association Noctran®,...) et les benzodiazépines à demi-vie longue, soit supérieure à 20 heures (Bromazepam Lexomil®, Diazepam Valium®,...)

(72).

Les alternatives proposées sont les hypnotiques ainsi que les benzodiazépines à demi-vie courte ou intermédiaire. Ils devront être prescrits à dose inférieure ou égale à la moitié de la dose proposée chez l'adulte jeune (72).

Enfin, selon les dernières recommandations de la HAS de février 2015, les hypnotiques de type benzodiazépine ou apparentés ne doivent pas être prescrits sur une durée de plus de 4 semaines, incluant la période de diminution progressive des doses avant l'arrêt (73).

Concernant les benzodiazépines, la HAS recommande la durée de traitement la plus brève possible et une durée de prescription limitée à un maximum de 12 semaines (74).

Les anxiolytiques et hypnotiques auraient donc une place accessoire, non systématique, et surtout transitoire dans le traitement des EDC de la personne âgée.

b. Les neuroleptiques

L'utilisation des neuroleptiques dans la prise en charge de l'EDC de la personne âgée est réservée aux formes sévères de l'EDC et concerne la prise en charge spécialisée.

5. L'électroconvulsivothérapie

Lors d'EDC les plus sévères ou résistants aux médicaments, l'électroconvulsivothérapie (ECT) garde toute sa pertinence, dans un cadre strictement hospitalier (75).

6. Une prise en charge sociale et globale

La prise en charge sociale fait partie du traitement de l'EDC de la personne âgée. Elle permet de lutter contre le cercle vicieux de l'isolement, de la solitude et de la dépression. Une collaboration étroite entre les différents intervenants tels que les professionnels paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute, ...), le médecin généraliste, les travailleurs sociaux (aide-ménagère, assistante sociale, ...) et l'entourage familial est nécessaire. Ce travail de réseau autour de la personne âgée est indispensable pour améliorer ses conditions de vie et favoriser son intégration sociale (10,26,76,77). Un programme de rupture de l'isolement fait d'appels téléphoniques réguliers auprès de 18 600 personnes vulnérables durant 11 années en Italie, a notamment montré une diminution des décès par suicide (78).

A propos de l'entourage du patient, la HAS recommande, lorsque cela est approprié et si le patient est d'accord, d'informer l'entourage du patient sur les symptômes de l'EDC, l'évolution de la maladie ainsi que son traitement. Les membres de l'entourage peuvent ainsi permettre d'améliorer l'adhésion du patient au traitement et de soutenir l'alliance thérapeutique.

Il est également recommandé de fournir à l'entourage une information sur les associations de patients et représentants des usagers (10).

La prise en charge idéale du patient dépressif est qualifiée de globale car elle implique de traiter les affections somatiques associées aux troubles psychiatriques, ainsi que de prendre en charge la douleur physique. La prise en charge d'un état de dénutrition, la correction des déficits sensoriels (auditifs et visuels) et la rééducation physique sont parfois nécessaires pour maintenir l'autonomie et la qualité de vie de la personne âgée (1,12,79,80).

7. Le recours au spécialiste

La HAS a établi un cahier des charges et des cadres référentiels pour la mise en œuvre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre de l'expérimentation PAERPA (Personnes Agées En risque de Perte d'Autonomie).

Elle définit ainsi le rôle du psychiatre lors d'un EDC chez la personne âgée. Celui-ci assure des consultations spécialisées pour le diagnostic et/ou la prescription des traitements des cas difficiles dans les différentes situations suivantes :

- Absence de rémission complète après 8 à 10 semaines de traitement
- Rechute ou de récurrence
- Evaluation et la gestion de la crise suicidaire (13)

Le médecin généraliste peut alors orienter son patient vers un psychiatre libéral ou vers le centre médico-psychologique (CMP) de son secteur.

Au sujet de la prise en charge de l'EDC de l'adulte en premiers recours, la HAS recommande d'orienter rapidement le patient vers un psychiatre lors d'un EDC d'intensité sévère, afin d'associer une psychothérapie à l'antidépresseur (10).

Il est également recommandé d'envisager une hospitalisation soit d'emblée, soit au cours de l'évolution, devant les différentes situations suivantes :

- Scénario suicidaire construit imminent
- Risque immédiat d'automutilation
- Patient violent
- EDC d'intensité sévère, en cas de symptômes psychotiques ou somatiques sévères associés
 - Présence d'une agitation anxieuse avec un manque de contrôle émotionnel ou une impulsivité
- Sevrage de substance psychoactive

- Situation particulière l'exigeant

Tous les efforts doivent être mis en œuvre pour obtenir le consentement du patient s'il a besoin d'être admis à l'hôpital. Les dispositions légales relatives aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge peuvent être utilisées si l'hospitalisation est refusée (10).

F. Problématique en cabinet de médecine générale

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge de l'EDC puisqu'ils doivent en faire diagnostic, encourager et soutenir le patient à participer aux activités de soins de sa dépression. Ils doivent également initier et maintenir les traitements médicamenteux à des doses et durées adaptées tout en traitant les problèmes médicaux concomitants.

Les médecins généralistes sont également impliqués à tous les niveaux du repérage et de la prise en charge de la crise suicidaire. Une étude réalisée au Québec retrouvait que les deux tiers des personnes âgées suicidées avaient consulté leur médecin généraliste durant le mois précédant leur geste suicidaire. De plus, la moitié d'entre eux avaient consulté un médecin généraliste ou un spécialiste au cours des deux semaines précédant leur décès (81).

Peu de données portent sur les spécificités de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale dans la littérature.

Cette prise en charge peut s'avérer difficile en pratique. En effet, bien que les critères diagnostiques de l'EDC soient semblables à tout âge, cette pathologie présente un profil symptomatique et évolutif spécifique chez la personne âgée. L'instauration d'un traitement médicamenteux et son suivi peuvent poser de nombreux

problèmes dans cette population souvent polyopathologique et exposée aux risques iatrogènes des psychotropes. Certains obstacles peuvent également entraver l'accès à une psychothérapie chez les personnes âgées.

Enfin, des spécificités épidémiologiques et cliniques à la crise suicidaire de la personne âgée existent et en font une difficulté de prise en charge supplémentaire.

G. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de décrire la prise en charge effectuée lors de la découverte de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de :

- Déterminer les principaux signes orientant les médecins généralistes vers le diagnostic de l'EDC de la personne âgée
- Connaître l'utilisation des principaux outils d'aide au diagnostic de l'EDC de la personne âgée par les médecins généralistes
- Connaître les éventuels obstacles rencontrés au cours de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée par les médecins généralistes
- Déterminer les pistes d'amélioration éventuelles de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée des médecins généralistes
- Comparer la prise en charge des médecins généralistes qui suivent les recommandations versus ceux qui ne les suivent pas

MATERIELS ET METHODES

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative, de type enquête de pratique. Son but est d'analyser les pratiques professionnelles actuelles de prise en charge de l'EDC chez les personnes âgées en médecine générale. Le protocole de cette étude a été rédigé en étroite collaboration avec la consultation d'aide méthodologique de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France (F2RSM Psy).

B. Population étudiée

La population incluse dans l'étude regroupait 300 médecins généralistes ayant une activité libérale, hospitalière ou mixte. Ils exerçaient dans le département du Nord et avaient été tirés au sort dans l'annuaire téléphonique Les Pages jaunes. Les médecins n'ayant pas une activité de médecine générale n'étaient pas inclus dans l'étude.

Les 300 médecins ont été tirés au sort sur le site internet <https://www.pagesjaunes.fr> après utilisation des deux critères de recherches « médecin généraliste » et « Nord » sans rafraichissement de la page.

Après avoir recueilli les noms et les numéros de téléphone des médecins généralistes tirés au sort, une succession de 3 appels téléphoniques maximum par médecin généraliste a été effectuée. Ces appels ont été effectués à des jours et des heures différents. Le but de ces appels téléphoniques était de leur présenter le protocole de l'étude et de leur demander leur accord pour me transmettre leur adresse mail afin de me permettre ensuite de leur envoyer l'auto-questionnaire.

C. Mode de recueil de données

Afin de préserver l'anonymat du recueil des données, un auto-questionnaire créé sur Google Forms a été envoyé aux médecins généralistes. Cet auto-questionnaire était également accompagné d'une lettre d'information. J'étais la seule personne à recevoir directement les réponses des participants, via un accès sécurisé au document par un mot de passe. Deux relances ont été effectuées, respectivement 15 et 30 jours après le premier envoi. Les données ont été recueillies entre le 4 mai 2019 et le 1^{er} juillet 2019.

D. Questionnaire utilisé

Le questionnaire présenté en annexe 7 a été élaboré après l'étude de la littérature sur la prise en charge de l'EDC chez les personnes âgées et en fonction des problématiques perçues. Dix médecins généralistes ne figurant pas parmi les participants de l'enquête ont répondu à l'auto-questionnaire en amont du premier envoi afin de s'assurer de sa facilité de réponse, de sa cohérence et du bon recueil des réponses. Leurs 10 réponses n'ont pas été prises en compte dans les résultats de l'étude.

L'auto-questionnaire comportait 26 questions et recueillait différents types d'informations :

- La première partie traitait du diagnostic de l'EDC de la personne âgée.
- La deuxième partie abordait l'attitude thérapeutique des répondants lorsqu'ils étaient confrontés à un EDC chez la personne âgée (choix des traitements médicamenteux, non médicamenteux, durée des prescriptions, recours aux spécialistes).

- La troisième partie recueillait les perspectives d'améliorations évoquées par les répondants.

- Enfin la dernière partie regroupait les caractéristiques des répondants (sexe, âge, année d'exercice, formation médicale continue).

La plupart des questions étaient fermées, à choix simples ou multiples. Cependant, un espace d'expression avait été laissé pour certaines questions, sous la forme d'un item « autre : ... » accompagné d'un champ libre. Une question était ouverte afin que le médecin interrogé puisse exprimer librement son point de vue.

E. Méthode d'analyse statistique des données

Le logiciel Excel (Microsoft, Redmond, WA) était utilisé pour la base de données. Les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel R.

L'analyse descriptive des données comprenait :

- La description de la population d'étude
- Analyse de l'objectif principal
- Analyse des objectifs secondaires

Pour les analyses descriptives :

- Les variables quantitatives étaient décrites au moyen des déviations standards (DS) et moyennes en cas de distribution normale, ou au moyen des médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale.

- Les variables qualitatives étaient décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Une comparaison a été effectuée entre les praticiens suivant les recommandations et ceux ne les suivant pas. Cette comparaison a été réalisée sur différentes variables :

- Les données socio-démographiques (sexe, moyenne d'âge, année de passation de thèse)
- La formation ou non en psychiatrie
- L'utilisation ou non d'une échelle diagnostique
- La stratégie de traitement
- Durée des prescriptions par benzodiazépine et hypnotique
- Les aides à la prescription utilisées

Pour les analyses comparatives :

- Des tests non paramétriques de Wilcoxon ont été utilisés pour comparer deux moyennes (comme pour l'âge ou les années d'expérience), comme l'un des deux groupes était inférieur à 30 individus.
- Des tests non paramétriques de Fisher ou Chi-2 ont été utilisés en fonction de l'effectuer théorique attendu, pour comparer deux proportions (comme pour le sexe), comme l'un des deux groupes était inférieur à 30 individus.

F. Aspects légaux

Il n'était pas nécessaire de demander un accord de la commission nationale de l'informatique et des libertés, aucune donnée à caractère personnel n'étant recueillie.

RESULTATS

A. Médecins contactés dans l'étude

1. Nombre de sujet inclus

Trois cents médecins ont été tirés au sort. Parmi eux, trente-quatre professionnels n'avaient pas de pratique de médecine générale. En effet, il y avait douze angiologues, deux allergologues, trois mésothérapeutes, un radiologue, deux dentistes, deux chirurgiens, cinq acuponcteurs, six homéopathes et un médecin généraliste exerçant au SAMU. Ceux-ci n'ont pas été inclus dans l'étude.

D'autres praticiens ne respectaient pas les critères d'inclusion : douze médecins généralistes ne possédaient pas d'adresse mail, sept n'avaient pas de ligne téléphonique permettant de les joindre, un était décédé, trois étaient retraités et trois n'ont pas été retrouvés sur le site national de l'ordre des médecins. Enfin, quatre coordonnées tirées au sort ne correspondaient pas à un médecin généraliste mais à un regroupement de médecins tel que des maisons médicales, ne permettant pas de les identifier.

Le nombre de sujets inclus dans l'étude était de 236.

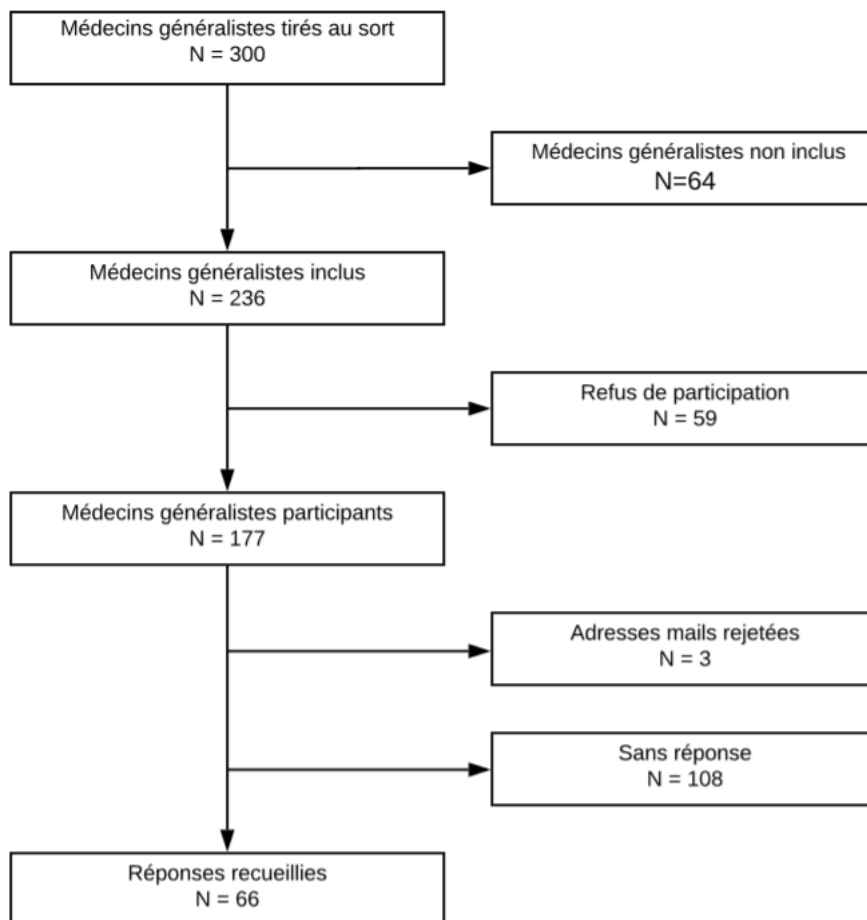


Figure 1. Diagramme de flux représentant l'inclusion des sujets de l'étude

Il y eu 59 refus de participation lors des appels téléphoniques initiaux. Parmi les 177 médecins généralistes ayant accepté de me transmettre leur adresse mail, 108 n'ont pas répondu au questionnaire et 3 n'ont pas reçu le questionnaire de l'étude pour cause d'adresse mail erronée. Le nombre de médecins généralistes répondants à l'étude était donc de 66 soit un taux total de réponse de 37 %.

2. Refus de participation

Les motifs de refus de participation étaient multiples. Vingt-deux médecins généralistes déclaraient ne pas avoir le temps de répondre au questionnaire. Dix-neuf secrétariats devant demander l'accord préalablement n'ont pas donné suite à ma

demande après le troisième appel. Deux médecins généralistes souhaitaient répondre uniquement par voie postale, ce qui ne correspondait pas au protocole établi préalablement. Cinq médecins généralistes affirmaient avoir une patientèle jeune et se déclaraient non concernés par l'étude. Enfin, onze médecins généralistes ont refusé de participer sans donner de motif.

3. Critères socio-démographiques

Parmi les 66 médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, la majorité était des hommes (66,7 %). L'âge moyen des répondants était de 46,5 ans avec une DS de 11,1 ans.

Seuls 3 % avaient une activité mixte, les autres médecins avaient une activité exclusivement libérale. Aucun médecin généraliste n'avait d'activité hospitalière exclusive.

Concernant les années de passation de thèse des répondants, 23 d'entre eux (34,8%) avaient soutenu leur thèse après 2010 et avaient donc 10 ans ou moins d'années d'exercice. Dix-huit répondants (27,3%) avaient soutenu leur thèse entre 1990 et 2000, exerçant donc depuis 20 à 30 ans. Enfin, seuls deux médecins généralistes (3%) avaient soutenu leur thèse avant 1980 et exerçaient depuis plus de 40 ans. L'ensemble des caractéristiques de la population de l'étude est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques de la population

	N	%
Sexe masculin	44	66,7
Age moyen (DS)	46,5 (11,1)	
Exercice		
• Libéral	64	97
• Hospitalier	0	0
• Mixte	2	3
Année de thèse		
• ≤1980	2	3
•] 1980-1990]	12	18,2
•] 1990-2000]	18	27,3
•] 2000-2010]	11	16,7
• >2010	23	34,8

4. Formation en psychiatrie

Une grande majorité des répondants estimaient qu'ils n'étaient pas formés en psychiatrie (92,4 %).

Les formations effectuées par les cinq médecins généralistes qui s'estimaient formés en psychiatrie étaient :

- Une activité actuelle hospitalière en psychiatrie (2 praticiens)
- Un stage d'internat
- Un abonnement à une revue médicale et une participation à une formation par un organisme privé
- Un séminaire et un diplôme inter-universitaire de la gestion du stress et de l'anxiété

B. Diagnostic de l'EDC de la personne âgée.

1. Signes orientant vers le diagnostic

Il s'agissait pour cette question d'accorder une cotation entre 1 et 5 (1 = aucune importance, 5 = extrêmement important) à différents signes cliniques orientant les répondants vers le diagnostic de l'EDC de la personne âgée.

Le signe clinique apparaissant comme étant le plus important regroupait les pensées de mort, les idées suicidaires et les tentatives de suicide avec une moyenne de réponse à 4.65 (DS = 0,71).

Le deuxième signe clinique jugé comme étant le plus important était la diminution de l'intérêt ou du plaisir avec un score moyen de 4,48 (DS = 0,79).

Le sentiment de dévalorisation, de culpabilité excessive ou inappropriée arrivait ensuite avec une moyenne de réponses à 4,42 (DS = 0,72).

Les troubles mnésiques allégués et la confusion apparaissaient comme les signes les moins retenus avec des moyennes de réponses respectives à 3,02 (DS = 0,98) et 2,94 (DS = 1,19).

Les autres signes avaient une importance variable pour les médecins généralistes interrogés. L'ensemble des résultats selon les signes orientant vers le diagnostic apparaît dans la figure 2.

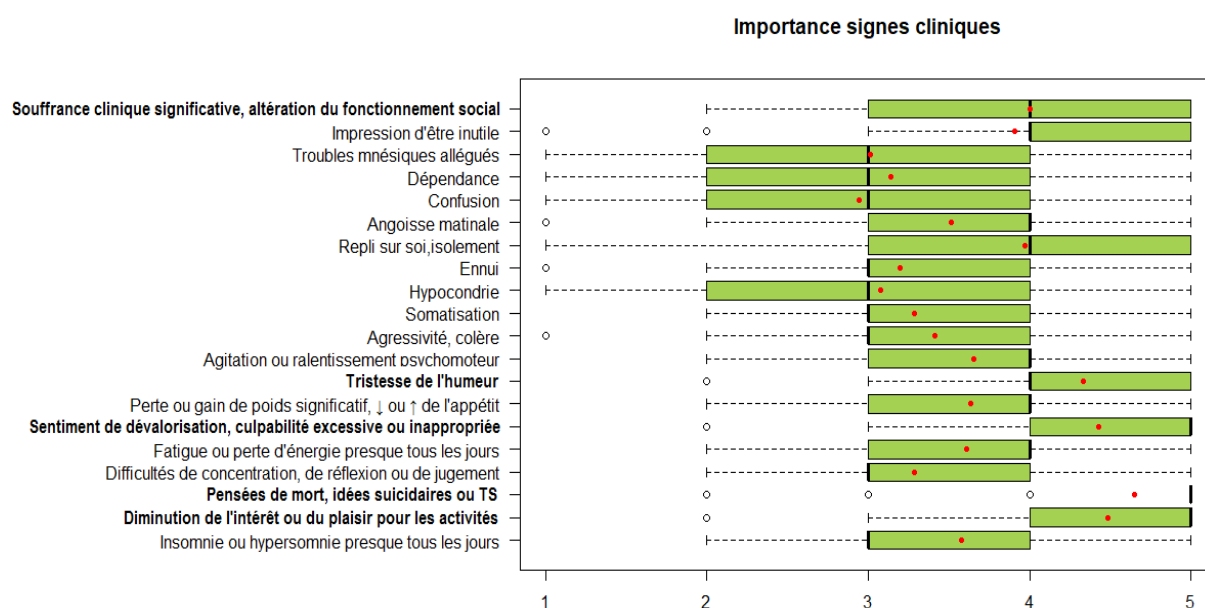


Figure 2. Signes orientant vers le diagnostic d'un EDC chez la personne âgée

2. Outils et échelles utilisées en pratique.

La majorité des médecins généralistes interrogés déclaraient ne pas utiliser d'outil ou d'échelle d'aide au diagnostic en consultation (53 %).

L'échelle HDRS apparaissait comme étant l'outil le plus utilisé (34,8 %) et était suivie par le mini-GDS (21,2 %).

Le questionnaire HADS était utilisé par 7,6 % des répondants tandis que le GDS et l'échelle MADRS étaient utilisés par respectivement 6,1 % et 4,5 % d'entre eux.

Seul 1 % des répondants utilisait l'échelle de Beck, tandis que les outils PQH-2, PQH-9 et l'échelle de Cornell n'étaient utilisés par aucun médecin.

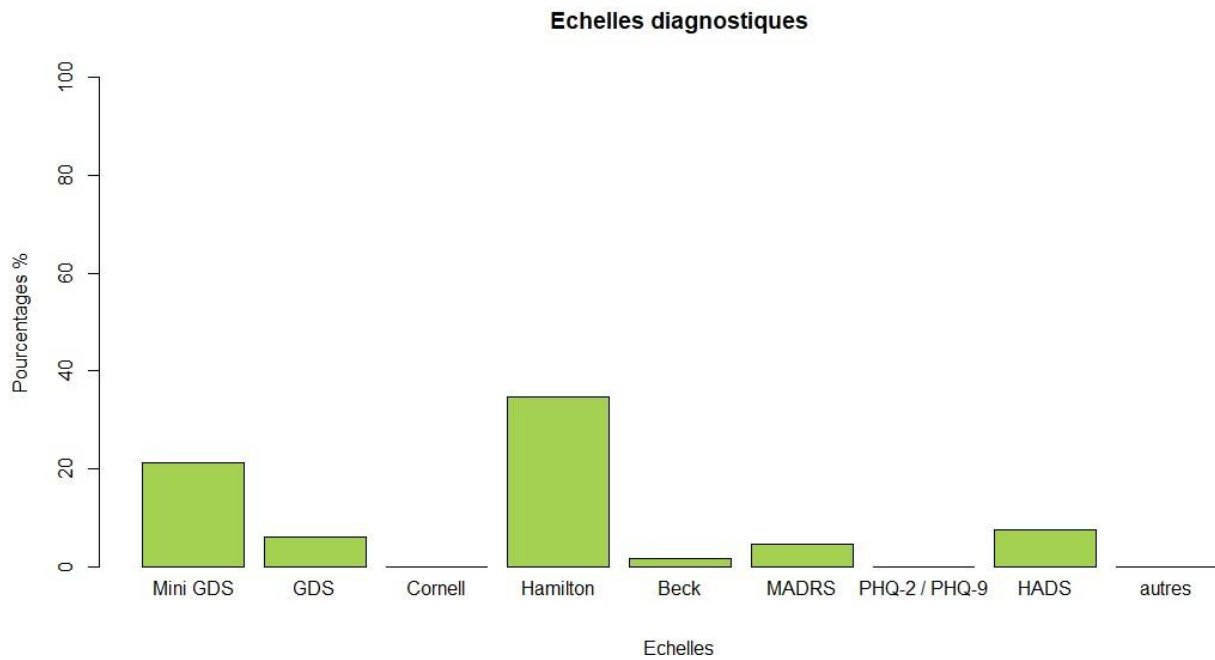


Figure 3. Echelles utilisées

C. Gravité de l'EDC de la personne âgée

1. Signes de gravité

Une question ouverte à réponse courte a été utilisée afin de déterminer le premier signe alertant les médecins généralistes sur la gravité de l'EDC chez la personne âgée.

Les signes de gravité rapportés par les répondants sont réunis dans la figure 4. La taille des caractères est proportionnelle au nombre de fois que ce terme a été utilisé par les répondants.



Figure 4. Signes de gravité

Le signe recueilli en grande majorité était les idées suicidaires (N = 20).

Les variations des poids ainsi que le repli sur soi étaient les seconds signes déterminant sur la gravité de l'EDC chez la personne âgée (N = 6).

Plusieurs médecins généralistes ont cité les passages à l'acte comme signe de gravité (N = 4).

L'autodépréciation, la tristesse de l'humeur, le sentiment d'inutilité apparaissaient également comme des signes de gravité.

2. Attitude résultant des signes de gravité

Les médecins généralistes affirmaient pour 90,9 % d'entre eux, modifier leur prise en charge lorsqu'un signe de gravité était repéré.

Une question à choix multiples était ensuite posée ayant pour but de connaître les différentes prises en charge face à un signe de gravité rencontré. Un item « autre » était ajouté afin de laisser un espace d'expression aux répondants.

L'orientation vers un psychiatre ambulatoire (libéral, centre médico-

psychologique) était effectuée par 69,7 % des praticiens (N = 46).

L'entourage du patient était sollicité par 65,2 % d'entre eux (N = 43).

Pour 47 % des répondants, un traitement médicamenteux était introduit (N = 31).

La modification de posologie du traitement actuel ou l'orientation vers une hospitalisation en service de psychiatrie était effectuée respectivement par 42,4 % (N = 28) et 40,9 % (N = 27) des médecins généralistes.

Enfin, le choix d'orienter vers une psychothérapie était moins effectué et concernait 25,8 % des répondants (N = 17).

Il n'y avait pas d'autre proposition de prise en charge par les répondants.

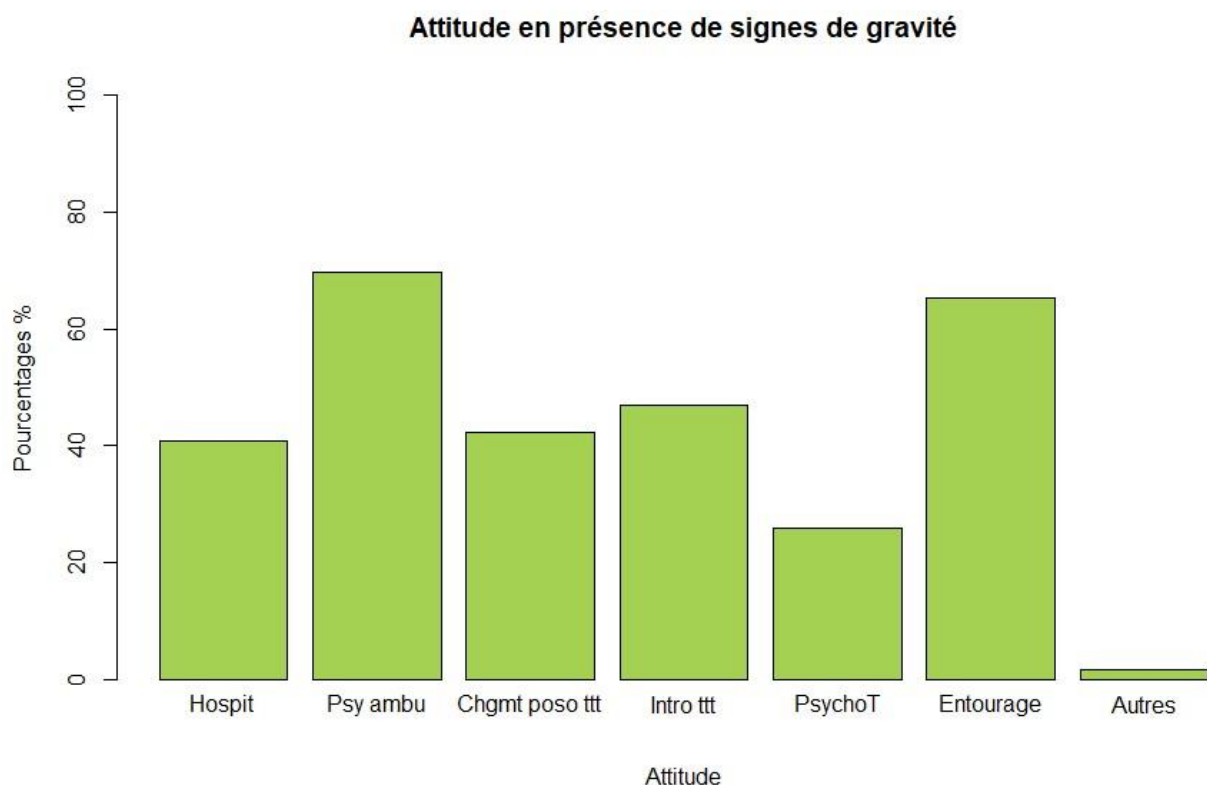


Figure 5. Attitude en présence de signe de gravité

D. Thérapeutiques médicamenteuses

1. Classes médicamenteuses introduites

Il s'agissait d'une question à laquelle les répondants avaient 4 propositions de réponse pour chaque item avec un score inclus entre 1 et 4 (1 = jamais, 4 = toujours).

a. Traitement par antidépresseur

La classe médicamenteuse la plus fréquemment utilisée était les ISRS avec une moyenne de 2,83 (DS = 0,62).

La Miansérine était également utilisée par les répondants avec une moyenne de 2,14 (DS = 0,76).

Les IRSNa étaient moins prescrits avec une moyenne de 1,88 (DS = 0,64).

On retrouvait quelques utilisations de la Mirtazapine et de la Tianeptine avec des moyennes respectives de 1,67 (DS = 0,77) et 1,32 (DS = 0,49).

Les tricycliques étaient également moins utilisés par les répondants avec une moyenne de 1,23 (DS = 0,49).

Enfin, l'Agomélatine et les IMAO n'étaient quasiment jamais utilisés avec des moyennes respectives de 1,09 (DS = 0,29) et 1,03 (DS = 0,17).

b. Traitement par anxiolytique

Les anxiolytiques (benzodiazépines, Hydroxyzine, ...) étaient la deuxième classe médicamenteuse la plus utilisée après les ISRS avec une moyenne de 2,27 (DS = 0,65).

c. Traitement par hypnotique

Les hypnotiques étaient utilisés avec une moyenne de 1,62 (DS = 0,52).

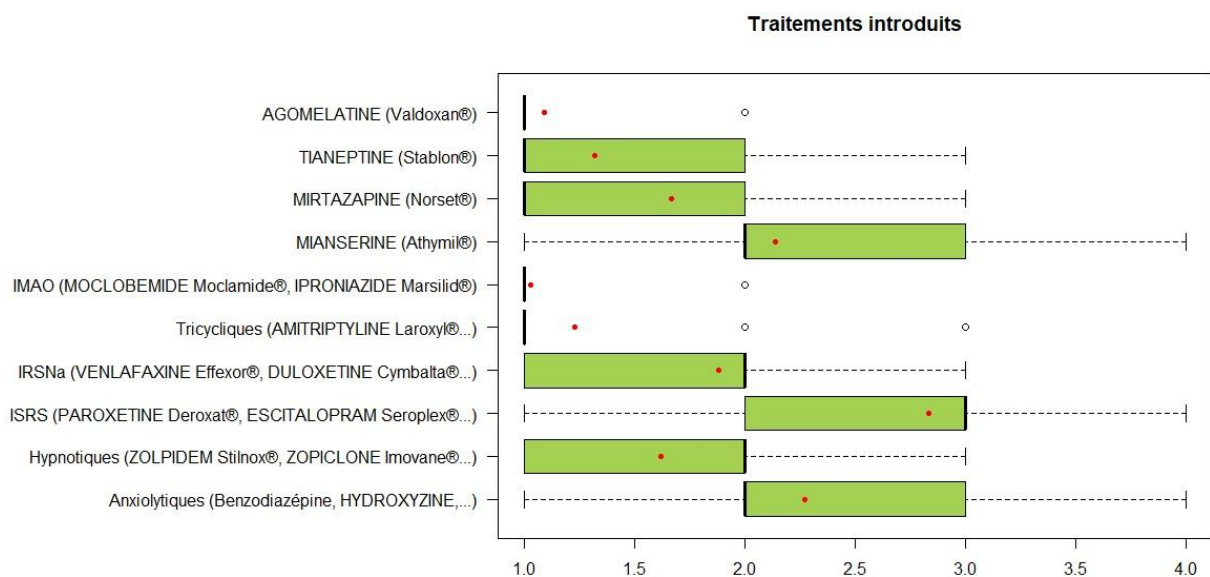


Figure 6. Classes médicamenteuses introduites

Une question ouverte à réponse courte avait été ajoutée, laissant un espace d'expression aux répondants concernant les autres thérapeutiques médicamenteuses utilisées. Les deux réponses qui en ressortaient étaient qu'un médecin utilisait des neuroleptiques et qu'un autre utilisait la Buspirone.

2. Stratégies de traitement utilisées

La majorité des répondants utilisaient l'association d'un ATD et d'un anxiolytique (77,3 %).

En revanche, seulement 9,1 % des médecins généralistes utilisaient les associations « antidépresseur + hypnotique » et « antidépresseur + anxiolytique + hypnotique ». L'association « anxiolytique + hypnotique » était la moins utilisée et concernait 4,5 % praticiens.

Les ATD seuls étaient utilisés par 31,8 % des répondants, s'agissant donc de la deuxième stratégie la plus utilisée.

Les anxiolytiques seuls étaient utilisés par 6,1 % des praticiens tandis que 1,5 %

d'entre eux utilisaient les hypnotiques seuls.

Aucun médecin généraliste n'utilisait les associations de plusieurs hypnotiques ou de plusieurs anxiolytiques. L'association de plusieurs ATD était en revanche utilisée par 4,5 % des praticiens.

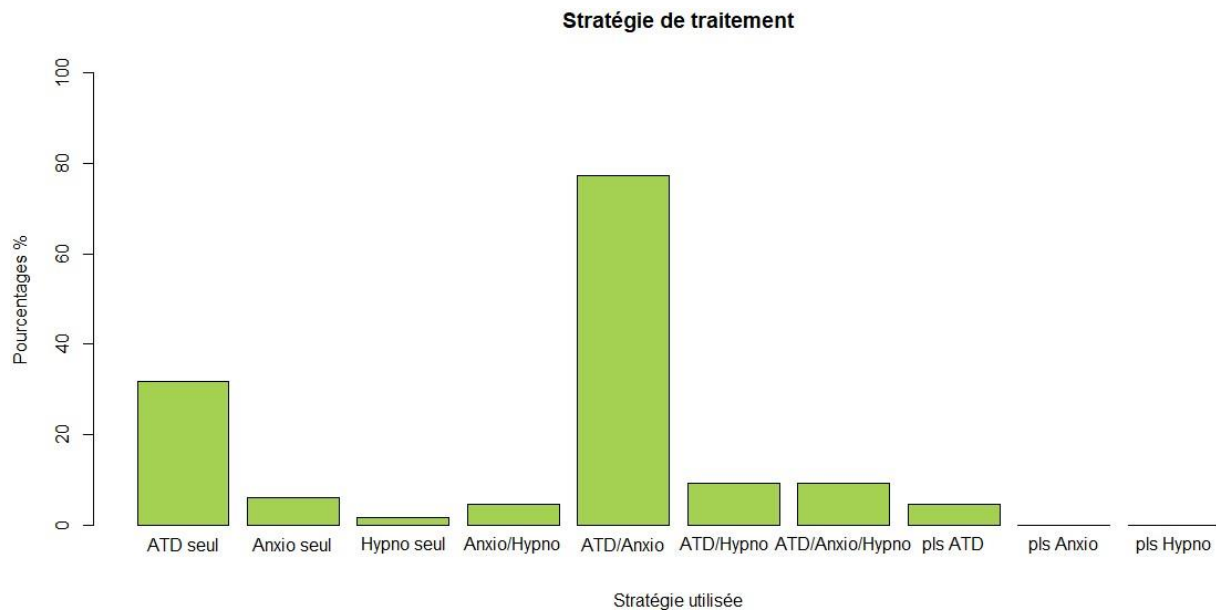


Figure 7. Stratégies de traitement

3. Justification des prescriptions établies

Cette question à choix multiples proposait différents items afin de rechercher les éléments motivant le choix des prescriptions. Un item « autre » avait été ajouté afin que les répondants puissent exprimer librement leur point de vue.

Les effets secondaires potentiels étaient déterminants pour 77,3 % des répondants (N = 51).

L'expérience professionnelle du praticien était également un argument majeur dans le choix des prescriptions et concernait 66,7 % des répondants (N = 44).

Le risque d'interaction médicamenteuse était lui-aussi déterminant dans ce choix pour 63,6 % des répondants (N = 42).

Les recommandations influençaient le choix des classes médicamenteuses pour 62,1 % des répondants (N = 41).

Le choix des prescriptions était influencé pour 60,6 % des répondants par les comorbidités organiques et psychiatriques (N = 40).

Les discussions interprofessionnelles étaient une aide à la prescription moins retrouvée puisqu'elles concernaient 21,2 % des praticiens (N = 14).

Enfin, les prescriptions étaient moins souvent établies selon le risque de mauvaise observance puisque cela était considéré comme déterminant dans la décision de prescription pour 18,2 % des praticiens (N = 12).

Aucune autre proposition n'avait été ajoutée par les médecins généralistes ayant répondu.

4. Durées des prescriptions

a. Traitement par antidépresseur

Le traitement par ATD était prescrit pour une durée de 6 à 12 mois par 54,5 % des médecins généralistes.

30,3% des médecins généralistes maintenaient la prescription durant 3 à 6 mois.

6,1 % des médecins répondants déclaraient prescrire un traitement par ATD moins de 3 mois. La même proportion de répondants prescrivait ce traitement plus de 24 mois.

Enfin, 3% des répondants prescrivaient le traitement par ATD pour une durée de 12 à 24 mois.

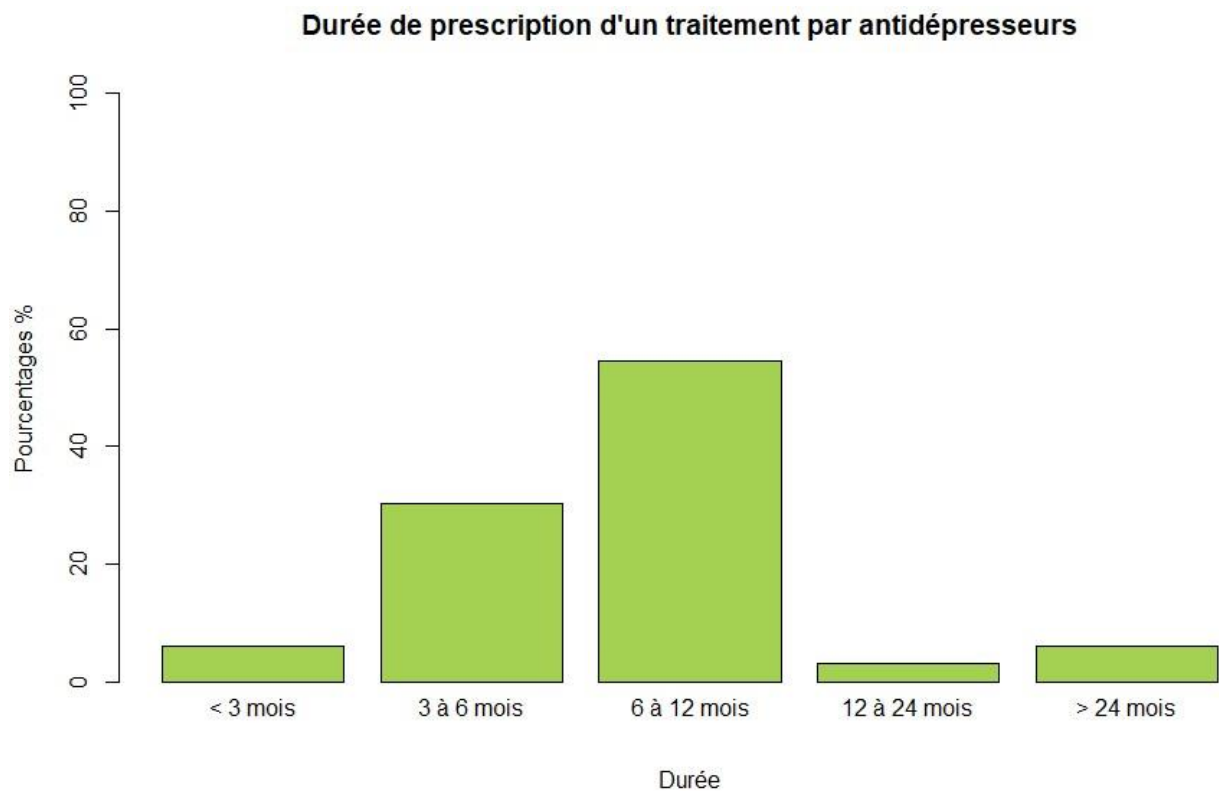


Figure 8. Durée de prescription par antidépresseurs

b. Traitement par benzodiazépine

La majorité des répondants (51,5 %) rapportait prescrire des benzodiazépines sur une durée inférieure à un mois.

Cette prescription était reconduite de 1 à 3 mois par 39,4 % des médecins généralistes ayant répondu.

Enfin, la durée de prescription pouvait s'étendre de 3 à 6 mois ou de 6 à 9 mois pour 4,5 % des répondants.

Durée de prescription d'un traitement par benzodiazépines

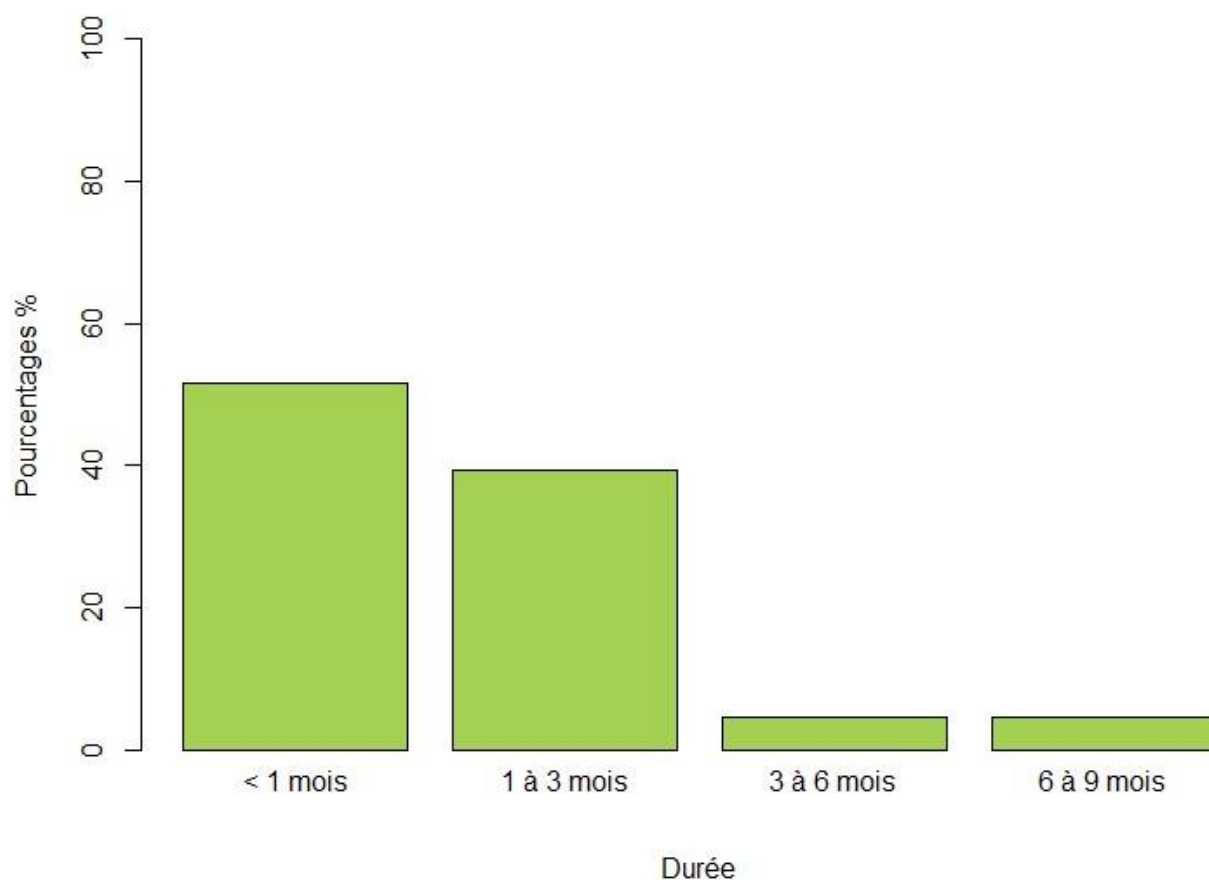


Figure 9. Durée de prescription des benzodiazépines

c. Traitement par hypnotique

La majorité des médecins généralistes ayant répondu effectuaient des prescriptions d'hypnotiques pour une durée inférieure à 2 semaines (47 %).

Pour 36,4 % des répondants, les hypnotiques étaient prescrits pour une durée de 2 à 4 semaines.

Enfin, les prescriptions d'une durée de 1 à 3 mois ou de plus de 3 mois étaient effectuées respectivement par 10,6 % et 6,1 % des médecins généralistes.

Durée de prescription d'un traitement par hypnotiques

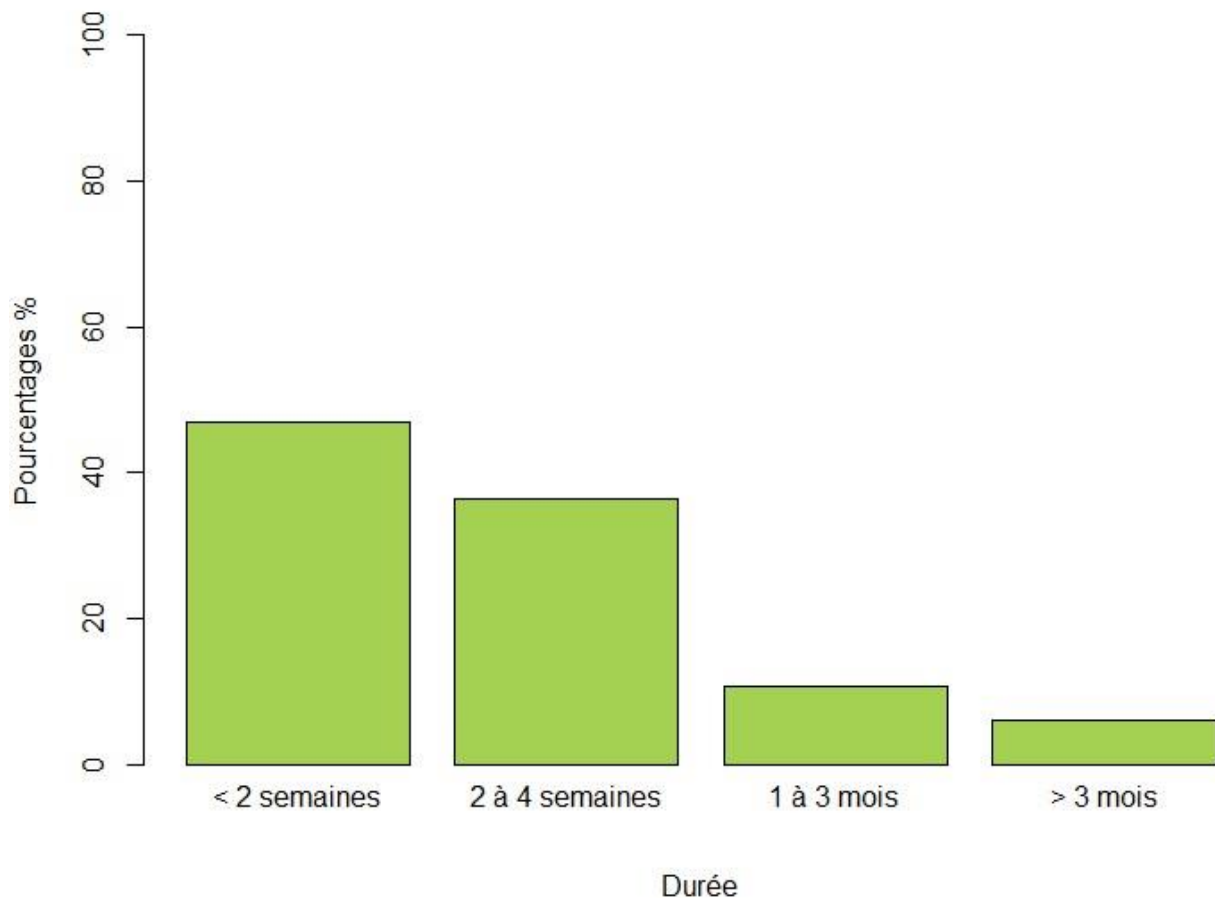


Figure 10. Durée de prescription par hypnotique

5. Autres thérapeutiques utilisées

Cette question à choix multiples proposait d'autres types de thérapeutique ainsi qu'un item « autre ».

La psychothérapie était utilisée par 81,8 % des médecins généralistes. La psychothérapie réalisée par un psychologue était préconisée par 66,7 % des médecins généralistes (N = 44). Une psychothérapie réalisée par le médecin généraliste lui-même était effectuée dans 42,4 % des cas (N = 28) tandis que 39,4 % des répondants (N = 26) orientaient les patients vers une psychothérapie faite par un psychiatre.

La prise en charge psychosociale avait un rôle important dans la prise en charge de l'EDC chez la personne âgée pour les médecins généralistes puisqu'elle était

effectuée dans 74,2 % des cas (N = 49).

Les techniques telles que la sophrologie, l'acupuncture ou la relaxation étaient utilisées par 30,3 % des répondants (N = 20).

La phytothérapie et l'homéopathie étaient toutes deux utilisées dans 18,2 % des cas (N = 12).

En revanche, 4,5 % des médecins généralistes n'utilisaient aucune autre thérapeutique (N = 3).

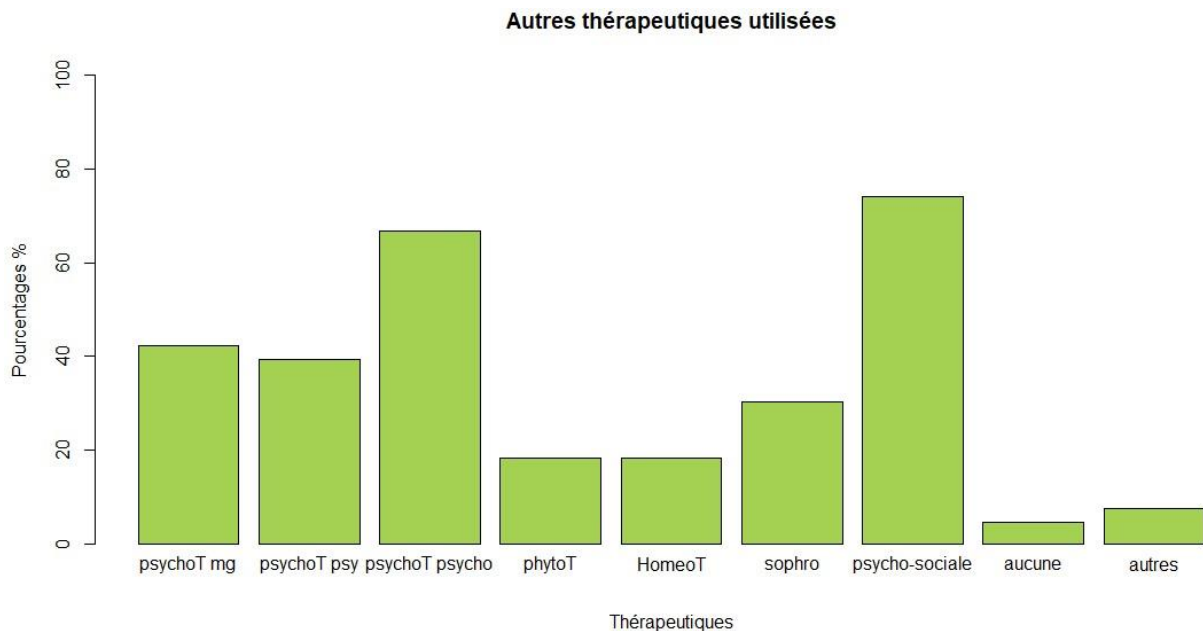


Figure 11. Autres thérapeutiques utilisées

Concernant les propositions de l'item « autres », un médecin généraliste a déclaré utiliser l'hypnothérapie. La kinésithérapie était aussi utilisée pour une reprise progressive de l'activité physique par l'un des répondants, tout comme la consultation diététique afin de prévenir le risque de dénutrition.

E. Orientation du patient

1. Orientation vers un service d'urgence/hospitalisation en milieu spécialisé

Cette question comprenait quatre choix de réponses allant de 1 à 4 pour chaque item (1 = jamais, 4 = toujours).

Il s'agissait de déterminer les critères d'orientation vers un service d'urgence ou vers une hospitalisation en service de psychiatrie retenus par les répondants.

Le risque suicidaire représentait le critère d'orientation majoritaire vers un service d'urgence ou une hospitalisation en service de psychiatrie (moyenne = 3,39, DS = 0,70).

Ensuite, l'orientation vers un tel service était envisagée s'il s'agissait du souhait de la personne elle-même (moyenne = 3,20, DS = 0,79).

Les formes sévères de l'épisode dépressif caractérisé justifiaient également, pour les praticiens, ce type d'orientation (moyenne = 2,88, DS = 0,75).

Un contexte familial défavorable, des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques importantes, un défaut d'alliance thérapeutique avec le patient, un doute diagnostique ou encore un souhait d'hospitalisation venant de l'entourage étaient des motifs d'orientation moins souvent retenus par les médecins interrogés (moyenne allant de 2,58, DS = 0,75 à 2,12, DS = 0,67).

L'orientation vers un service d'urgence ou en milieu spécialisé était enfin moins réalisée lorsque survenaient des complications du traitement ou un défaut d'observance du patient (moyenne respective de 1,98, DS = 0,67 et 1,55, DS = 0,64).

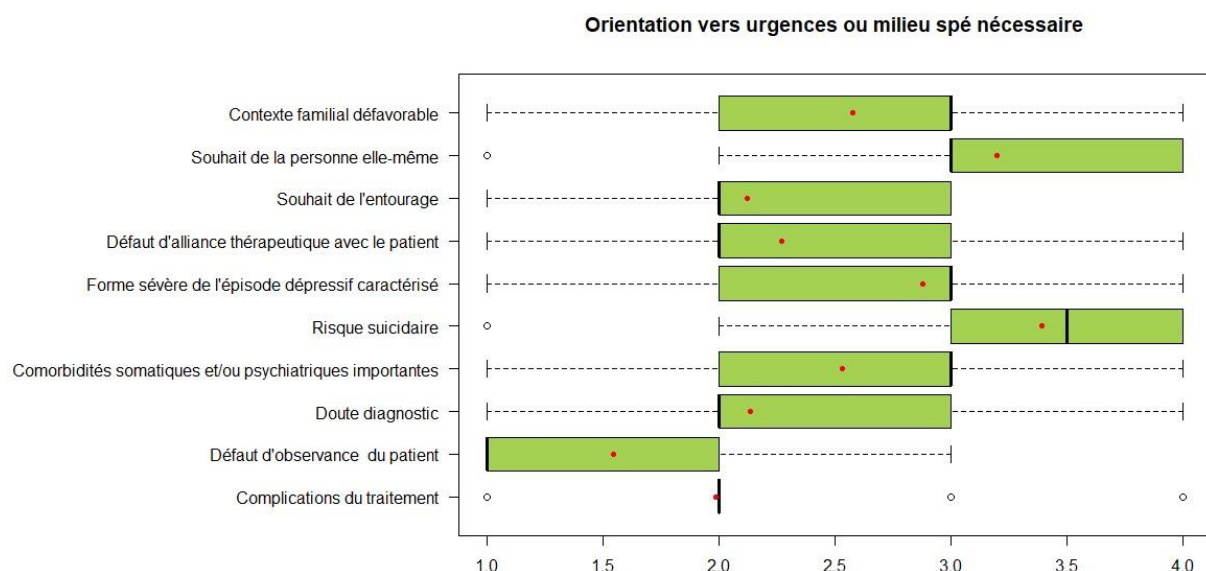


Figure 12. Orientation vers un service d'urgence/ hospitalisation en milieu spécialisé

2. Freins à l'orientation vers un psychiatre

L'objectif de cette question était de déterminer les freins à l'orientation vers un psychiatre. Celle-ci était posée sous la forme de quatre items auxquels les répondants avaient quatre choix de réponse entre 1 et 4 (1 = jamais, 4 = toujours).

Un délai important pour obtenir une consultation était le frein prépondérant avec une moyenne de réponse de 3,26 (DS = 0,83).

La réticence du patient ou de son entourage à consulter un psychiatre était le deuxième obstacle des médecins généralistes à l'orientation vers un spécialiste avec un score moyen de 2,67 (DS= 0,77).

La crainte d'un défaut de communication entre le spécialiste et le médecin généraliste ainsi que la méconnaissance de l'organisation des soins en psychiatrie étaient des obstacles moins soulevés avec des scores moyens respectifs de 1,86 (DS = 0,84) et 1,74 (DS = 0,79).

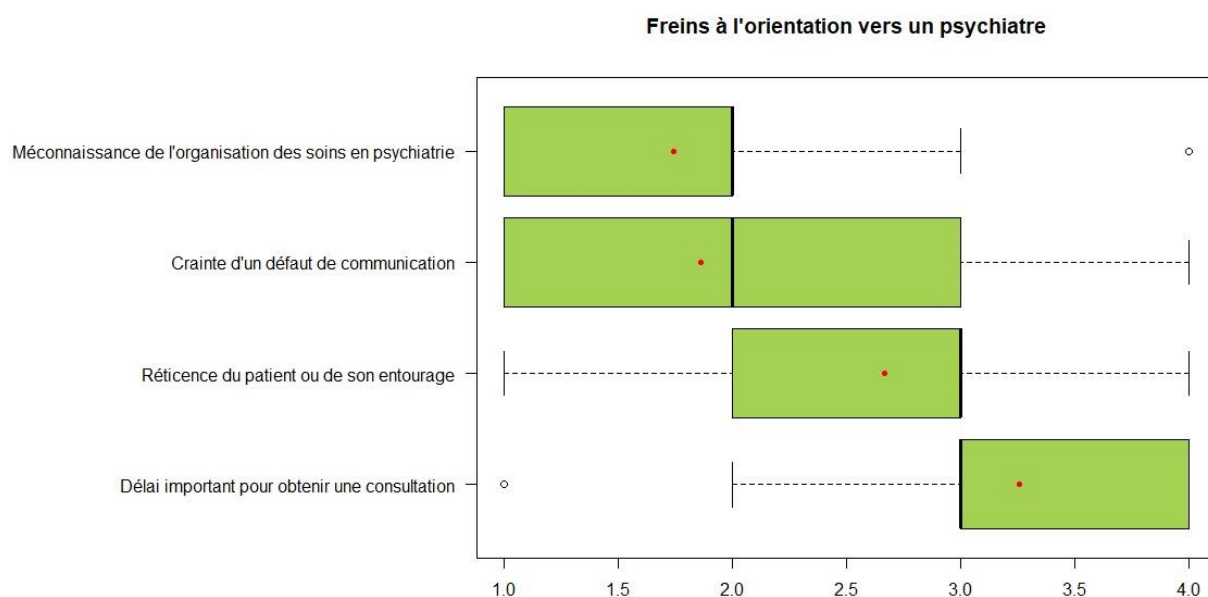


Figure 13. Freins à l'orientation vers un psychiatre

Une question à réponse courte avait été ajoutée afin que les répondants puissent exprimer librement leur point de vue concernant leurs freins à l'orientation vers un psychiatre.

L'impossibilité par certains psychiatres de prendre de nouveaux patients était relevée par plusieurs médecins généralistes. L'un des répondants évoquait le fait que les psychiatres étaient, selon lui, peu formés à la gérontopsychiatrie.

F. Amélioration de la prise en charge

1. Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge en pratique quotidienne

Cette question proposait quatre choix de réponse pour chaque item entre 1 et 4 (1 = jamais, 4 = toujours) afin de déterminer les différents obstacles rencontrés au cours de la prise en charge des médecins généralistes en pratique quotidienne.

Le non-remboursement de la prise en charge par un psychologue était l'obstacle le plus important rencontré au cours de la prise en charge de l'EDC chez la personne

âgée par les médecins généralistes ayant répondu avec une moyenne de 3,11 (DS = 0,86).

Le manque de coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre était également un obstacle important avec une moyenne des réponses de 2,68 (DS = 0,79).

En revanche, la mauvaise compréhension de l'avis spécialisé et la méconnaissance de l'organisation des soins en psychiatrie étaient des obstacles moins relevés par les répondants avec une moyenne des réponses de 1,86 (DS = 0,63 et 0,74 respectivement). L'ensemble des résultats de cette question sont synthétisés dans la figure 14.

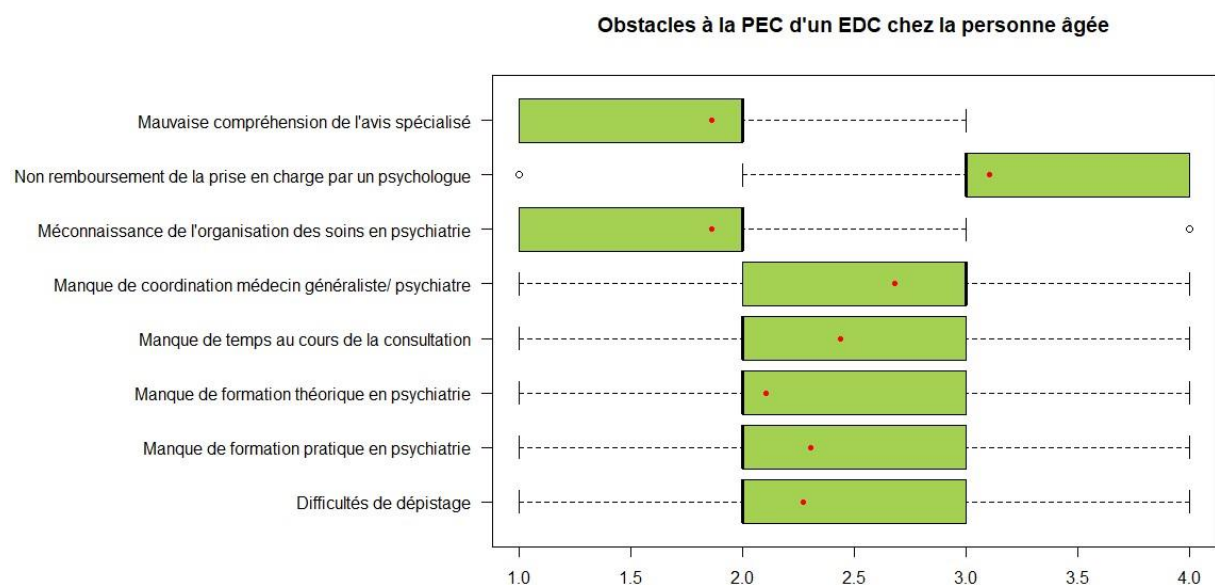


Figure 14. Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge

Une question à réponse courte avait été ajoutée concernant les autres obstacles rencontrés par les répondants.

L'un d'entre eux rapportait ainsi que l'absence de psychologues se rendant à domicile été considéré par lui comme étant un obstacle.

2. Perspectives d'amélioration

Différentes perspectives d'amélioration étaient listées dans cette question à choix multiples avec l'ajout d'un item « autre ».

La mise en place d'une cotation spécifique à la consultation de l'EDC semblait être une perspective d'amélioration pour 54,5 % médecins généralistes ayant répondu (N = 36).

La mise à disposition d'information à remettre aux patients et à l'entourage était également l'une des solutions envisageables pour 51,5 % des répondants (N = 34).

Une concertation mensuelle avec un médecin psychiatre au sujet des cas difficiles pouvait améliorer la prise en charge selon 48,5 % des répondants (N = 32).

La mise en place de conseils informatisés d'aide à la prise en charge de l'EDC était souhaitée par 43,9 % d'entre eux (N = 29).

Enfin, le dossier médical partagé était une perspective d'amélioration pour 21,2 % des répondants (N = 14).

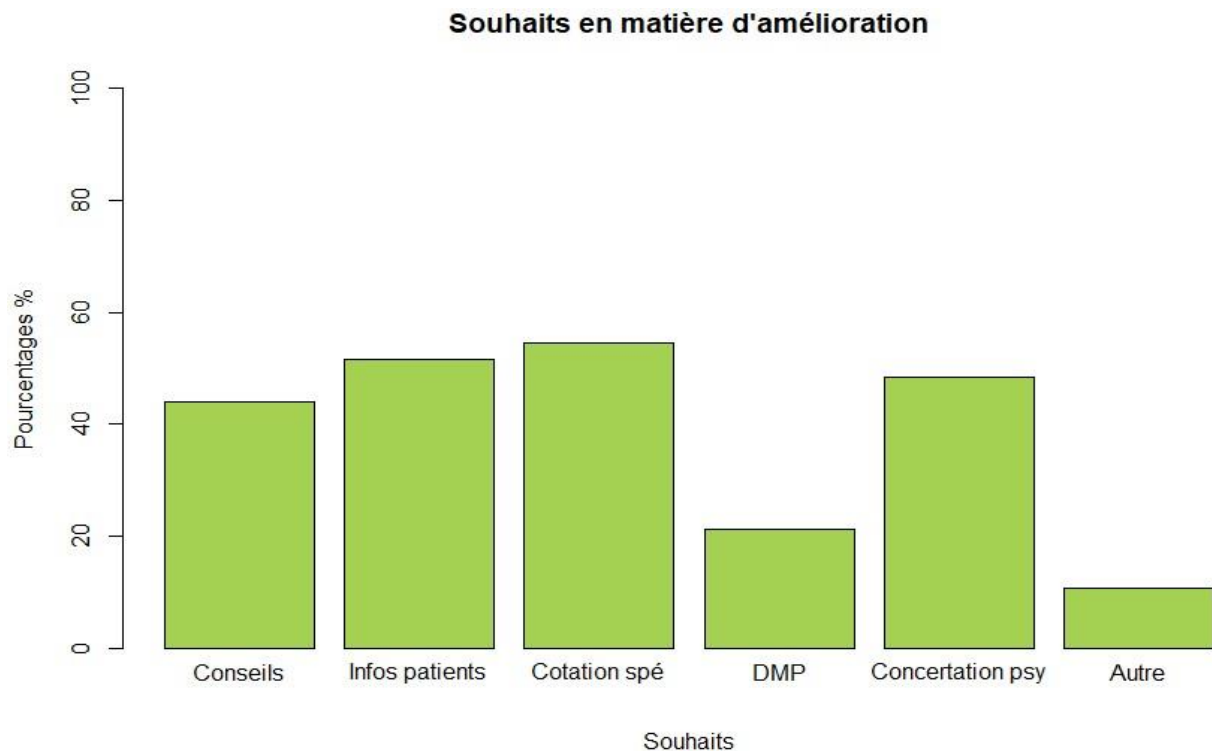


Figure 15. Perspectives d'amélioration

Différentes propositions d'amélioration étaient ajoutées dans l'item « autre » par 19,7 % des médecins généralistes interrogés telles que la création d'un réseau mobile géronto-psychiatrique ou encore la création d'un protocole de prise en charge pluriprofessionnelle.

G. Comparaison entre les professionnels suivant les recommandations ou non

1. Effectif global des deux groupes

Les professionnels suivant les recommandations respectaient les critères suivants :

- La prescription d'ISRS, IRSNa, Mirtazapine ou Miansérine (items « toujours » ou « souvent »),
- Une durée de prescription des ATD de 6 à 12 mois,

- La prescription d'une psychothérapie, qu'elle soit effectuée par le médecin généraliste, le psychiatre ou le psychologue.

Les recommandations étaient suivies par 27 médecins généralistes contre 39 soit 41 % des répondants.

2. Comparaison des deux groupes selon le sexe

Les hommes représentaient 63 % des répondants suivant les recommandations (N = 17) et 69,2 % des répondants ne suivant pas les recommandations (N = 27). Cette comparaison ne retrouvait pas de différence significative ($p = 0,595$).

3. Comparaison des deux groupes selon l'âge

L'âge moyen des répondants suivant les recommandations était de 41,7 ans (DS = 10,7) alors qu'il était de 49,8 ans (DS = 10,6) pour les répondants ne suivant pas les recommandations. Cette comparaison retrouvait une différence significative ($p = 0,003$).

4. Comparaison des deux groupes selon l'année de passation de thèse

Les répondants suivant les recommandations avaient en moyenne 11,5 (DS = 9,4) années d'expérience depuis leur soutenance de thèse tandis que les répondants ne suivant pas les recommandations avaient en moyenne 21,8 années d'expérience depuis leur soutenance de thèse (DS = 11,4). Une différence significative était retrouvée dans cette comparaison ($p = 0,001$).

5. Comparaison des deux groupes selon la formation en psychiatrie

Une grande majorité des répondants déclarait ne pas être formée à la psychiatrie, qu'il s'agisse du groupe suivant les recommandations ou de celui ne les suivant pas (92,6 % et 92,3 %). Les résultats retrouvés n'étaient pas significatifs ($p = 1,000$).

6. Comparaison des deux groupes selon l'utilisation d'échelles diagnostiques

Les échelles diagnostiques étaient utilisées par 59,3 % des praticiens suivant les recommandations (N = 16).

Celles-ci étaient utilisées par 38,5 % des praticiens ne suivant pas les recommandations (N = 15).

Ces résultats se rapprochaient de la limite de la significativité ($p = 0,096$).

7. Comparaison des deux groupes selon la stratégie de traitement

Cette comparaison ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes (p entre 0,195 et 1).

8. Comparaison des deux groupes selon la durée de prescription par benzodiazépine

Les répondants suivant les recommandations étaient 66,7 % (N = 18) à prescrire des benzodiazépines sur une durée inférieure à un mois et 33,3 % (N = 9) à prescrire cette classe sur une durée de 1 à 3 mois. Aucun d'entre eux ne prescrivait de benzodiazépine sur une durée supérieure à 3 mois.

Dans le groupe des médecins généralistes ne suivant pas les recommandations, 41 % des répondants (N = 16) prescrivait des benzodiazépines sur une durée

inférieure à un mois, tandis qu'ils étaient 43,6 % (N = 17) à les prescrire sur une durée de 1 à 3 mois. Ils étaient enfin 7,7 % (N = 3) à prescrire cette classe sur des durées de 3 à 6 mois et 6 à 9 mois.

La différence retrouvée dans cette comparaison était à la limite de la significativité ($p = 0,085$), mais le risque d'erreur restait cependant supérieur à 5 %.

9. Comparaison des deux groupes selon la durée de prescription par hypnotique

Cette comparaison ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,778$).

10. Comparaison des deux groupes selon les aides à la prescription utilisées

Les recommandations étaient déterminantes dans le choix des prescriptions pour 74,1 % des médecins généralistes suivant les recommandations (N = 20). Celles-ci l'étaient pour 53,8 % des médecins généralistes ne suivant pas les recommandations (N = 21). Ces résultats se rapprochaient de la limite de la significativité ($p = 0,096$).

Les autres comparaisons effectuées concernant les aides à la prescription ne retrouvaient pas de différence significative (p entre 0,202 et 0,670).

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge effectuée lors de la découverte de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale.

A. Limites de l'étude

1. Représentativité de la population

Notre étude était tout d'abord limitée par le nombre initial de refus de participation à l'étude qui était de 59 sujets, soit 25 % des médecins contactés. Elle a ensuite été limitée par le taux de non-répondants qui était de 61 % et qui a réduit la taille de l'échantillon à 66 répondants pour 177 médecins ayant accepté de participer.

De plus, notre échantillon était réalisé à partir des médecins généralistes du département du Nord, ce qui limitait la représentativité aux médecins généralistes de la toute la France. En effet, l'âge médian de notre population était plus bas que celui de la population des médecins généralistes de France selon l'atlas de démographie médicale de 2018 puisqu'il était de 46,5 ans contre 50,6 ans (82).

Enfin, les femmes représentaient au 1er janvier 2018 48.2% des effectifs des médecins généralistes de France alors qu'elles ne représentaient que 33,3 % des répondants dans notre étude (82).

2. Biais de sélection

L'échantillon de l'étude a été réalisé à partir d'un tirage au sort, ce qui permet d'éviter d'éventuels biais de sélection.

Il n'est cependant pas possible d'exclure l'hypothèse que les répondants pouvaient probablement être les plus intéressés par la prise en charge de l'EDC de la personne âgée.

3. Biais de déclaration

La volonté des répondants de se montrer sous un jour favorable auprès des pairs représente le biais de désirabilité sociale (83). Le biais de conformisme peut également être cité, celui-ci mettant en avant un comportement en accord avec ce qui est attendu d'un individu dans une situation donnée (84). En effet, il est probable qu'un certain nombre de répondants aient privilégié des réponses jugées comme justes d'après les recommandations de bonne pratique lorsqu'ils ont répondu au questionnaire.

Plusieurs hypothèses inverses ressortent dans la littérature concernant le sentiment d'anonymat, difficilement évaluable dans cette étude. La première hypothèse est qu'un questionnaire en ligne procure un sentiment d'anonymat et favorise ainsi des réponses sincères, réduisant le biais de désirabilité sociale (85). La deuxième hypothèse est qu'un questionnaire en ligne réduit à l'inverse ce sentiment d'anonymat par la crainte de voir les réponses stockées dans une base de données et également par la crainte d'être identifié par une signature numérique (86).

Une publication de 2010 concluait notamment que le biais de désirabilité sociale était d'autant plus important lorsqu'il s'agissait d'une enquête avec un questionnaire en ligne plutôt qu'une enquête avec un questionnaire sur papier (87).

4. Biais d'information

Un risque de biais d'information était entraîné par la méthode de notre étude. En effet, en respectant l'anonymat des répondants, le nombre de réponse par participant ne pouvait pas être limité. Une telle limite aurait nécessité la collecte d'une signature numérique sur cet auto-questionnaire informatique et aurait rendu impossible le maintien de l'anonymat des répondants.

B. Principaux résultats

1. Formation en psychiatrie

La majorité des répondants, soit 92,4%, estimait qu'elle n'était pas formée en psychiatrie.

Le fait que la formation en psychiatrie intervienne principalement au cours du second cycle pourrait expliquer en partie cette majorité. Une enquête réalisée auprès de 81 internes de psychiatrie en 2017 objectivait le fait que l'exposition à la clinique psychiatrique en dehors des stages de psychiatrie était très faible. En effet, peu d'externes ont réalisé des évaluations psychiatriques de leurs patients en dehors des stages de psychiatrie (7.4% des futurs internes en psychiatrie) (88).

De plus, bien qu'il s'agisse de la plus importante spécialité médicale en nombre de praticiens en France, après la médecine générale, (12000 sur les 85000 spécialistes), les professeurs universitaires en psychiatrie sont peu nombreux au regard des autres disciplines médicales. En effet, il existait 113 professeurs universitaires en psychiatrie de l'adulte, pédopsychiatrie et addictologie en 2018 alors qu'il en existait 169 en radiologie et imagerie médicale, 164 en pédiatrie ou encore 127 en cardiologie. La seconde cause de ce défaut de formation pourrait ainsi être le faible nombre d'enseignants en psychiatrie par rapport aux autres

spécialités (88,89).

2. Diagnostic de l'EDC de la personne âgée

a. Signes orientant vers le diagnostic

Les deux critères nécessaires au diagnostic d'un EDC selon le DSM-5 que sont l'humeur dépressive et la réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir, ressortaient chez les répondants de l'étude comme étant très importants pour s'orienter vers le diagnostic d'EDC de la personne âgée. Les autres signes importants relevés par les praticiens faisaient également partie des critères diagnostiques du DSM-5.

Cependant, ces critères ne semblent pas suffisamment sensibles et spécifiques à l'EDC de la personne âgée et leurs pertinences restent ainsi discutables en gériatrie. La tristesse de l'humeur, par exemple, apparaît comme étant moins marquée chez la personne âgée (23).

Les signes que sont les troubles mnésiques allégués, les plaintes somatiques et la dépendance étaient moins importants dans le diagnostic selon les répondants de notre enquête bien que pourtant fréquents dans l'EDC de la personne âgée.

L'une des hypothèses pourrait être que la réflexion clinique du médecin peut être troublée par sa propre conception du vieillissement. La vieillesse renvoie par exemple à l'image bien connue d'un déclin physique et social, conduisant de plus en plus à la confusion et à un état de dépendance (90).

De plus, certains signes cliniques de l'EDC de la personne âgée ne sont pas spécifiques mais communs à d'autres pathologies somatiques contemporaines du vieillissement et sont volontiers attribués à ces dernières.

b. Outils et échelles utilisées en pratique

La majorité des médecins généralistes interrogés (53 %) déclaraient ne pas utiliser d'outil ou d'échelle d'aide au diagnostic en consultation.

Les deux outils les plus mentionnés étaient l'échelle HDRS et le mini-GDS, respectivement par 34,8 % et 21,2 % des praticiens interrogés.

Une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère réalisée en 2014 objectivait différents obstacles à l'utilisation d'outils et échelles en pratique (91). Le premier tient de la méconnaissance ou de la connaissance partielle de ces outils. Celle-ci relève tout d'abord de la formation médicale initiale qui a beaucoup évolué au fil du temps et qui est différente d'une faculté de médecine à une autre. Son évaluation rétrospective serait donc difficile. L'un des arguments allant contre l'utilisation des outils pour certains médecins généralistes interrogés était que les éléments permettant d'aboutir au diagnostic se suffisaient à eux même. De plus, pour certains répondants de cette même enquête, le patient pouvait avoir une vision négative de l'utilisation des outils par la pression des questions exercées sur lui. Les réponses aux questions paraissaient également contraintes, par rapport à un interrogatoire classique où le patient semblait avoir plus de possibilité de s'exprimer.

La longueur de l'outil, dépassant le temps imparti d'une consultation habituelle, était également un élément en sa défaveur. Cependant, l'assurance maladie a mis en place une cotation spécifique dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cette cotation est limitée à une fois par an et concerne les consultations nécessitant l'utilisation d'échelles dont la MADRS, HDRS et BDI afin d'évaluer un état dépressif (ALQP003 à 69,12 euros) (92). Cette rémunération ne semble pourtant pas palier aux contraintes organisationnelles de ces consultations.

3. Gravité de l'EDC de la personne âgée

Le signe alertant de la gravité de l'EDC de la personne âgée recueilli en majorité dans cette étude était les idées suicidaires. Cependant, bien que les idées suicidaires semblent être considérées comme importantes à rechercher chez le patient âgé présentant un EDC, le taux de suicide dans cette population reste élevé. Cela pourrait s'expliquer par la difficulté à poser le diagnostic de l'EDC tout d'abord, puis à évaluer ce risque suicidaire pour les médecins généralistes qui n'ont, pour la majorité, pas bénéficié de formation en psychiatrie.

4. Thérapeutiques médicamenteuses

a. Classes médicamenteuses introduites

Les déclarations des médecins généralistes, concernant leur choix de traitement par ATD chez la personne âgée dans notre étude étaient en accord avec les recommandations de la HAS. La classe des ISRS ainsi que la Miansérine étaient utilisées les plus souvent. Les IRSNa et la Mirtazapine étaient utilisées moins fréquemment. En revanche, les autres classes d'ATD (tricycliques, IMAO, Tianeptine et Agomélatine) étaient rarement choisies par les répondants.

Ces résultats étaient comparables aux données d'une étude française réalisée en 2003 et portant sur la population générale. Celle-ci retrouvait des taux de prescriptions d'ISRS par les médecins généralistes de 73,1 % en 1^{ère} intention. Les tricycliques et IMAO étaient en revanche prescrits dans respectivement 6,2 % et 0,2 % des cas dans cette même étude (93).

Les anxiolytiques (benzodiazépines, Hydroxyzine, ...) étaient la deuxième classe médicamenteuse la plus utilisée dans notre étude après les ISRS avec une moyenne de 2,27 (DS = 0,65).

b. Stratégies de traitement utilisées

L'association d'un anxiolytique et d'un traitement ATD était le choix de prescription de 77,3 % des répondants de l'étude. Cependant, il n'y a pas lieu d'associer systématiquement un traitement ATD à un anxiolytique en début de traitement. Herique A et al, retrouvait des résultats similaires dans son étude avec 61,9 % de coprescriptions de benzodiazépines et traitement ATD. Il retrouvait également que les benzodiazépines étaient plus souvent prescrites aux patients ayant exprimé des idées suicidaires (93).

L'anxiété coexiste fréquemment avec la dépression et pourrait expliquer une partie de ces associations (94). Un anxiolytique pourrait donc être nécessaire dans l'attente de l'efficacité du traitement ATD. Cette association pourrait également être justifiée par l'existence d'un syndrome de levée d'inhibition lié à l'amélioration du ralentissement psychomoteur (60). Ce syndrome peut entraîner un risque de passage à l'acte suicidaire, pouvant motiver l'association d'un traitement anxiolytique au traitement ATD.

Seul une minorité des répondants (4,5%) ne suivait pas le guide de bon usage des médicaments ATD de l'AFSSAPS et associaient plusieurs traitements ATD.

c. Durée des prescriptions

Le traitement ATD était prescrit pour une durée de 6 à 12 mois par la majorité des médecins généralistes de notre étude. Cette durée est conforme aux recommandations actuelles. Cependant, une part importante des répondants, soit 36,4 %, effectuait cette prescription pour une durée inférieure à 6 mois.

La fréquence importante des durées de traitements par ATD trop courtes a déjà été mise en évidence (95). En revanche, Herique A et al., trouvaient que la

principale explication à cette courte durée de traitement par ATD était l'arrêt prématuré du traitement à l'initiative du patient lui-même. L'observance était donc le facteur clé sur lequel il était nécessaire d'agir. Les deux principaux motifs d'arrêt du traitement dans cette étude par les patients étaient le sentiment de guérison et la survenue d'effets indésirables (93). Ainsi, la nécessité de prolongation du traitement au-delà de la phase d'amélioration des symptômes devrait être expliquée au malade. L'étude précédente montrait également que lorsque les patients étaient prévenus de la survenue possible d'effets indésirables, ces derniers étaient mieux tolérés (93).

Les durées de prescription des répondants de notre étude concernant les traitements par benzodiazépines et hypnotiques suivaient les recommandations de bonne pratique.

d. Autres thérapeutiques utilisées

Les psychothérapies, qu'elles soient réalisées par un psychologue, un psychiatre ou le médecin généraliste représentaient la grande majorité des autres types de thérapeutiques utilisées par les répondants de notre étude parmi la phytothérapie, l'homéopathie, la sophrologie, la relaxation et l'acupuncture.

Ces résultats semblent cohérents avec ceux d'une enquête réalisée fin 2011 auprès d'un panel de médecins généralistes de ville. La majorité des médecins avait alors des opinions favorables vis-à-vis des psychothérapies et reconnaissait l'efficacité de ce traitement pour traiter l'EDC. Cette étude retrouvait que 71 % des médecins généralistes étaient d'accord avec la proposition « seules, les psychothérapies constituent un traitement efficace des EDC d'intensité légère », 72 % d'entre eux déclaraient également qu'elles constituaient un traitement de l'EDC

au même titre que les médicaments. Enfin, seul 10 % des médecins n'étaient pas du tout d'accord avec ces deux affirmations (96).

La prise en charge psycho-sociale était effectuée par 74,2 % des répondants de notre étude, reflétant la bonne compréhension de la complexité de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée.

5. Freins à l'orientation vers un psychiatre

Le délai important pour obtenir une consultation était le frein prépondérant à l'orientation vers un psychiatre relevé par les médecins généralistes avec une moyenne de 3,26 (DS = 0,83). Ce résultat était similaire à celui d'une enquête réalisée en 2007 sur la prise en charge de l'EDC en soins primaires dans l'inter-région Nord-Ouest. La majorité des médecins généralistes (69 %) déclaraient que l'obtention d'un rendez-vous rapide auprès d'un psychiatre représentait une difficulté majeure (97).

L'impossibilité par certains psychiatres de prendre de nouveaux patients était également mentionné par les répondants de notre étude comme étant un frein à cette orientation.

L'une des hypothèses concernant ces freins est que les psychiatres seraient en nombre insuffisant dans certaines zones, rendant leurs consultations saturées. Cette année, lors de la répartition des postes suite à l'Examen Classant National (ECN), ce sont 17,6 % des postes de psychiatrie qui n'ont pas été pourvu avec 529 postes proposés et 93 postes restant disponibles (98).

La réticence du patient ou de son entourage à consulter un psychiatre était également un obstacle à l'orientation vers un spécialiste. Ainsi, les représentations de la population générale sur l'EDC et les autres pathologies psychiatriques peuvent

entraver le recours au spécialiste.

L'INPES a publié en 2007 un fascicule « La dépression, en savoir plus pour s'en sortir » afin d'informer les patients et leur entourage sur l'EDC, ses symptômes et les moyens pour le soigner. Il ne semble malheureusement pas suffisamment diffusé et connu de la population générale pour pouvoir lutter contre la stigmatisation de cette maladie (99).

6. Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge en pratique quotidienne

Le non-remboursement de la prise en charge par les psychologues était le principal obstacle rapporté par les répondants au cours de la prise en charge avec une moyenne de réponse de 3,11 (DS = 0,86). En effet, l'Assurance Maladie ne rembourse pas les psychothérapies dispensées par des psychologues ou des psychothérapeutes non-médecins en cabinet privé.

Les résultats de notre étude étaient en accord avec l'étude précédemment citée, réalisée en 2011 auprès d'un panel national de médecins généralistes français qui retrouvait que 91 % des répondants déclaraient que ce non-remboursement était un frein d'accès aux psychothérapies (96).

Depuis avril 2018, la prise en charge de ces actes est en phase d'expérimentation dans les départements des Bouches-du-Rhône (13), de la Haute-Garonne (31) et du Morbihan (56) mais ne concerne que les patients âgés de 18 à 60 ans avec des critères d'inclusion restreints (100).

Le manque de coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre était également rapporté comme étant un obstacle rencontré par les répondants de notre étude. L'étude publiée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation

et des Statistiques (DREES) citée précédemment retrouvait que près de deux médecins généralistes sur trois ne se disaient pas satisfaits de leur coopération avec les professionnels spécialisés en santé mentale (96). Le manque de retour d'information pourrait expliquer en partie ces résultats. En effet, lors d'une enquête nationale française réalisée en 2014, 97 % des médecins généralistes déclaraient envoyer un courrier au psychiatre lors de l'orientation d'un patient. Cependant, 74 % d'entre eux disaient ne recevoir aucune réponse (101).

Les médecins généralistes ayant répondu à notre étude déclaraient que le manque de temps au cours de la consultation faisait partie des obstacles rencontrés en pratique quotidienne. Il ressort ainsi que la psychothérapie de soutien nécessite un temps d'entretien long qui dépasse le temps imparti d'une consultation habituelle. Une étude réalisée en 2017, retrouvait un temps moyen de consultation pour le motif d'EDC de 25 minutes (102).

Enfin, l'un des répondants rapportait qu'il considérait l'absence de psychologue se rendant à domicile comme étant un obstacle. Bien qu'étant trop peu connue, l'intervention des psychologues à domicile existe cependant dans toutes les régions de France, de nombreux sites proposant ces services. Une Association Française des Psychologues A Domicile (AFPAD) a notamment été créée. Le principal obstacle à ce service pourrait cependant être, une fois de plus, le non-remboursement de cette prise en charge (103).

7. Comparaison entre les professionnels suivant les recommandations ou non

L'âge moyen des répondants suivant les recommandations était inférieur à celui des répondants ne suivant pas les recommandations (41,7 ans, DS = 10,7 versus 49,8 ans, DS = 10,6). Aussi, les répondants suivant les recommandations avaient en moyenne 10,3 années d'expérience depuis leur soutenance de thèse de moins que ceux ne suivant pas les recommandations.

Ce résultat pourrait être expliqué par une actualisation et une amélioration au fil des années de la formation théorique et pratique au cours des études médicales. De plus, les médecins généralistes plus jeunes seraient plus proches de leurs années d'études et auraient bénéficié d'un enseignement se rapprochant plus des recommandations actuelles.

Les comparaisons effectuées entre les deux groupes sur la stratégie de traitement (monothérapie ou associations médicamenteuses) ainsi que sur les durées des prescriptions par benzodiazépines et hypnotique ne retrouvaient pas de différence significative. Cela pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de médecins généralistes appartenant au groupe ne suivant pas l'ensemble des recommandations en suivaient tout de même une partie.

C. Perspectives de l'étude

Au vu de la prévalence des troubles psychiatriques, la réalisation d'une formation clinique plus intégrative pourrait être une première piste. Il pourrait s'agir, par exemple, de rendre obligatoire la réalisation d'un stage en psychiatrie pour les étudiants de deuxième cycle d'études médicales. Une augmentation du nombre de poste d'enseignants universitaires de psychiatrie pourrait également permettre

d'améliorer la formation médicale initiale. Un autre axe de développement de la formation pourrait également être l'ajout de thématiques s'intéressant à la psychiatrie dans l'offre des formations de développement personnel continu (DPC) proposée aux médecins généralistes.

La mise à disposition d'informations à remettre aux patients et à l'entourage était une perspective envisagée par les répondants, pouvant entraîner par ailleurs une réduction des stigmatisations. De plus, la mise en œuvre de programmes d'information et de sensibilisation à plus grande échelle, sur les troubles psychiatriques et leurs traitements, destinés au grand public, pourrait également être une mesure visant à diminuer les préjugés des patients et de leur famille envers cette maladie. Cela pourrait prendre la forme de sites Web, de courriers électroniques, de reportages, d'éditoriaux ... (104). Il pourrait aussi exister une journée nationale ou mondiale de la dépression, tout comme il existe la journée mondiale du cœur ou du diabète.

Le temps d'éducation thérapeutique réalisé par les médecins généralistes semblait indispensable pour une meilleure adhésion au protocole de soins et favoriser l'observance, afin d'assurer une durée de traitement par ATD adéquate. Il serait pertinent que cette éducation soit également relayée par le spécialiste ou le pharmacien. Des projets d'éducation thérapeutique du patient portés par des équipes pluridisciplinaires, déjà en expérimentation dans certaines régions, pourraient devenir des priorités régionales portées par les Agences Régionales de Santé sur l'ensemble des régions de France.

La prise en charge de l'EDC de la personne âgée pourrait être favorisée par un remboursement des psychothérapies dispensées par les psychologues ou les psychothérapeutes en cabinet privé, actuellement en expérimentation dans

certaines régions. La consultation d'un patient souffrant d'un EDC, souvent qualifiée de chronophage par les médecins généralistes interrogés, pourrait également être revalorisée par le biais d'une cotation spécifique.

Afin d'améliorer l'accès aux soins en milieu spécialisé, les circuits de consultation en urgence pourraient continuer d'être développés, en particulier sur les CMP ou sur des dispositifs tels que les maisons médicales de gardes pour les rendre plus accessibles à l'ensemble des patients. Un autre axe d'amélioration de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée serait le développement de la télémédecine pour la réalisation de consultation spécialisée qui pourrait alors palier en partie au manque de spécialiste dans certaines zones géographiques.

La création d'un réseau mobile géro-psycho-geriatrique était une perspective relevée par l'un des répondants, mais il paraît difficile de l'étendre à l'ensemble du territoire au vu du manque de spécialistes mis en évidence.

Ce jour en pratique, certains médecins généralistes prennent des avis téléphoniques auprès des services spécialisés en psychiatrie des centres hospitaliers. Il pourrait être intéressant de standardiser ces appels via des lignes téléphoniques dédiées aux professionnels de santé, telles qu'ont été créées les plateformes d'aide aux patients suicidants Vigilans par exemple.

Enfin, afin de rendre moins complexe cette prise en charge pour les médecins généralistes, il pourrait également être envisagé de mettre en place des concertations mensuelles avec un médecin psychiatre. Ces concertations pourraient avoir lieu sous forme de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) durant lesquelles il serait possible d'aborder les situations cliniques difficiles. Celles-ci pourraient être réalisées grâce à des vidéoconférences comme cela se fait dans d'autres spécialités.

CONCLUSION

Notre étude a permis de décrire la prise en charge effectuée lors de la découverte de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale.

La classes d'ATD la plus utilisée par les médecins généralistes était les ISRS suivie de la Miansérine, ce qui correspondait aux recommandations de bonne pratique actuelles. Cependant, 36,4 % des répondants prescrivaient un traitement ATD sur une durée plus courte que celle préconisée dans les recommandations actuelles. L'association de traitement par ATD et anxiolytique était utilisée par 77,3 % des répondants, faisant des anxiolytiques une classe thérapeutique très utilisée dans cette population, malgré un risque iatrogène important. Les durées des traitements anxiolytiques et hypnotiques étaient majoritairement en accord avec les recommandations de bonne pratique. Outre l'introduction de traitement pharmacologique, 81,8% des répondants s'appuyaient sur la psychothérapie et 74,2 % d'entre eux effectuaient une prise en charge psycho-sociale.

Notre étude a également mis en évidence les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, faisant ressortir certaines pistes d'améliorations de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en médecine générale.

Tout d'abord, une formation médicale initiale d'avantage accès sur la pratique pourrait aider les médecins généralistes à dépister, diagnostiquer l'EDC ainsi qu'évaluer le risque suicidaire. Aussi, il semblerait pertinent de poursuivre la sensibilisation du grand public à l'EDC et à son traitement afin de réduire les stigmatisations des patients et de leur entourage. Une revalorisation tarifaire de la consultation réalisée par le médecin généraliste et un remboursement des psychothérapies dispensées par les psychologues ou les psychothérapeutes en cabinet privé semblaient être des demandes consensuelles. Enfin, il semblerait

nécessaire de faciliter l'accès aux soins en milieu spécialisé en poursuivant le développement de circuits de consultation en urgence ainsi que la coordination des soins entre psychiatres et généralistes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organization. Vieillesse et santé. 2018.
2. World Health Organization. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. 2002.
3. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? Gerontologie et societe. 6 oct 2011;34 / n° 138(3):127-42.
4. Pierre Laroque. Rapport Laroque - Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. 2014.
5. Institut national de la statistique et des études économiques. Les personnes âgées. 2005.
6. Collège National des Universitaires en Psychiatrie et all. Référentiel de psychiatrie et addictologie. 2ème édition. 2016. 583 p. (L'officiel ECN).
7. World Health Organization. La dépression. 2018.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement 10ème révision. Masson;
9. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition: DSM5. 2013.
10. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. 2017.
11. Institut national de la statistique et des études économiques. Population par sexe et groupe d'âges en 2019. 2019.
12. T. Gallardaa,b,*, H. Lôoa,b. Dépression et personnes âgées. 2009;
13. Haute Autorité de Santé. Mise en oeuvre de l'éducation thérapeutique dans le cadre de l'expérimentation PAERPA. 2014.
14. EPSM Lille métropole, Centre Collaborateur, de l'Organisation Mondiale de la Santé, pour la recherche et la formation en santé mentale. Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG).
15. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. [Mental Health of elderly people: The prevalence and representations of psychiatric disorders]. Encephale. 2010;36(3 Suppl):59-64.
16. Albertine AOUBA, Françoise PÉQUIGNOT, Laurence CAMELIN, Françoise LAURENT et Éric JOUGLA. La mortalité par suicide en France en 2006. sept 2009;8.
17. Plancke L. Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées.

NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. 1 avr 2017;17(98):136-43.

18. Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res.* févr 1994;28(1):57-84.
19. Amore M, Tagariello P, Laterza C, Savoia EM. Beyond nosography of depression in elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2007;44 Suppl 1:13-22.
20. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 1 oct 2015;15(89):256-61.
21. Khan A, Mirolo H, Mirolo MH, Dobie DJ. Depression in the elderly: a treatable disorder. *Geriatrics.* juin 1993;48 Suppl 1:14-7.
22. Schneider LS. Treatment of depression in late life. *Dialogues Clin Neurosci.* sept 1999;1(2):113-24.
23. Pinquier C, Weimann N, Pellerin J. Diagnosis of a depression in elderly. 2003. (La Revue de Gériatrie; vol. Tome 28).
24. Tison P, Hautekeete M. Activation de pensées automatiques négatives spécifiques vers 60 ans chez des sujets déprimés âgés de 20 à 99 ans. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 1 juin 2005;15(2):61-8.
25. S. Kindynis a,d, S. Burlacua, , P. Louvillea,d, F. Limosin. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. avr 2013;
26. Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000.
27. Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2006.
28. Staikowsky F, Chastang F, Pujalte D. Urgences psychiatriques liées aux actes suicidaires en 2008. Incidence et pronostic. *Réanimation.* déc 2008;17(8):783-9.
29. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am.* juin 2008;31(2):333-56.
30. Harwood DM, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *Int J Geriatr Psychiatry.* août 2000;15(8):736-43.
31. Richard-Devantoy S, Jollant F. Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *smq.* 2012;37(2):151-73.
32. L'Encéphale. Hors Série 3 : La dépression : des pratiques aux théories 11. 2019.

33. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatologique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. avr 2005;5(26):44-51.
34. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. juin 1961;4:561-71.
35. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. *Ann Fam Med*. juill 2010;8(4):348-53.
36. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983 1982;17(1):37-49.
37. Burke WJ, Houston MJ, Boust SJ, Roccaforte WH. Use of the Geriatric Depression Scale in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc*. sept 1989;37(9):856-60.
38. Feher EP, Larrabee GJ, Crook TH. Factors attenuating the validity of the Geriatric Depression Scale in a dementia population. *J Am Geriatr Soc*. sept 1992;40(9):906-9.
39. Kafonek S, Ettinger WH, Roca R, Kittner S, Taylor N, German PS. Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc*. janv 1989;37(1):29-34.
40. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1 févr 1988;23(3):271-84.
41. Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a "gold standard" and the unmaking of a chronic illness, 1960–1980. *Chronic Illn*. sept 2013;9(3):202-19.
42. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand*. mai 1986;73(5):544-8.
43. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in Older Adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
44. Haute Autorité de Santé. Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013. 2010.
45. Jean Laplanche, Jean-Bernard Pontalis. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 1967. (Bibliothèque de psychanalyse).
46. Ginger S. La psychothérapie en France. *Journal français de psychiatrie*. 2004;no21(1):8-9.
47. Fédération Française de psychothérapie et psychanalyse - FF2P. *Les méthodes de psychothérapie*. 2005.

48. Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2006;21(12):1139-49.
49. René M, Kindynis S, Csillik A. Particularités des thérapies cognitivo-comportementales et des interventions de psychologie positive dans la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 déc 2012;22(4):169-74.
50. Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry*. 1 août 2002;52(3):293-303.
51. Nelson JC, Delucchi K, Schneider LS. Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: a meta-analysis of the evidence. *Am J Geriatr Psychiatry*. juill 2008;16(7):558-67.
52. Gallarda T, Lõo H. Dépression et personnes âgées. *L'Encéphale*. juin 2009;35(3):269-80.
53. Charles PC, Bernard PB. COMITE DE VALIDATION. 2006;110.
54. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*. 7 avr 2018;391(10128):1357-66.
55. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 2010;152.
56. Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol (Oxford)*. mai 2015;29(5):459-525.
57. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. third edition. 2015.
58. Wilson K, Mottram P, Sivanranthan A, Nightingale A. Antidepressant versus placebo for depressed elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2):CD000561.
59. Baldwin RC, Anderson D, Black S, Evans S, Jones R, Wilson K, et al. Guideline for the management of late-life depression in primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*. sept 2003;18(9):829-38.
60. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2016.

61. Schneider LS, Olin JT. Efficacy of acute treatment for geriatric depression. *Int Psychogeriatr.* 1995;7 Suppl:7-25.
62. Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(3):CD003197.
63. Kok RM, Heeren TJ, Nolen WA. Continuing treatment of depression in the elderly: a systematic review and meta-analysis of double-blinded randomized controlled trials with antidepressants. *Am J Geriatr Psychiatry.* mars 2011;19(3):249-55.
64. Collège National des Enseignants en Gériatrie. *Gériatrie.* 3ème édition. (Elsevier Masson).
65. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. 2015.
66. Bouhassira M, Allicar MP, Blachier C, Nouveau A, Rouillon F. Which patients receive antidepressants? A « real world » telephone study. *J Affect Disord.* avr 1998;49(1):19-26.
67. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Watanabe N, Streiner D, Furukawa TA. Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 3 juin 2019;(Issue 6).
68. V. Camus, C. A. de Mendonça Lima et Ch. Bula. Usage et abus des benzodiazépines chez la personne âgée. 2001;
69. Taiminen TJ. Effect of psychopharmacotherapy on suicide risk in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1993;87(1):45-7.
70. Edwards RA, Medicott RW. Advantages and disadvantages of benzodiazepine prescription. *N Z Med J.* 12 nov 1980;92(671):357-9.
71. Inserm, la science pour la santé. Benzodiazépines : trop de patients à risque d'effets indésirables. 2016.
72. MI L, Jp C. Liste de médicaments potentiellement inappropriés à la pratique médicale française. 2007;11.
73. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? avr 2017;
74. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? juill 2018;
75. Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy in the Elderly: New Findings in Geriatric Depression. *Curr Psychiatry Rep.* avr 2016;18(4):40.
76. Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. « Justifiable depression »: how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract.* juin 2006;23(3):369-77.

77. N. Gervasoni G. Bondolfi. Qu'en est-il de l'entourage et des proches dans la dépression ? Rev Med Suisse 2004; volume 0 24021.
78. De Leo D, Dello Buono M, Dwyer J. Suicide among the elderly: the long-term impact of a telephone support and assessment intervention in northern Italy. Br J Psychiatry. sept 2002;181:226-9.
79. Monfort J-C. Spécificités psychologiques des personnes très âgées. Gerontologie et societe. 2001;24 / n° 98(3):159-87.
80. Haute Autorité de Santé. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. 2015.
81. Prévile M, Boyer R, Hébert R, Bravo G, Seguin M. Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. Suicide Life Threat Behav. févr 2005;35(1):91-105.
82. Ordre National des Médecins PB. Atlas de la démographie médicale en France. 2018.
83. Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. Journal of Consulting Psychology. 1960;24(4):349-54.
84. V. Aebischer, D. Oberlé. Le groupe en psychologie sociale. 5ème édition. Dunod; 2016.
85. Martin CL, Nagao DH. Some effects of computerized interviewing on job applicant responses. Journal of Applied Psychology. 1989;74(1):72-80.
86. Lautenschlager GJ, Flaherty VL. Computer administration of questions: More desirable or more social desirability? Journal of Applied Psychology. 1990;75(3):310-4.
87. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse – Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM. 2010;
88. Pauline Chaste, Josselin Houenou. L'enseignement de la psychiatrie pendant le second cycle est-il adapté à la discipline? 2018.
89. Centre national de gestion. Personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires (hospitalo-universitaires : HU) Eléments statistiques sur la partie hospitalière de leur activité - Situation au 1er janvier 2018.
90. Malcolm Johnson. La conception de la vieillesse dans les théories gériatologiques. mars 2001;(Numéro 34):pages 51 à 67.
91. Marie-Laure MORVAN. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère. 2014.
92. Classification commune des actes médicaux. CCAM en ligne -.

93. A. Hérique, J.-P. Kahn. Guidelines and Reality in Practical Use of and compliance to Antidepressants in the Treatment of Depression: Incidence Survey in Lorraine and Champagne-Ardenne (France). *L'Encéphale*. 2009;(35):73—79.
94. Martin P. [Coadministration benzodiazepine and antidepressant drugs: the state of art]. *Encephale*. oct 2006;32(5 Pt 1):753-66.
95. URCAM Rhône-Alpes — Observatoire du médicament. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine chez l'adulte : les traitements courts.
96. H. Dumesnil, S. Cortaredona. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Numéro 810; 2012.
97. A. Mercier et al. Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France. *L'Encéphale*. 2010;D73—D82.
98. Centre National de Gestion. rangs limites. 2019.
99. Briffault X et al. La dépression, en savoir plus pour en sortir. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé; 2007.
100. Assurance Maladie. Prise en charge par l'Assurance Maladie des Thérapies non médicamenteuses, dispositif expérimenté dans 3 départements. 2018.
101. G. Milleret, I. Benradia. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». 2014;Vol 90(5):pages 311 à 317.
102. A. Leroux. L'échelle de dépression de Hamilton, état des lieux auprès de médecins généralistes en Haute-Normandie. Thèse pour le doctorat en médecine; 2017.
103. David Massal. Association Française des Psychologues A Domicile. AFPAD, 25 rue Masséna, 69006 Lyon;
104. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF, Evans K, Groves C. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. oct 2004;185:342-9.
105. Soudani M. GJ. Protocole de prévention du risque suicidaire et de prise en charge de la crise suicidaire en EHPAD. Centre d'action sociale de la ville de Paris; 2015.
106. Dictionnaire Vidal 2019. 95ème édition. Vidal eds; 2019. 3867 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un l'EDC d'après la CIM-10 (8)

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes suivants :

(1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ;

(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;

(3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins un des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

(1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;

(2) sentiment injustifié de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;

(3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;

(4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;

(5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;

(6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;

(7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 2 : Critères diagnostiques de l'EDC d'après le DSM-V (9)

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une période d'une durée d'au moins deux semaines. Un symptôme ne peut être retenu que s'il représente un changement par rapport au fonctionnement antérieur et s'il ne peut être imputé à une autre affection médicale. Les symptômes 1 et/ou 2 sont obligatoires :

- (1) Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours rapportée de façon subjective (par exemple, sentiment de tristesse, de vide, de désespoir), ou par les observations de l'entourage (par exemple, comportement larmoyant).
- (2) Réduction marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes, ou presque toutes les activités, quasiment toute la journée, presque tous les jours (rapports subjectifs ou observations).
- (3) Perte de poids significative en l'absence de régime, ou gain de poids significatif (par exemple, variation $\geq 5\%$ de la masse corporelle en ≤ 1 mois), ou réduction ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (objectivable par l'entourage, pas simple ressenti subjectif d'impatience ou de ralentissement).
- (6) Fatigue ou manque d'énergie quasi quotidien.
- (7) Sentiment d'indignité, ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirant), presque tous les jours (pas simplement se faire le reproche ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Réduction des capacités réflexives ou de concentration, ou indécision quasi quotidiennes (rapports subjectifs ou observations).
- (9) Pensées récurrentes autour de la mort (pas une simple peur de mourir), idéation suicidaire récurrente sans ou avec élaboration d'un plan ou tentative de suicide.

B. La symptomatologie est responsable d'une détresse cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, professionnel ou tout autre domaine fonctionnel important.

C. L'épisode n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques spécifiés ou non spécifiés.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomane.

NB : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes de type maniaque ou hypomaniaque sont imputables à des substances ou aux effets physiologiques d'une autre pathologie médicale.

Annexe 3 : Critères définissant un EDC léger, modéré ou sévère

D'après le site de la HAS (10) :

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
Léger	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes) Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
Modéré	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
Sévère	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

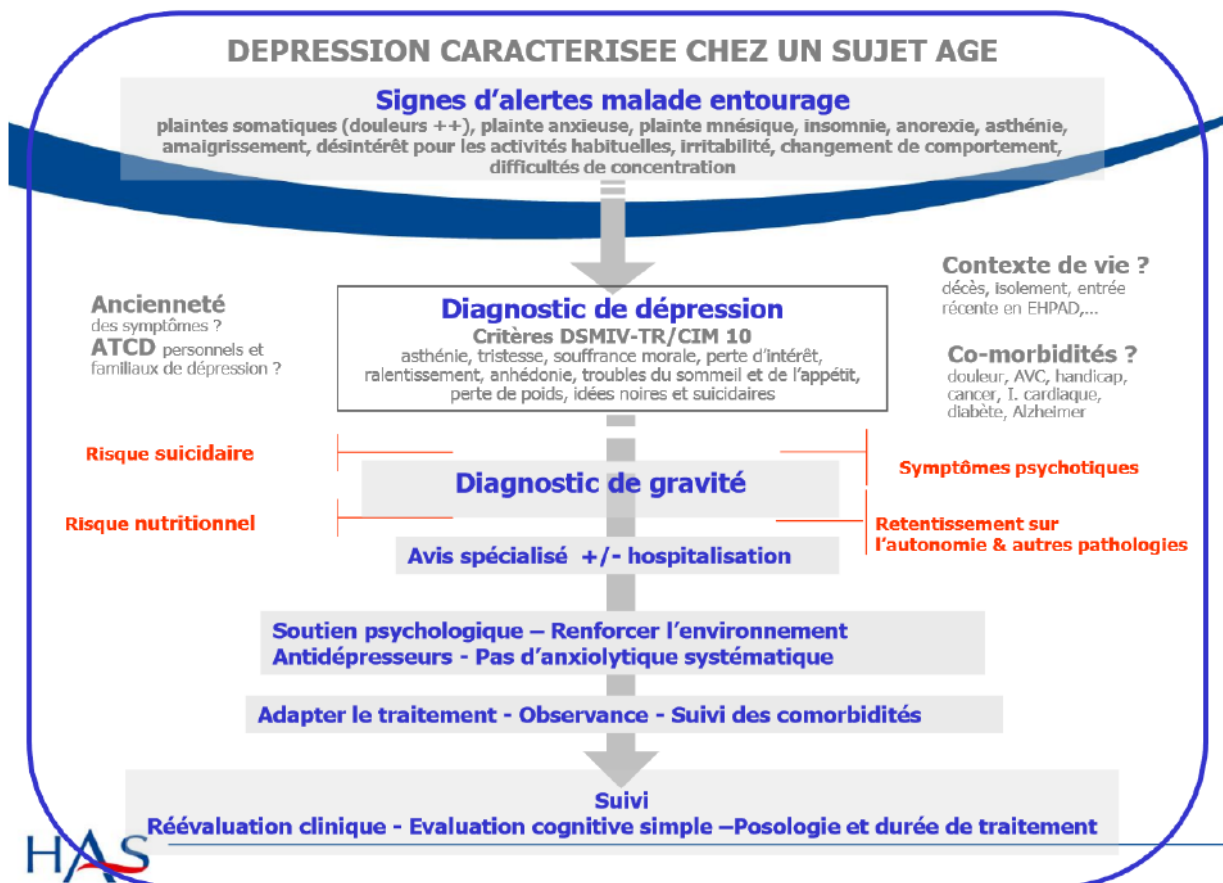
Annexe 4 : Echelle d'évaluation Risque, Urgence, Dangerosité

D'après un protocole de prévention du risque suicidaire et de prise en charge de la crise suicidaire en EHPAD (105) :

1) Risque		
Facteurs de risque primaires (I)	Facteurs de risque secondaires (II)	Facteurs de risque tertiaires (III)
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs les plus importants • Ont valeur d'alarme • Non présents en temps normal • Valides individuellement • Influencés par la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de la « vie courante » pour certains • N'ont pas valeur d'alarme • Valides statistiquement seulement • Peu influencés par la prise en charge • Intérêt associés aux facteurs I 	<ul style="list-style-type: none"> • Événements naturels (on n'y échappe pas !) • N'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs I et II
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouble psychiatrique aigu : dépression, intoxication alcoolique... ✓ Communication d'une intention suicidaire ✓ Antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ✓ Propension à l'impulsivité, l'agressivité, ou la violence 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pertes parentales précoces ✓ Traumatismes et abus durant l'enfance ✓ Isolement social, affectif ✓ Problèmes financiers, chômage ✓ Événements de vie négatifs significatifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexe masculin ✓ Adolescence ✓ Sénescence ✓ Période prémenstruelle ✓ Saison de l'été
2) Urgence		
<i>Avez-vous des idéations suicidaires ?</i>		
Fréquence : Combien de fois y avez-vous pensé ?		
Durée : Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?		
Éléments dissuasifs : Y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?		
Où, Quand, Comment envisagez-vous de vous suicider ?		
3) Dangerosité		
Avez-vous accès à un moyen léthal ?		
Accessibilité du moyen		
Létalité du moyen envisagé		

Annexe 5 : Arbre décisionnel d'aide à la prise en charge de l'EDC chez la personne âgée

D'après le site de la HAS (44) :



Annexe 6 : classes pharmaceutiques des antidépresseurs

D'après le dictionnaire Vidal 2019 (106) :

- **Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) :**

PAROXETINE Deroxat®, Divarius®
FLUOXETINE Prozac®
CITALOPRAM Seropram®
ESCITALOPRAM Seroplex®
SERTRALINE Zoloft®
FLUVOXAMINE Floxyfral®

- **Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline (IRSNa) :**

VENLAFAXINE Effexor®
MILNACIPRAN Ixel®
DULOXETINE Cymbalta®

- **Tricycliques :**

CLOMIPRAMINE Anafranil®
AMITRIPTYLINE Laroxyl®, Elavil®
IMIPRAMINE Tofranil®
AMOXAPINE Défanyl®
DOSULEPTINE Prothiaden®
TRIMIPRAMINE Surmontil®
DOXEPINE Quitaxon®
MAPROTILINE Ludiomil®

- **Inhibiteur de la Mono-Amine Oxydase (IMAO) :**

- **sélectif de la MAO-A (IMAO-A) :**

MOCLOBEMIDE Moclamine®

- **non sélectif :**

IPRONIAZIDE Marsilid®

- **Autres antidépresseurs :**

MIANSERINE Athymil®
TIANEPTINE Stablon®
MIRTAZAPINE Norset®
AGOMELATINE Valdoxan® (commercialisé en France depuis 2010, réévalué en octobre 2015, service médical rendu (SMR) faible, désormais remboursable à 15%)
VORTIOXETINE Brintellix® (commercialisé en France début 2016, désormais remboursable à 30%, SMR modéré)

Annexe 7 : Questionnaire de l'étude

Nous vous proposons de participer à une enquête de pratique dans le cadre de la rédaction d'une thèse de médecine générale qui s'intéresse à la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée en cabinet de médecine générale. Cette étude se fait en partenariat avec la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie (F2RSM Psy).

Pour cela, il s'agit de répondre à un questionnaire en ligne totalement anonyme d'environ 5 minutes.

Nous espérons que cette étude permettra d'entamer une démarche de réflexion sur la prise en charge de cette pathologie chez la personne âgée.

Pour toute demande d'information complémentaire, ainsi que pour connaître les résultats finaux de cette étude, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : mathilde.robert.etu@univ-lille.fr

Nous vous remercions de prendre le temps de remplir ce questionnaire.

Formation particulière en psychiatrie

- 1. Disposez-vous d'une formation particulière en psychiatrie ?**
- 2. Quelle(s) formation(s) médicale(s) continue(s) avez-vous en psychiatrie ?**

Diagnostic

- 3. Quelle importance accordez-vous aux signes suivants pour vous orienter vers le diagnostic d'un épisode dépressif de la personne âgée (1 = aucune importance, 5 = extrêmement important) ?**

Outils/échelles d'aide au diagnostic

- 4. Utilisez-vous des outils/échelles dans votre pratique pour diagnostiquer un épisode dépressif caractérisé ?**
- 5. Quels/quelles outils/échelles utilisez-vous ?**

Gravité de l'épisode dépressif caractérisé

- 6. Quel serait selon vous le premier signe alertant sur la gravité de l'épisode dépressif caractérisé ?**

Prise en charge

- 7. Quelle(s) thérapeutique(s) médicamenteuse(s) introduisez-vous ?**
- 8. Si vous utilisez d'autres thérapeutiques médicamenteuses, précisez lesquelles ?**
- 9. Quelle(s) stratégie(s) privilégiez-vous ?**
- 10. Lorsqu'un traitement antidépresseur est entrepris devant un premier épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée, quelle est votre durée moyenne de prescription ?**
- 11. Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est entrepris devant un premier épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée, quelle est votre durée moyenne de prescription ?**

12. Lorsqu'un traitement par hypnotique est entrepris devant un premier épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée, quelle est votre durée moyenne de prescription ?
13. En fonction de quels éléments établissez-vous vos prescriptions
14. Quel(s) autre(s) type(s) de thérapeutique(s) parmi la liste suivante utilisez-vous ?
15. Les signes de gravité modifient-ils votre prise en charge ?
16. Lorsque vous repérez des signes de gravité, quelle est votre attitude ?

Orientation vers le milieu spécialisé

17. Dans quels cas une orientation vers un service d'urgence ou une hospitalisation en milieu spécialisé vous semble-t-elle nécessaire ?
18. Lors d'une prise en charge non urgente, quels freins rencontrez-vous à l'orientation vers un psychiatre ?
19. Si vous rencontrez d'autres freins à l'orientation vers un psychiatre lors d'une prise en charge non urgente, précisez lesquels

Amélioration de la prise en charge

20. Quels obstacles rencontrez-vous dans votre pratique quotidienne au cours de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée ?
21. Si vous rencontrez d'autres obstacles au cours de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée dans votre pratique quotidienne, précisez lesquels
22. Quels sont vos principaux souhaits en matière d'amélioration

Critères socio-démographiques

23. Etes-vous ? hommes/ femmes
24. Quel âge avez-vous ?
25. Quelle est votre année de thèse ?
26. Quel est votre type d'exercice ?

AUTEUR : Nom : ROBERT

Prénom : Mathilde

Date de soutenance : 6 février 2020

Titre de la thèse : Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée en cabinet de médecine générale

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : doctorat en médecine

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : Episode dépressif caractérisé/ Médecine générale/ Personnes âgées/ Diagnostic/ antidépresseur

Résumé :

Contexte : Les médecins généralistes jouent un rôle central dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé (EDC). Cependant, peu de données portent sur les spécificités de la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale dans la littérature. L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge effectuée lors de la découverte de l'EDC de la personne âgée en cabinet de médecine générale.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale, observationnelle, descriptive, quantitative de type enquête de pratique au cours de laquelle un tirage au sort de 300 médecins généralistes exerçant dans le département du Nord sur le site de l'annuaire téléphonique les Pages jaunes a été effectué. Un auto-questionnaire anonyme leur a été envoyé par mail. Celui-ci abordait les critères diagnostiques de l'EDC de la personne âgée, l'attitude thérapeutique des répondants, leurs perspectives d'amélioration ainsi que leurs caractéristiques socio-démographiques.

Résultats : 66 médecins généralistes ont répondu au questionnaire. La classe d'antidépresseur (ATD) la plus utilisée était les ISRS suivie de la Miansérine. Cela correspondait aux recommandations de bonnes pratiques actuelles. 36,4 % des répondants prescrivaient un traitement ATD sur une durée plus courte que celle préconisée dans les recommandations actuelles. L'association de traitement par ATD et anxiolytique était utilisée par 77,3 % des répondants, faisant des anxiolytiques une classe thérapeutique très utilisée dans cette population, malgré un risque iatrogène important. Les durées des traitements par benzodiazépines et hypnotiques étaient en accord avec les recommandations de bonne pratique dans respectivement 90,9 % et 83,4 % des prescriptions. 81,8 % des répondants s'appuyaient sur la psychothérapie et 74,2 % effectuaient une prise en charge psycho-sociale.

Conclusion : 41 % des répondants suivaient les recommandations de bonne pratique actuelles. Ainsi, des pistes d'améliorations dans la prise en charge de l'EDC de la personne âgée en médecine générale ressortaient telles qu'une formation médicale initiale d'avantage accès sur la pratique ainsi que la revalorisation tarifaire de la consultation réalisée par le médecin généraliste.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur François PUISIEUX, Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François DELFORGE