HAL
open science

Insuffisance diagnostique et thérapeutique dans la dépression du sujet âgé en court séjour gériatrique et suivi au domicile

Aurélie Cochard Roopoo

To cite this version:

Aurélie Cochard Roopoo. Insuffisance diagnostique et thérapeutique dans la dépression du sujet âgé en court séjour gériatrique et suivi au domicile. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02407391

HAL Id: dumas-02407391

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02407391v1

Submitted on 12 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

Année 2019 N°

UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

COCHARD ROOPOO AURELIE

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2019

INSUFFISANCE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DANS LA DEPRESSION DU SUJET AGE EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE ET SUIVI AU DOMICILE

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Directrice de thèse : Madame VAURS Sabine, Docteur, CH Thiers, service de Court Séjour Gériatrique

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

_____

PRESIDENTS HONORAIRES :	**JOYON** Louis
UNIVERSITE D'AUVERGNE :	**DOLY** Michel
	TURPIN Dominique
	VEYRE Annie
	DULBECCO Philippe
	ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES :	**CABANES** Pierre
UNIVERSITE BLAISE PASCAL :	**FONTAINE** Jacques
	BOUTIN Christian
	MONTEIL Jean-Marc
	ODOUARD Albert
	LAVIGNOTTE Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et	
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER :	**BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT :	**DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :	**WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE :	**HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE :	**PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES :	**PAQUIS** François

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES :	**DETEIX** Patrice
	CHAZAL Jean
DOYEN :	**CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE :	**ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie

M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M. DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M. CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
M. SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. BERGER Marc	Hématologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie

M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mle MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle COSTE Karen	Pédiatrie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur CLEMENT Gilles

Médecine générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail, je vous en remercie. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A MA DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur VAURS Sabine

Médecine générale

Je te remercie d'avoir accepté de m'encadrer pour cette thèse ainsi que pour ta disponibilité, et tes précieux conseils. Cela a été un plaisir de travailler à tes cotés.

Monsieur le Professeur GERBAUD Laurent

Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de recherche. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

Monsieur le Professeur AUTHIER Nicolas

Pharmacologie Médicale

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail de recherche. Je vous prie de bien vouloir accepter ma respectueuse considération.

A mes 2 amours de garçons, vous me comblez de bonheur. Votre complicité et vos sourires font ma joie de vivre. Je suis fière de vous. Je vous aime mes chouchous.

A toi mon chéri, merci d'avoir toujours été là pour me permettre d'avancer chaque jour, pour ta patience et la sérénité que tu m'apportes. Merci de m'avoir donné de si beaux enfants dont tu t'occupes merveilleusement bien. Que du bonheur avec notre petite famille. Je t'aime.

A ma maman qui m'a soutenue dans ce long parcours du début à la fin, merci d'avoir toujours cru en moi. Je t'en serai éternellement reconnaissante. Ta force et ton courage resteront mon modèle.

A mon papa et Isabelle, merci de m'avoir suivie sur ces longues années, de votre soutien et de votre aide dans ma vie personnelle.

A mes sœurs et mon frère, merci pour votre bonne humeur et votre aide dans ma vie personnelle. Un grand merci à toi Ninie pour ton aide précieuse à la relecture et la mise en page de ce travail.

A papi Georges, merci d'avoir suivie toutes ces années et un grand merci pour ton aide.

A Tata qui a toujours suivi mon parcours et répond toujours présente dans ma vie personnelle.

A papi Michel, Maria et mamie Denise qui, je sais, suivent mon parcours.

A mes 2 étoiles les plus belles, les plus scintillantes, mes mamies. Je ne vous oublierai jamais.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueillie dans votre famille.

A mes amis de fac bordelaise : Claire, Elsa, Marie et Xabi, Toti et Jenny, Cindy, Marie Sarah. Merci pour ces belles années passées ensemble.

A mes amis clermontois : Mathilde et Louis, Anne Lyse et mes co internes avec qui j'ai passé de bons moments.

A mes collègues amis de médecine Est, infirmières : Tati, Nasta, Basket, Bubu, Nath, Julie D., Emilie S., Emilie, Camille…, aides-soignantes : Yoyo, Nelly, Aurélie, Nath, Véro, Virginie qui m'ont accueilli les bras ouverts, vous êtes ma famille clermontoise. Sans oublier les plus jeunes recrues, les ASH, les secrétaires et les cadres.

A mes jeunes collègues : Chacha, Nicolas et Julien merci d'être venus en renfort.

A mes collègues médecins thiernois (Pascal, Olivier, Fabrice, Khalil, Hamida, Stéphanie, Ahmed, Kouakou, Katerina, Bilal, Christelle, Mr Delarbre, Mr Bril, Mr Charperon…) : merci d'avoir partagé vos connaissances.

Un grand merci à toi Christine, ma « maman médecin ».

Merci à toi Geneviève de m'avoir permis d'intégrer l'équipe thiernoise et à toi Thibault pour la confiance que tu m'as accordée.

Merci à vous Monsieur Varga d'avoir toujours été présent.

A l'ensemble de l'équipe paramédicale thiernoise (en particulier aux urgences, CSG, HDJ, HAD), merci pour ces bons souvenirs à vos côtés.

A l'équipe du CSG de Brioude (Christelle, Séverine, Christophe, Marie France, Véronique, Stéphanie…) ma première famille clermontoise. Merci d'avoir fait de mon premier stage, un stage agréable et mémorable. Un grand merci à vous Karim pour m'avoir transmis l'approche humaine du patient et l'écoute « quand tu as le temps, passe un moment auprès des personnes âgées, elles ont toujours quelque chose à te raconter », cette phrase est gravée dans ma mémoire et je compte bien la transmettre.

A Paul, Sandrine, FX, merci pour m'avoir accueillie dans vos cabinets.

A Viviane, merci de m'avoir fait partager ton expérience. Sans oublier Baloo. Merci de m'avoir accueillie dans votre maison.

A vous qui avez participé à ce travail, Madame Lambert Céline, statisticienne, je vous remercie de votre aide et de votre disponibilité.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 12

LISTE DES ABREVIATIONS 13

RESUME 14

1. INTRODUCTION 15

2. MATERIELS ET METHODES 18

2.1. Profil de l'étude 18

2.2. Evaluation de la dépression et prise en charge durant l'hospitalisation 18

2.3. Suivi de la prise en charge à la sortie de l'hôpital 20

2.4. Analyse statistique 20

3. RESULTATS 21

3.1. Caractéristiques de la population de l'étude 21

3.2. Diagnostic d'épisode dépressif caractérisé 24

3.3. Prise en charge thérapeutique de la dépression pendant l'hospitalisation 27

3.4. Suivi à domicile 29

4. DISCUSSION 31

5. CONCLUSION 34

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 36

ANNEXES 39

Annexe I : critères DSM-V 39

Annexe II : mini-GDS 42

Annexe III : GDS 15 43

SERMENT D'HIPPOCRATE 44

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients à l'admission, à la sortie d'hospitalisation avec un ATD et 3 mois après

Tableau II : Facteurs de risque de dépression

Tableau III : Critères diagnostic d'un épisode dépressif majeur (selon le DSM-V)

FIGURES

Figure 1 : Résultats du GDS 15 chez les 52 patients dépressifs

Figure 2 : Prise en charge thérapeutique des 52 patients dépressifs durant l'hospitalisation

Figure 3 : Inclusion des patients et suivi au domicile

Figure 4 : Prise en charge par ATD à la sortie d'hospitalisation et suivi à domicile à 1 mois et 3 mois (en %)

LISTE DES ABREVIATIONS

ATD : Antidépresseur(s)

ATCD(s) : Antécédent(s)

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5ème version)

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EDM : Episode Dépressif Majeur

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

GDS 15 : Geriatric Depression Scale (15 items)

HAS : Haute Autorité de Santé

IC : Intervalle de Confiance

IDE : Infirmièr(e) Diplômé(e) d'Etat

IRSNA : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et de la Norédraline

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

Mini-GDS : mini Geriatric Depression Scale

MMS : Mini Mental State

NSE : Niveau Socio-Economique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longue Durée

COCHARD ROOPOO AURELIE

INSUFFISANCE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DANS LA DEPRESSION DU SUJET AGE EN COURT SEJOUR GERIATRIQUE ET SUIVI AU DOMICILE

TH Médecine Clermont-Ferrand 2019

RESUME :

Objectifs : Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de la dépression chez des patients de plus de 75 ans hospitalisés afin de savoir s'il existe une insuffisance diagnostique et thérapeutique de la dépression et d'évaluer l'évolution du traitement de la dépression 1 et 3 mois après la sortie d'hospitalisation.

Matériel : Patients hospitalisés en médecine polyvalente et court séjour gériatrique du centre hospitalier de Thiers du 28 février 2018 au 05 mars 2019. Suivi des patients au domicile à 1 et 3 mois post hospitalisation.

Méthode : Tous les patients ont été inclus, à l'exclusion des patients en situation palliative, des adultes de moins de 75 ans, de la présence de troubles cognitifs modérés à sévères. Les caractéristiques socio démographiques, médicales et les facteurs de risque de dépression ont été répertoriés la première semaine d'hospitalisation. Le diagnostic de dépression est clinique en se référant aux critères du DSM V. Les outils d'aide au diagnostic : mini GDS et GDS 15 (outil validé) ont été utilisés. En cas de diagnostic de dépression, un traitement antidépresseur était mis en place. Le suivi de la prise en charge par antidépresseur a été réalisé un et trois mois après la sortie d'hospitalisation en contactant les pharmaciens des patients. En cas de modification ou arrêt du traitement, le médecin traitant a été contacté pour définir les raisons de ce changement.

Résultats : 100 patients ont été inclus. 52 patients (52%, IC 95% : 41% à 63%) ont été identifiés comme présentant un épisode dépressif majeur selon les critères du DSM V. Parmi eux, 67% ont bénéficié d'une adaptation thérapeutique alors que seulement 33% des patients dépressifs avaient un traitement adéquat. Le suivi à 1 et 3 mois a montré respectivement que 84,6% et 76,9% des patients étaient toujours traités par antidépresseur.

Conclusion : La dépression du sujet âgé est sous diagnostiquée et sous traitée mettant en évidence la notion d' « underuse ». Le suivi à 1 et 3 mois a montré une poursuite du traitement dans la majorité des cas ce qui suggère une bonne tolérance du traitement et l'adhésion des médecins généralistes et des patients au traitement antidépresseur. Au vu de la prévalence et des conséquences de la dépression, une sensibilisation de l'ensemble des praticiens amenés à prendre en charge cette pathologie s'avère pertinente.

MOTS-CLES : personnes âgées, dépression, insuffisance diagnostique, « underuse », antidépresseur, suivi au domicile

JURY

Directrice de thèse : Madame VAURS Sabine, Docteur

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur

DATE DE LA SOUTENANCE : Lundi 07 octobre 2019

1. INTRODUCTION

Le sujet âgé est défini selon l'HAS comme étant une personne de plus de 75 ans (1). L'OMS retient quant à elle l'âge de 65 ans et plus pour définir la personne âgée. Dans cette étude, nous retiendrons l'âge de 75 ans et plus.

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé de 65 ans et plus. La prévalence de la dépression chez les sujets âgés est variable selon les outils d'analyse utilisés. La prévalence des symptômes de dépression dans la population âgée est estimée, entre 8 et 16 %, selon les différentes études et celle des épisodes dépressifs majeurs est estimée entre 1 et 4 % (2–5).

La dépression est souvent méconnue ou mal identifiée (6). Ceci peut s'expliquer en partie par le fait que chez les personnes âgées, les plaintes somatiques peuvent exprimer une dépression (6,7). Ces plaintes peuvent se substituer à l'expression de la tristesse ce qui rend le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (EDC) moins évident. De plus, certains symptômes tels que l'asthénie, l'insomnie, la perte de poids sont souvent mis sur le compte du vieillissement. L'ensemble de ces éléments peuvent mettre en difficulté le clinicien pour diagnostiquer un EDC. De ce fait, l'instauration d'une prise en charge peut être effectuée avec retard.

La dépression gériatrique est responsable d'une augmentation de la dépendance, d'une péjoration de la qualité de vie ainsi que d'une importante morbidité physique et d'un risque suicidaire élevé. La dépression entraine une majoration de la consommation de soins et a donc un coût important en matière de santé publique (7,8). Pourtant, elle reste sous diagnostiquée et sous traitée, mettant en évidence la notion d'« underuse » (insuffisance de traitement). L'« underuse » est définie comme l'absence d'instauration d'un traitement

efficace chez les patients ayant une pathologie pour laquelle une ou plusieurs classes médicamenteuses ont démontré leur efficacité. La dépression du sujet âgé est l'une des principales pathologies concernée par ce phénomène d'« underuse » (9,10) ce qui justifie une sensibilisation particulière des praticiens amenés à prendre en charge la population âgée.

Le diagnostic de dépression est avant tout clinique en se référant aux critères du DSM-V (annexe I) et en s'appuyant sur des outils diagnostics : la mini-GDS (annexe II) et surtout la GDS 15 (annexe III), validée dans les populations de plus de 65 ans, ce qui en fait l'outil de référence pour l'évaluation de la dépression du sujet âgé (11,12).

La prise en charge d'un état dépressif gériatrique devrait être multimodale et pluridisciplinaire. Les patients consultent en premier recours un médecin généraliste la plupart du temps (13). Les thérapeutiques utilisés sont : les soins somatiques, la psychothérapie, les traitements antidépresseurs (ATD).

Chez les personnes âgées, les antidépresseurs les mieux tolérés (14) sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la norédraline (IRSNA) et devraient être utilisés en première intention tout en prenant en compte bien évidemment le terrain du patient (antécédents (ATCDs), traitements en cours, pathologies, allergies, effets indésirables du traitement). L'introduction d'un traitement antidépresseur impose un suivi régulier afin de s'assurer de la bonne tolérance, de l'efficacité et de l'observance du traitement, en particulier en début de traitement (15).

La psychothérapie quant à elle doit être proposée à tout patient et s'adapter à chacun d'eux. Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue.

Ce thème de l'insuffisance de traitement prescrit lié à l'avancée en âge n'est pas une priorité de la formation médicale initiale et continue, ce qui est préjudiciable. A notre connaissance, il n'existe pas en France d'étude évaluant une insuffisance diagnostique et thérapeutique de la dépression du sujet âgé ainsi qu'un suivi en sortie d'hospitalisation.

Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de la dépression chez des patients de plus de 75 ans hospitalisés pour déterminer s'il existe une insuffisance dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dépression. Nous évaluerons également l'évolution du traitement de la dépression 1 et 3 mois après la sortie d'hospitalisation.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1. Profil de l'étude

L'étude a été menée dans deux services hospitaliers : médecine polyvalente et court séjour gériatrique du centre hospitalier de Thiers du 28 février 2018 au 05 mars 2019, après obtention de l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL M19-001 au registre des études conforme à la méthodologie MR004, CHU de Clermont-Ferrand). L'étude a été proposée à tous les patients hospitalisés durant cette période, à l'exclusion des patients en situation palliative, des adultes de moins de 75 ans et des patients présentant des troubles cognitifs modérés à sévères. Leur consentement a été recueilli après leur avoir remis une fiche d'information. Tous les patients ont été inclus pour le suivi de la prise en charge thérapeutique (les patients rentrant à domicile (personnel ou EHPAD) à la sortie d'hospitalisation ou transférés dans un autre service).

2.2. Evaluation de la dépression et prise en charge durant l'hospitalisation

Toutes les données ont été recueillies à l'aide du dossier médical et infirmier de chaque patient lors de la première semaine d'admission dans le service. Les informations suivantes ont été collectées :

- Données socio-démographiques : sexe, âge, lieu de vie (domicile ou institution), mode de vie (au domicile : seul, avec conjoint, EHPAD ou autre (foyer logement, domicile avec famille)), niveau d'autonomie (conservée, limitée, grabataire), présence d'aides humaines à domicile (institution, oui/non toutes aides confondues)
- Données médicales : mode d'entrée dans le service (directement du domicile, après passage par le service d'accueil des urgences, transfert d'un autre service), motif d'hospitalisation, diagnostic principal déterminé au cours de l'hospitalisation, durée

de séjour, mode de sortie de l'hôpital (domicile, institution (EHPAD, USLD), SSR ou autre service hospitalier), niveau d'observance thérapeutique (obtenu par l'interrogatoire auprès de la famille/entourage, de l'IDE/aides à domicile), ATCD de dépression, présence d'ATD sur l'ordonnance d'entrée, ATCDs psychiatriques, présence de troubles cognitifs (selon les antécédents, l'interrogatoire et si besoin l'échelle MMS), présence de troubles du comportement, nombre de traitement à l'entrée, nombre de traitement à la sortie, présence d'autres symptômes : anxiété, angoisse, anorexie, perte d'activité physique, douleur

- Principaux facteurs de risque de dépression : pertes sociales/affectives, sentiment de solitude, isolement, survenu d'évènement significatif, âge de plus de 90 ans, sexe féminin, comorbidités, dépendance physique, niveau socio-économique, déficits sensoriels
- Mesures anthropométriques : poids à l'entrée, poids de référence, perte de poids avant hospitalisation, diagnostic de dénutrition
- Critères DSM-V (annexe I)
- Utilisation d'outils diagnostics : mini-GDS (annexe II) et GDS 15 (annexe III)
- Bilan biologique complet : TSH, fonction rénale, natrémie à l'entrée, natrémie à la sortie, CRP, albumine corrigée, 25-OH-vitamine D, vitamine B9, vitamine B12, ferritine.
- Type de prise en charge : médicamenteuse (poursuite, modification, introduction ou non d'un ATD), et/ou non médicamenteuse notamment psychologique

2.3. Suivi de la prise en charge à la sortie de l'hôpital

Le recueil de données concernant la poursuite du traitement instauré s'est fait à 1 et 3 mois après l'initiation du traitement avec l'aide du pharmacien du patient dans un premier temps. Si des modifications (modification de posologie, changement de molécule, arrêt) apparaissaient par rapport à la prescription de sortie de l'hôpital, le médecin traitant était contacté afin de définir avec lui la raison de ce changement : nouvel événement médical, mauvaise observance ou inefficacité, refus du patient de poursuivre le traitement, arrêt de l'indication.

2.4. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne ± écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. La normalité a été étudiée par le test de Shapiro-Wilk et/ou par histogramme. Le nombre de patients présentant un épisode dépressif majeur a été exprimé sous forme de taux et intervalle de confiance à 95%. Ces patients ont par ailleurs été comparés aux patients ne souffrant pas d'un épisode dépressif majeur, selon des tests statistiques usuels :

1) les paramètres de nature quantitative ont été comparés par le test t de Student ou par le test de Mann-Whitney si conditions du t-test non respectées (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk et homoscédasticité étudiée par le test de Fisher-Snedecor),
2) les paramètres qualitatifs ont été comparés par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher.

3. RESULTATS

3.1. Caractéristiques de la population de l'étude

Cette étude a inclus 100 patients sur une période de 1 an environ. Les deux tiers (69%) étaient des femmes. Leur âge variait de 75 à 97 ans, avec une moyenne de 84,9 ± 5,5ans.

Les trois quarts (72%) des patients ont été hospitalisés via les urgences, 20% via leur domicile et 8% via un autre service (Tableau I). Les motifs d'hospitalisation des patients étaient très variables mais concernaient essentiellement une pathologie aigue (pneumopathie, exacerbation de BPCO, décompensation cardiaque, septicémie, hypertension artérielle…). La durée d'hospitalisation variait de 2 à 55 jours avec une moyenne de 11,1 ± 6,7 jours.

La majorité des patients vivait à domicile (89%) et seul (54%) mais la plupart bénéficiait d'aide à domicile (67%).

Trente-six patients (36%) avaient un ATD prescrit sur l'ordonnance d'entrée.

Quatre-vingt-cinq pour cent des patients étaient observants aux traitements de manière générale. Le nombre moyen de traitements à l'entrée était de 7,8 ± 4,08 et le nombre moyen de traitements à la sortie de 8,7 ± 3,5.

Seize virgule deux pour cent des patients présentaient une dénutrition sévère, 33,3% une dénutrition modérée.

Quatre-vingt virgule huit pour cent des patients déprimés vivaient à domicile alors que 19,2% étaient en milieu institutionnalisé dont 15,4% en EHPAD. Les patients diagnostiqués dépressifs ont pour la majorité une aide à domicile (71,2%). Cinquante-cinq virgule huit pour cent des patients déprimés ont une autonomie limitée et 42,3% une autonomie conservée.

La moyenne de la durée de séjour est plus longue pour les patients diagnostiqués dépressifs (12,7 ± 8,2 jours versus 9,4 ± 3,8 jours), cette différence étant statistiquement significative (p=0,02).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients à l'admission, à la sortie d'hospitalisation avec un ATD et 3 mois après

Caractéristiques	**A l'admission** **n = 100**	**A la sortie d'hospitalisation** **n = 52**	**3 mois après la sortie** **n = 40**
Sexe, n (%)			
féminin	69 (69,0)	38 (73,0)	28 (70,0)
masculin	31 (31,0)	14 (27,0)	12 (30,0)
Lieu de vie, n (%)			
domicile	89 (89,0)	42 (80,8)	33 (82,5)
institution	11 (11,0)	10 (19,2)	7 (17,5)
Mode de vie, n (%)			
seul	54 (54,0)	25 (48,0)	18 (45,0)
conjoint	21 (21,0)	11 (21,1)	9 (22,5)
autre	17 (17,0)	8 (15,4)	8 (20,0)
EHPAD	8 (8,0)	8 (15,4)	5 (12,5)
Autonomie, n (%)			
conservée	57 (57,0)	22 (42,3)	18 (45,0)
limitée	42 (42,0)	29 (55,8)	22 (55,0)
grabataire	1 (1,0)	1 (1,9)	0 (0)
Aide à domicile, n (%)			
oui	67 (67,0)	37 (71,1)	37 (92,5)
non	25 (25,0)	8 (15,4)	8 (20,0)
EHPAD/USLD	8 (8)	7 (13,5)	7 (17,5)
Mode d'entrée, n (%)			
service des urgences	72 (72,0)	32 (61,5)	22 (55,0)
domicile	20 (20,0)	16 (30,8)	11 (27,5)
service autre	8 (8,0)	1 (1,9)	1 (2,5)
Traitement			
présence ATD, n (%)	36 (36,0)	52 (100,0)	40 (100,0)
nombre de traitements par patient, moyenne ± ET	7,8 ± 4,1	9,5 ± 3 ,0	

ET : Ecart-type

3.2. Diagnostic d'épisode dépressif caractérisé

A l'admission, le nombre moyen de facteurs de risque était de 2,93 ± 1,4. Quatre-vingt-sept pour cent des patients présentaient entre 1 et 4 facteurs de risque, ce qui signifie que la majorité des patients avait un ou des facteurs de risque de dépression. Parmi les facteurs de risque identifiés (Tableau II), à l'admission, 85% des patients présentaient au moins une comorbidité, 69% étaient des femmes, 36% étaient dépendants physiquement, 24% avaient plus de 90 ans. L'isolement n'était retrouvé que dans 7% des cas alors que le sentiment de solitude était présent dans 28% des cas.

Parmi les patients avec un diagnostic de dépression, 90,4% présentaient des comorbidités, 73% étaient des femmes. Les facteurs de risque pour lesquels on notait une différence plus marquée entre l'admission (tous patients confondus) et la sortie (patients déprimés) étaient : le sentiment de solitude (28% à l'admission vs 44,2% chez les patients déprimés), la dépendance physique (36% à l'admission vs 51,9% chez les patients déprimés).

Le nombre médian de facteurs de risque est plus important chez les patients déprimés que chez les patients non déprimés (respectivement 3 [2 ; 4,5] vs 2 [2 ; 3], p<0,001).

Le risque de dépression était significativement lié au lieu de vie notamment le domicile (80,8% des patients déprimés vivaient à domicile contre 97,9% des patients non déprimés, p=0,006), à la dépendance physique (55,8% des patients déprimés avaient une autonomie limitée contre 27,1% des patients non déprimés, p=0,004) et aux ATCDs de dépression (53,8 % des patients déprimés avaient des antécédents de dépression contre 16,7% des patients non déprimés, p<0,001). Le sexe féminin et les comorbidités n'apparaissaient pas comme facteur de risque significatif de dépression.

Tableau II : Facteurs de risque de dépression

Facteurs de risque, n (%)	**A l'admission n = 100**	**A la sortie n = 52**	**A 3 mois n = 40**
Perte sociale/affective	9 (9,0)	7 (13,5)	5 (12,5)
Sentiment de solitude	28 (28,0)	23 (44,2)	18 (45,0)
Isolement	7 (7,0)	5 (9,6)	4 (7,7)
Evènement significatif	19 (19,0)	12 (23,0)	9 (22,5)
Âge > 90ans	24 (24,0)	13 (25,0)	8 (20,0)
Sexe féminin	69 (69,0)	38 (73,0)	28 (70,0)
Comorbidité(s)	85 (85,0)	47 (90,4)	36 (90,0)
Dépendance physique	36 (36,0)	27 (51,9)	19 (47,5)
NSE bas	17/47 (36,2)	6/22 (27,3)	4/19 (21,0)
Déficit sensoriel	16 (16,0)	9 (17,3)	5 (12,5)

Les critères du DSM-V ont été utilisés pour le diagnostic clinique d'épisode dépressif majeur (EDM) (Annexe I). Cinquante-deux patients (52%, IC 95% : 41% à 63%) ont été identifiés comme présentant un épisode dépressif majeur selon les critères du DSM-V (Tableau III).

Les critères (Tableau III) les plus présents chez les patients admis étaient : l'asthénie (72%), la tristesse de l'humeur (55%), les troubles du sommeil (50%), le changement par rapport au fonctionnement antérieur (40%).

Parmi les patients avec un diagnostic de dépression, 90,4% étaient asthéniques, 82,7% déclaraient une perte d'intérêt et de plaisir, 80,8% présentaient une tristesse de l'humeur. Le risque suicidaire était présent à 5,8% chez les patients diagnostiqués dépressifs.

Tableau III : Critères diagnostic d'un épisode dépressif majeur (selon le DSM-V)

Critères d'EDM, n (%)	**A l'admission n = 100**	**A la sortie n = 52**	**A 3 mois n = 40**
Durée > 2 semaines	51 (98,08)	52 (100)	40 (100)
Changement par rapport au fonctionnement antérieur	40 (40)	35 (67,3)	27 (67,5)
Tristesse de l'humeur	55 (55)	42 (80,8)	32 (80)
Perte d'intérêt/de plaisir	49 (49)	43 (82,7)	34 (85)
Troubles du sommeil	50 (50)	35 (67,3)	29 (72,5)
Agitation/ralentissement psychomoteur	16 (16)	13 (25)	11 (27,5)
Asthénie	72 (72)	47 (90,4)	38 (95)
Sentiment de dévalorisation/culpabilité	16 (16)	15 (28,8)	12 (30)
Diminution de la concentration/indécision	25 (25)	23 (44,2)	19 (47,5)
Risque suicidaire	3 (3)	3 (5,8)	3 (7,5)
Contexte de deuil	5 ()	3/50 (6)	1/39 (7,7)
Altération sévère du fonctionnement	33 (33)	32 (61,5)	25 (62,5)
Episode mixte	0 (0)	0 (0)	0 (0)

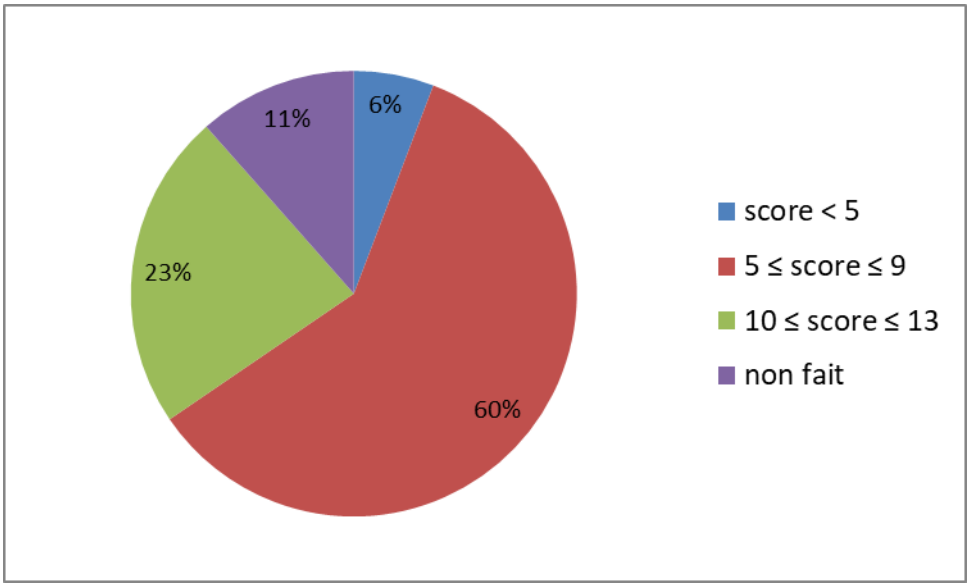
Par ailleurs, le traitement ATD présent sur l'ordonnance d'entrée a été arrêté chez 13,9% des patients du fait d'une indication terminée.

Les outils mini-GDS et GDS 15 ont servi d'aide au diagnostic. La mini-GDS a été effectuée pour l'ensemble des patients hormis un qui a refusé de répondre au questionnaire. Le score moyen était de 1,34 ± 1,29. 37 patients avaient un score égal à 0 (soit 37,4%) et 62 patients (soit 62,6%) avaient un score compris entre 1 et 4. Un score mini-GDS ≥ 1 était significativement corrélé au diagnostic de dépression par le DSM-V (p<0,001).

Lorsque la mini-GDS était ≥ 1, on poursuivait avec la GDS 15 sauf pour 3 patients (1 refus et 2 jugés non pertinents). Le score moyen du GDS 15 était de 7,3 ± 2,6. Pour la plupart, était retrouvé un risque de dépression (43 patients avaient un score égal ou supérieur à 5).

Parmi les 52 patients diagnostiqués dépressifs, 31 (59,6%) présentaient un score de GDS 15 entre 5 et 9, donc à forte probabilité de dépression, et 12 (23%) avaient un score compris entre 10 et 13, considéré comme étant presque toujours une dépression (Figure 1). La GDS 15 n'a pas été réalisée chez 6 de ces 52 patients (1 refus et 5 jugés non pertinents). Un score de GDS ≥ 7 était significativement corrélé au diagnostic de dépression par le DSM-V (p=0,001).

Figure 1 : Résultats du GDS 15 chez les 52 patients dépressifs



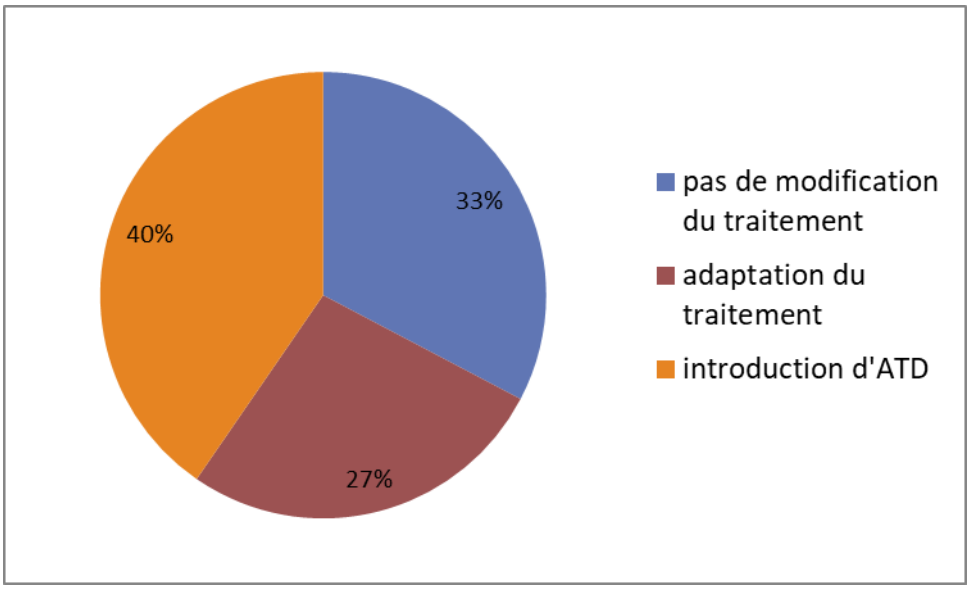
3.3. Prise en charge thérapeutique de la dépression pendant l'hospitalisation

Sur 52 patients diagnostiqués dépressifs, 31 patients avaient un traitement antidépresseur. Parmi ces derniers, une modification de traitement (changement de molécule ou majoration de la posologie) a été réalisée pour 14 d'entre eux. Sur les 23 patients dont le diagnostic a été fait en hospitalisation, 21 ont reçu une introduction de traitement et 2 patients ont

refusé un ATD. Cinq patients ont bénéficié d'une prise en charge psychologique dont 4 avaient également un traitement ATD.

Au total, 35 patients sur les 52 (67%) identifiés comme présentant une dépression et acceptant une prise en charge ont bénéficié d'une adaptation thérapeutique (modification ou introduction d'un ATD) et 33% d'entre eux avaient un traitement optimal (Figure 2). Tous les ATD étaient soit des ISRS soit des IRSNA.

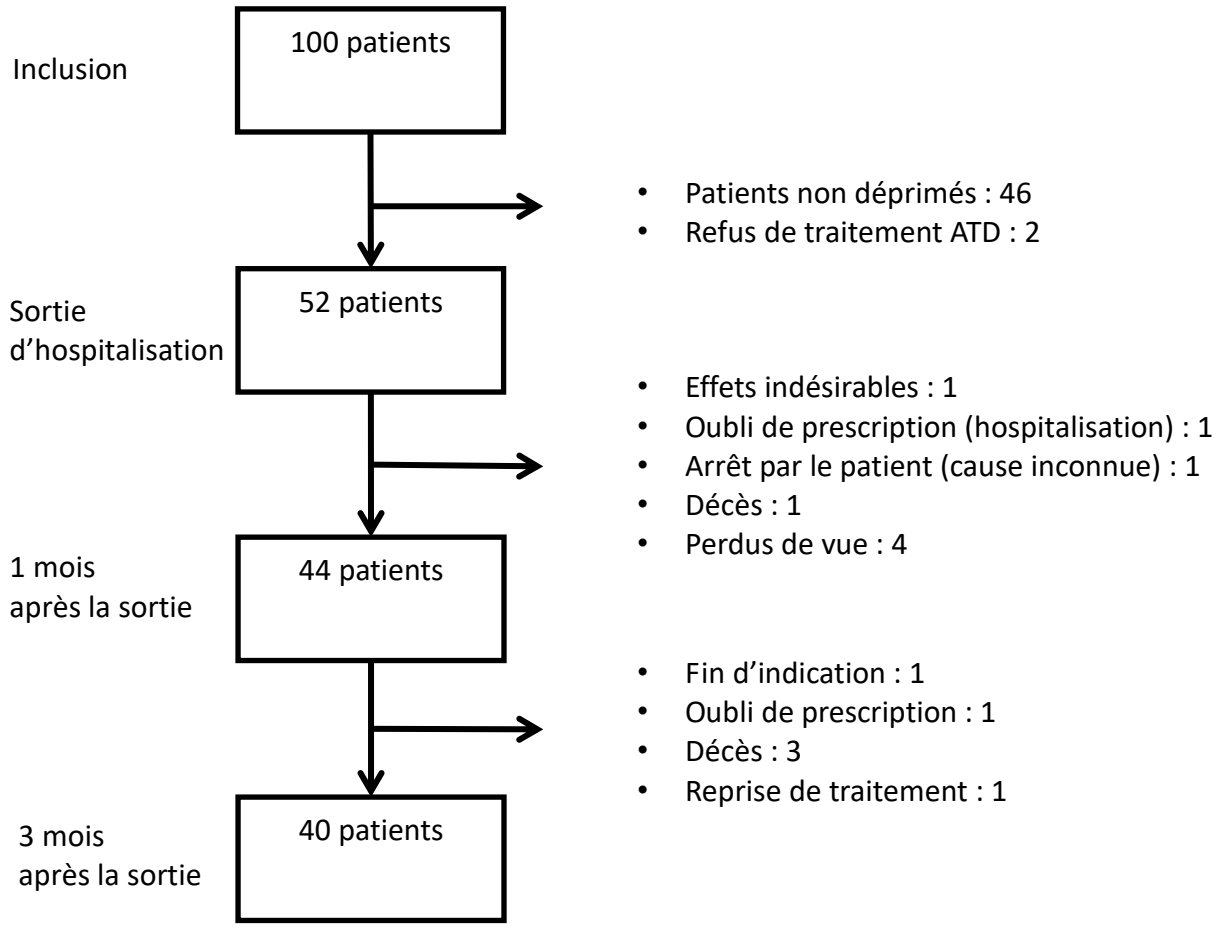
Figure 2 : Prise en charge thérapeutique des 52 patients dépressifs durant l'hospitalisation



3.4. Suivi à domicile

L'inclusion et le suivi au domicile des patients sont représentés par la figure (Figure 3) ci-dessous.

Figure 3 : Inclusion des patients et suivi au domicile



Le suivi de la prise en charge médicamenteuse à 1 mois a montré que sur les 52 patients ayant une prescription d'ATD à la sortie du service d'hospitalisation 44 patients étaient toujours sous antidépresseur. On note une diminution de posologie pour un patient alors que pour les 43 autres la prescription restait identique.

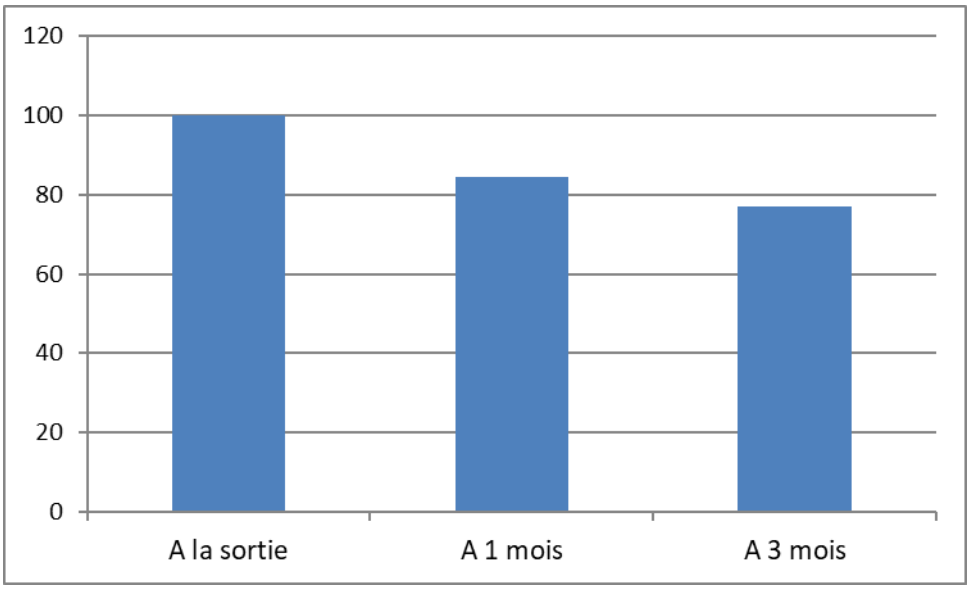
Un mois après la sortie d'hospitalisation, 8 patients sont sortis de l'étude pour causes : 1 effet indésirable, 1 décès, 1 oubli de prescription en sortie d'hospitalisation, 1 arrêt par le patient lui-même pour cause inconnue, 4 perdus de vue (Figure 3).

Au total, à 1 mois, 84,6% des patients mis sous ATD ont conservé un traitement ATD (Figure 4).

A 3 mois, le suivi de la prise en charge médicamenteuse a mis en évidence que 40 patients avaient toujours un ATD prescrit. On constate dans les prescriptions deux changements de molécules et deux majorations de posologie. Quatre patients supplémentaires sont sortis de l'étude pour causes : 3 décès, 1 oubli de prescription (hospitalisation), 1 fin d'indication et on note une reprise de traitement par rapport au premier mois (Figure 3).

Au total sur 52 patients pris en charge par ATD en hospitalisation, 40 patients ont un ATD à 3 mois soit 76,9% (Figure 4).

Figure 4 : Prise en charge par ATD à la sortie d'hospitalisation et suivi à domicile à 1 mois et 3 mois (en %)



4. DISCUSSION

L'objectif de notre étude était de déterminer s'il existait une insuffisance diagnostic de la dépression chez les patients de plus de 75 ans et mettre en évidence la notion d'« underuse » (insuffisance de traitement). Après instauration d'un traitement ATD dans les cas nécessaires, nous voulions observer l'évolution de la prescription de ce traitement 1 mois et 3 mois après la sortie d'hospitalisation.

Nombreuses études sont effectuées sur la dépression mais pour la plupart sur la population générale, se limitant aux personnes de moins de 75 ans voir 65 ans (16,17). Nous n'avons pas trouvé d'étude sur le suivi des ATD à domicile suite à la mise en place du traitement.

La population de notre étude est superposable à la littérature sur le critère du sexe : la majorité était des femmes (3,18,19). La durée de séjour des patients déprimés est plus longue que celle des patients non dépressifs (12,7 ± 8,2 versus 9,4 ± 3,8), ce qui confirme l'une des conséquences de la dépression : l'augmentation de la consommation de soins ce qui en fait un enjeu de santé publique.

Notre étude diverge sur certains points : le nombre moyen de traitement dans notre étude était de 7,8 ± 4,08 versus 4 (pour les patients de 75 à 84 ans) à 4,6 (pour les patients de plus de 85 ans) selon l'HAS (20).

Parmi les facteurs de risque de dépression (3), on note une corrélation entre le risque de dépression et le lieu de vie : domicile (p=0,006), la dépendance physique (p=0,001), les ATCD de dépression (p<0,001). A contrario, le sexe féminin et les comorbidités n'apparaissaient pas comme facteur de risque significatif de dépression dans notre étude ce qui diffère d'autres études (20). Ceci s'explique probablement par un nombre trop faible de patients. Le risque de dépression lié à la dépendance physique est retrouvé dans cette même étude (21).

La prévalence des patients âgés dépressifs est de 52% dans notre étude vs 15 à 43% pour les patients âgés hospitalisés selon une étude de 2004 (22).

Quatre-vingt-huit virgule cinq pour cent des patients dépressifs avaient un score supérieur ou égal à 1 à la mini-GDS. Cet outil est rapide à réaliser et une aide au dépistage des patients déprimés.

Soixante-sept pour cent des patients dépressifs étaient insuffisamment ou non traités versus 60 à 70% dans la littérature (23), confirmant l'insuffisance thérapeutique de la dépression chez le sujet âgé et en conséquence la notion d'« underuse » (insuffisance de traitement) dans la dépression. Les symptômes de la dépression doivent être pris en considération et ne doivent pas être considérés comme faisant partie du vieillissement.

L'utilisation des anxiolytiques, hypnotiques n'a pas été analysé dans notre étude ce qui aurait pu être intéressant afin de savoir si les patients diagnostiqués dépressifs étaient traités par ces classes thérapeutiques dans le but de traiter les symptômes de la dépression. Certains patients étaient peut-être diagnostiqués dépressifs mais mal traités puisque ces classes thérapeutiques n'ont aucune indication dans le traitement de la dépression.

En pratique, dans notre étude, la prise en charge de la dépression était médicamenteuse via un ATD. Les psychothérapies auprès de spécialistes n'ont pas été proposées par manque de professionnels, ce qui est le cas de façon plus générale au vu des études (19,24), par réticence des patients à suivre une psychothérapie (non remboursement des consultations en ville, difficultés d'accès) (2). Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS préconisent une psychothérapie (le plus souvent par le médecin généraliste, ou avec accord du patient et si possible par un psychiatre) avant tout en cas d'EDC léger ou modéré et l'ATD est préconisé d'emblée en association à la psychothérapie pour les EDC sévères. Ces

recommandations n'ont pas pu être appliquées. Le médecin généraliste est le plus souvent au premier plan pour réaliser cette psychothérapie (de soutien) ainsi que le suivi du traitement (tolérance, effet indésirable, efficacité). Trente-trois pour cent des patients recevaient un traitement ATD adéquat versus 21% dans la littérature (24).

Le traitement ATD a été arrêté pour 13,9% des patients sous ATD à l'entrée en hospitalisation du fait d'une indication terminée versus plus d'un tiers des patients dans la littérature (25). Dans notre étude, les prescriptions inappropriées d'ATD sont faibles par rapport à la littérature de 1998 ce qui laisse suggérer une bonne évolution des pratiques.

Nous constatons que la poursuite du traitement par ATD à domicile est importante dans notre étude puisqu'elle est à 1 mois et 3 mois, respectivement de 84,6% et 76,9%. Ces éléments suggèrent une bonne tolérance du traitement et l'adhésion des médecins généralistes et des patients au traitement.

Notre étude a été menée sur deux services dans un même centre hospitalier. Le fait qu'elle soit monocentrique est moins représentatif de la population générale qu'une étude multicentrique. D'autre part, cela a limité le nombre de patients inclus et diminué la puissance statistique de notre étude contrairement à des études avec un effectif plus important.

Notre étude est soumise à un biais déclaratif pour certains critères du DSM-V, les questionnaires d'aide au diagnostic (mini-GDS et GDS 15) et lors du recueil de données auprès des pharmaciens et médecins généralistes 1 mois et 3 mois après la sortie d'hospitalisation.

5. CONCLUSION

La dépression est la pathologie psychiatrique la plus fréquente chez le sujet âgé avec une prévalence élevée.

Le diagnostic de dépression est clinique en se référant aux critères du DSM-V. Des outils d'aide au diagnostic peuvent être utilisés tels que la mini-GDS et la GDS 15, validée dans les populations de plus de 65 ans (11,12). Chez le sujet âgé, la dépression se manifeste par une hétérogénéité des symptômes y compris par des symptômes d'ordre somatique amenant à une sous-évaluation du diagnostic et de ce fait à une insuffisance de traitement (notion d'« underuse »).

Au vu des recommandations de bonne pratique de l'HAS (psychothérapie dans tous les cas, avec accord du patient), il serait intéressant de proposer des consultations spécifiques à la prise en charge de la dépression du sujet âgé afin de pouvoir mettre en place une prise en charge non pharmacologique. Les recommandations préconisant la psychothérapie, il serait nécessaire d'améliorer la prise en charge financière de cette thérapie.

Notre étude montre que certains patients diagnostiqués dépressifs sont insuffisants traités (posologie non efficace, classe médicamenteuse non adaptée…). La question se pose de savoir si certains patients sont diagnostiqués dépressifs par les praticiens mais traités par d'autres classes thérapeutiques que les ATD (comme par exemple des psychotropes). Il serait intéressant de réaliser une étude pour pouvoir répondre à cette question. Des outils tels que le « start and stop » (26) et les « critères de Beers » peuvent aider afin d'éviter des prescriptions inappropriées.

Une étude similaire à la nôtre pourrait être réalisée en cabinet de médecine générale afin de déterminer la prévalence des patients déprimés (ce qui a déjà été fait) puis sur la même

étude d'évaluer la prise en charge et le suivi thérapeutique. Existe-t-il des réticences de la part des médecins généralistes à initier les traitements ATD ? L'adhésion des patients au traitement est-elle la même lorsque cette classe thérapeutique est introduite par leur médecin traitant ?

Un programme d'information et de sensibilisation auprès des patients pourrait être envisagé afin de transmettre le fait que certains symptômes (tristesse, trouble du sommeil...) ne sont pas liés à la vieillesse mais peuvent être en lien avec la dépression.

Au vu de la fréquence et des conséquences que peut avoir une dépression, une sensibilisation de l'ensemble des praticiens amenés à prendre en charge cette pathologie s'avère pertinente.

La dépression étant un problème majeur en gériatrie et étant un enjeu de santé publique, des études complémentaires seraient nécessaires afin d'améliorer la prise en charge des patients.

A Clermont-Ferrand, le 29.9.19

Le Doyen de l'UFR de Médecine,

Pierre CLAVELOU

A Clermont-Ferrand, le 24 09 2019

Le Président du Jury

Gilles CLEMENT

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf

2. Gallarda T, Lôo H. Dépression et personnes âgées. L'Encéphale. 1 juin 2009;35(3):269-80.

3. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2004;2(1):7-12.

4. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. mai 2006;113(5):372-87.

5. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. Arch Gen Psychiatry. juin 2000;57(6):601-7.

6. Philippe Thomas, Cyril Hazif-Thomas. Dépression chez la personne âgée. Rev Prat. 2008;58:389-93.

7. Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2004;2(1):19-27.

8. Roblin J. Les dépressions du sujet âgé : du diagnostic à la prise en charge. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 août 2015;15(88):206-18.

9. Mieux prescrire chez le sujet âgé en diminuant l'« underuse », la iatrogénie et en améliorant l'observance [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2007 [cité 1 août 2019]. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/mieux-prescrire-chez-le-sujet-age-en-diminuant-l-underuse-la-iatrogenie-et-en-ameliorant-lobservance/

10. Desnoyer A, Guignard B, Lang P-O, Desmeules J, Vogt-Ferrier N, Bonnabry P. Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ? Presse Médicale. 1 nov 2016;45(11):957-70.

11. 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. 1 janv 1982;17(1):37-49.

12. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. J Affect Disord. sept 2010;125(1-3):10-7.

13. COLDEFY M, NESTRIGUE C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé [Internet]. 2013 [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er860.pdf

14. Haute Autorité de Santé. depression adulte fiche de synthese de a recommandation de bonne pratique. prise en charge thérapeutique et suivi [Internet]. 2017 [cité 24 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf

15. Haute Autorité de Santé. arbre_decisionnel__depression_caracterisee_.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/arbre_decisionnel__depression_caracterisee_.pdf

16. La-depression-en-France.pdf [Internet]. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: https://livresnumeriquesgratuits.com/data/documents/La-depression-en-France.pdf

17. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html

18. 1549.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur : https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/1549.pdf

19. Lôo H, Gallarda T. Troubles dépressifs et personnes âgées. John Libbey Eurotext; 2000. 180 p.

20. Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé * Consommation, Prescription, Iatrogénie et Observance [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr//portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf

21. Hammami S, Hajem S, Barhoumi A, Koubaa N, Gaha L, Laouani Kechrid C. Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile. Intérêt de la « Mini-Geriatric Depression Scale ». Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 août 2012;60(4):287-93.

22. Blancher et al. - Séance thématique sur « La pratique du sport bén.pdf [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2004.6.pdf#page=1002

23. Netgen. La dépression du sujet âgé [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 26 août 2019]. Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-216/La-depression-du-sujet-age

24. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale. 1 juin 2010;36:D48-58.

25. Etude de la prescription et de la consommation des antidépresseurs en ambulatoire [Internet]. [cité 4 sept 2019]. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b422fa2ce0f866ab59feea2e5ca590c6.pdf

26. Boland B, Dalleur O, Lang PO. Prescription médicamenteuse inappropriée : les nouveaux critères STOPP/START. Rev Med Suisse 2015. volume 11.:2115-23.

ANNEXES

<u>Annexe I</u> : Critère DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection 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. L’occurrence de l’EDC n’est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

E. Il n’y a jamais eu d’épisode maniaque ou hypomaniaque.

<u>Annexe II</u> : mini-GDS

Logo

réseau

Mini-GDS

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____ Date : _____ Evaluateur : _____

Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ?	☐ **<u>Oui</u>**	☐ **Non**
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	☐ **<u>Oui</u>**	☐ **Non**
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	☐ **Oui**	☐ **<u>Non</u>**
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	☐ **<u>Oui</u>**	☐ **Non**

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : ____ / 4

Interprétation :

- ***Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression***
- ***Si score total égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression***

Annexe III : GDS 15

9 septembre 2000

ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION (Version courte)

NOM : *(étiquette patient)* **Prénom :** **Date :**

1 - Etes-vous globalement satisfait(e) de votre vie?	oui	non*
2 - Avez-vous renoncé à un grand nombre d'activités ?	oui*	non
3 - Avez-vous le sentiment que votre vie soit vide?	oui*	non
4 - Vous ennuyez-vous souvent?	oui*	non
5 - Etes-vous en général de bonne humeur ?	oui	non*
6 - Craignez-vous qu'un malheur soit sur le point de vous arriver ?	oui*	non
7 – Etes-vous heureux(se) de vivre actuellement ?	oui	non*
8 - Avez-vous l'impression de n'être plus bon(ne) à rien ?	oui*	non
9 - Préférez-vous rester à la maison plutôt que de sortir et faire des choses nouvelles ?	oui*	non
10 - Avez-vous l'impression d'avoir plus de problèmes de mémoire que la plupart des gens ?	oui*	non
11 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	oui	non*
12 - La vie que vous menez actuellement vous semble-t-elle plutôt inutile ?	oui*	non
13 - Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non*
14 – Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui*	non
15 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui*	non

Chaque réponse marquée * vaut un point.

Score 0 à 5 : normal
Score entre 5 et 9 : indique une forte probabilité de dépression
Score à 10 et plus : indique presque toujours une dépression

Source : Jérôme A. Yesavage, MD. Syllabus Gériatrique. IPSEN. American Geriatrics society. Société Française de Gérontologie. 2701713/02.99. p 412.

Département de Gérontologie – Hôpital NORD – CEBAZAT – CHU CLERMONT-FERRAND.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'OPPROBRE et méprisée de mes confrères si j'y manque.

COCHARD ROOPOO AURELIE

INSUFFISANCE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DANS LA DEPRESSION DU SUJET AGE EN COURT SEJOUR GERIATIQUE ET SUIVI AU DOMICILE

TH Médecine Clermont-Ferrand 2019

RESUME :

Objectifs : Le but de notre étude est de déterminer la prévalence de la dépression chez des patients de plus de 75 ans hospitalisés afin de savoir s'il existe une insuffisance diagnostique et thérapeutique de la dépression et d'évaluer l'évolution du traitement de la dépression 1 et 3 mois après la sortie d'hospitalisation.

Matériel : Patients hospitalisés en médecine polyvalente et court séjour gériatrique du centre hospitalier de Thiers du 28 février 2018 au 05 mars 2019. Suivi des patients au domicile à 1 et 3 mois post hospitalisation.

Méthode : Tous les patients ont été inclus, à l'exclusion des patients en situation palliative, des adultes de moins de 75 ans, de la présence de troubles cognitifs modérés à sévères. Les caractéristiques socio démographiques, médicales et les facteurs de risque de dépression ont été répertoriés la première semaine d'hospitalisation. Le diagnostic de dépression est clinique en se référant aux critères du DSM V. Les outils d'aide au diagnostic : mini GDS et GDS 15 (outil validé) ont été utilisés. En cas de diagnostic de dépression, un traitement antidépresseur était mis en place. Le suivi de la prise en charge par antidépresseur a été réalisé un et trois mois après la sortie d'hospitalisation en contactant les pharmaciens des patients. En cas de modification ou arrêt du traitement, le médecin traitant a été contacté pour définir les raisons de ce changement.

Résultats : 100 patients ont été inclus. 52 patients (52%, IC 95% : 41% à 63%) ont été identifiés comme présentant un épisode dépressif majeur selon les critères du DSM V. Parmi eux, 67% ont bénéficié d'une adaptation thérapeutique alors que seulement 33% des patients dépressifs avaient un traitement adéquat. Le suivi à 1 et 3 mois a montré respectivement que 84,6% et 76,9% des patients étaient toujours traités par antidépresseur.

Conclusion : La dépression du sujet âgé est sous diagnostiquée et sous traitée mettant en évidence la notion d' « underuse ». Le suivi à 1 et 3 mois a montré une poursuite du traitement dans la majorité des cas ce qui suggère une bonne tolérance du traitement et l'adhésion des médecins généralistes et des patients au traitement antidépresseur. Au vu de la prévalence et des conséquences de la dépression, une sensibilisation de l'ensemble des praticiens amenés à prendre en charge cette pathologie s'avère pertinente.

MOTS-CLES : personnes âgées, dépression, insuffisance diagnostique, « underuse », antidépresseur, suivi au domicile

---

JURY

Directrice de thèse : Madame VAURS Sabine, Docteur

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur

Membres du jury : Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur

Monsieur AUTHIER Nicolas, Professeur

DATE DE LA SOUTENANCE : Lundi 07 octobre 2019