



HAL
open science

Dépression du sujet âgé : revue de la littérature et création d'un support de formation pour les médecins généralistes

Pierre Monnier

► To cite this version:

Pierre Monnier. Dépression du sujet âgé : revue de la littérature et création d'un support de formation pour les médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03522461

HAL Id: dumas-03522461

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03522461>

Submitted on 12 Jan 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pierre MONNIER.

Le 30 Juin 2021.

« Dépression du sujet âgé : Revue de la littérature et création d'un support de formation pour les médecins généralistes ».

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal PRADIER.

Jury

Président

-Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL.

Assesseurs

-Monsieur le Professeur Hubert BLAIN.

-Monsieur le Docteur Pascal PRADIER.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Pierre MONNIER.

Le 30 Juin 2021.

« Dépression du sujet âgé : Revue de la littérature et création d'un support de formation pour les médecins généralistes ».

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pascal PRADIER.

Jury

Président

-Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL.

Assesseurs

-Monsieur le Professeur Hubert BLAIN.

-Monsieur le Docteur Pascal PRADIER.

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021
PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	JOURDAN Jacques	PAGES Michel
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	KLEIN Bernard	PEGURET Claude
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	LAFFARGUE François	PELISSIER Jacques
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	LALLEMANT Jean Gabriel	PETIT Pierre
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	LAMARQUE Jean-Louis	POUGET Régis
ASTRUC Jacques	D'ATHIS Françoise	LAPEYRIE Henri	PUJOL Henri
AUSSILLOUX Charles	DEMAILLE Jacques	LESBROS Daniel	RABISCHONG Pierre
AVEROUS Michel	DESCOMPS Bernard	LOPEZ François Michel	RAMUZ Michel
AYRAL Guy	DIMEGLIO Alain	LORIOT Jean	REBOUL Jean
BAILLAT Xavier	DUBOIS Jean Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	RIEU Daniel
BALDET Pierre	DUMAS Robert	MAGNAN DE BORNIER Bernard	ROCHFORT Henri
BALDY-MOULINIER Michel	DUMAZER Romain	MARTY ANE Charles	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BALMES Jean-Louis	ECHENNE Bernard	MARY Henri	SAINT AUBERT Bernard
BANSARD Nicole	FABRE Serge	MATHIEU-DAUDE Pierre	SANCHO-GARNIER Hélène
BAYLET René	FREREBEAU Philippe	MEYNADIER Jean	SANY Jacques
BILLIARD Michel	GALIFER René Benoît	MICHEL François-Bernard	SEGNARBIEUX François
BLARD Jean-Marie	GODLEWSKI Guilhem	MION Charles	SENAC Jean-Paul
BLAYAC Jean Pierre	GRASSET Daniel	MION Henri	SERRE Arlette
BLOTMAN Francis	GUILHOU Jean-Jacques	MIRO Luis	SOLASSOL Claude
BONNEL François	HEDON Bernard	NAVARRO Maurice	VIDAL Jacques
BOUDET Charles	HERTAULT Jean	NAVRATIL Henri	VISIER Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	HUMEAU Claude	OTHONIEL Jacques	
BOUSQUET Jean	JAFFIOL Claude		
BRUEL Jean Michel	JANBON Charles		
BUREAU Jean-Paul	JANBON François		
	JARRY Daniel		

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BONAFE Alain

BOULENGER Jean-
Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DAVY Jean Marc

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GROLLAUX RAOUX
Robert

GUERRIER Bernard

GUILLOT Bernard

JONQUET Olivier

LANDAIS Paul

LARREY Dominique

LE QUELLEC Alain

MARES Pierre

MAUDELONDE Thierry

MAURY Michèle

MESSNER Patrick

MILLAT Bertrand

MONNIER Louis

MOURAD Georges

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

RIBSTEIN Jean

SCHVED Jean-François

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

UZIEL Alain

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Docteurs Émérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard – Rhumatologie

COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul – Biochimie et biologie moléculaire

CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues – Neurochirurgie

ELIAOU Jean François – Immunologie

FABRE Jean Michel – Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d’urgence

JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre – Neurologie

LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation

LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire

MERCIER Jacques – Physiologie

MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis – Pédiatrie

PAGEAUX Georges – Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal – Biologie cellulaire

QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

RENARD Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation

SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion

TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle – Génétique

VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine – Nutrition
AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria – Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles – Pédiatrie
CAMU William – Neurologie
CANOVAS François – Anatomie
CAPTIER Guillaume – Anatomie
CARTRON Guillaume – -Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume – Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre – Immunologie
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves – Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John – Cytologie et histologie
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DROUPY Stéphane – Urologie
DUCROS Anne – Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David – Génétique

GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d’adultes ; addictologie

GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice – Physiologie

HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie

KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d’urgence

KOENIG Michel – Génétique moléculaire

KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique

LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie

LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LECLERCQ Florence – Cardiologie

MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan – Physiologie

MORANNE Olivier – Néphrologie

MOREL Jacques – Rhumatologie

NAVARRO Francis – Chirurgie générale

NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PRUDHOMME Michel – Anatomie

PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie

ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques

TRAN Tu-Anh – Pédiatrie

VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie

CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale

DAIEN Vincent – Ophtalmologie

DORANDEU Anne – Médecine légale

FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie

FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey – Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile – Rhumatologie

GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie

JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Éric – Pédiatrie

JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence

KALFA Nicolas – Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC Moglie - Néphrologie

LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LONJON Nicolas - Neurologie

LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric – Rhumatologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale

MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale

MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Émilie – Psychiatrie d’adultes ; addictologie

NOCCA David – Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio – Chirurgie générale

PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique

PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie

POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François – Pédiatrie

ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François – Cardiologie

SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation

SIRVENT Nicolas – Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie

SULTAN Ariane – Nutrition

THOUVENOT Éric – Neurologie

THURET Rodolphe – Urologie

TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max – Ophtalmologie

VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry – Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire

VISIÉ Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno – Médecine palliative

SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOUX Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère – Génétique

CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin – Anatomie

BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline – Hématologie biologique

BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

COSSÉE Mireille – Génétique Moléculaire

LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé

MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire

RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie

STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie

YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUGNOUX Anne – Génétique

CHIRIAC Anca – Immunologie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie – Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès – Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David
OUDE-ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine – Neurosciences

BERNEX Florence – Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine – Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume – Neurosciences

LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien – Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel – Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine – Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent – Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme – Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie – Neurosciences

MOUTOT Gilles – Philosophie

PASSERIEUX Émilie – Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie – Histologie

RAYNAUD Fabrice

TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BIRON-ANDREANI Christine	CASSINOTTO Christophe
AKKARI Mohammed	BLANC Brigitte	CATHALA Philippe
ALRIC Jérôme	BLANCHARD Sylvie	CAZABAN Michel
AMEDRO Pascal	BLANCHET Catherine	CHARBIT Jonathan
AMOUROUX Cyril	BLATIERE Véronique	CHEVALLIER Thierry
ANTOINE Valéry	BOBBIA Xavier	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane
ARQUIZAN Caroline	BOGE Gudrun	COLIN Olivier
ATTALIN Vincent	BOURRAIN Jean Luc	CONSEIL Mathieu
AYRIGNAC Xavier	BOUYABRINE Hassan	CORBEAU Catherine
BADR Maliha	BRINGER-DEUTSCH Sophie	COROIAN Flavia-Oana
BAIS Céline	BRINGUIER	COURDRAY Sarah
BARBAR Saber Davide	BRANCHEREAU Sophie	CRANSAC Frédéric
BASSET Didier	BRISOT Dominique	CUNTZ Danielle
BATIFOL Dominique	BRONER Jonathan	DARDALHON Brigitte
BATTISTELLA Pascal	CADE Stéphane	DAVID Aurore
BAUCHET Luc	LAZERGES Cyril	DE BOUTRAY Marie
BENEZECH Jean Pierre	LE GUILLOU Cédric	RAPIDO Francesca
BENNYS Karim	LEGLISE Marie Suzanne	RIBRAULT Alice
BERNARD Nathalie	CAIMMI Davide Paolo	RICHAUD-MOREL Brigitte
BERTRCHANSKY Ivan	CARR Julie	RIDOLFO Jérôme
BIBOULET Philippe	CARTIER César	RIPART Sylvie
DENIS Hélène	CASPER Thierry	RONGIERES Michel
DEVILLE de PERIERE Gilles	MARGUERITE Emmanuel	ROULET Agnès
DE LA TRIBONNIERE Xavier	MARTIN Lucille	RUBENOVITCH Josh
DJANIKIAN Flora	MATTATIA Laurent	SANTONI Fannie DEBIEN Blaise
DONNADIEU-RIGOLE Hélène	MEROUEH Fadi	DELPONT Marion
FAIDHERBE Jacques	MEYER Pierre	SASSO Milène
	MILESI Christophe	SCHULDINER Sophie

FATTON Brigitte	MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
FAUCHERRE Vincent	MOSER Camille	SENESSE Pierre
FILLERON Anne	MOUSTY Eve	SKALLI El Mehdi
FITENI Frédéric	MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
FOURNIER Philippe	PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
GAILLARD Nicolas	PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
GALMICHE Sophie	PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
GENY Christian	PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
GERONIMI Laetitia	PICARD Éric	VACHIERY-LAHAYE Florence
GINIES Patrick	PICOT Marie Christine	VERNES Eric
GRECO Frédéric	PIERONI Laurence	VINCENT Laure
GUEDJ Anne Marie	POQUET Hélène	WAGNER Laurent
GUYON Gaël	PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
HENRY Vincent	PUPIER Florence	
JAMMET Patrick	QUANTIN Xavier	
JEDRYKA François	RAFFARD Laurence	
JREIGE Riad		
KINNE Mélanie		
LABARIAS Coralie		
LACAMBRE Mathieu		
LANG Philippe		

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie

BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie également de votre bienveillance au cours du semestre passé dans votre cabinet et dans les mois difficiles qui ont suivi. Je sais que vous avez l'ambition d'avoir des étudiants épanouis au sein de l'Université de Montpellier et vous remercie pour votre implication de tous les jours dans notre formation.

A Monsieur le Professeur Hubert BLAIN,

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail. Je vous remercie également pour votre implication dans la formation des médecins à la médecine gériatrique et de m'avoir transmis à travers les cours du diplôme universitaire l'envie de me perfectionner dans cette spécialité.

A Monsieur le Docteur Pascal PRADIER,

Merci Chef pour ta confiance constante et pour m'avoir accompagné un grand moment sur la route tumultueuse qu'est l'internat. Merci de défendre les internes et de permettre aux étudiants de se sentir heureux à Narbonne. J'espère que j'aurai la chance de travailler encore un long moment avec toi et que tu continueras à payer tes pizzas.

A ma famille,

Merci à mes parents, soutien inconditionnel et sans faille à tous les niveaux pendant 28 ans, je vous aime.

Merci Papa d'avoir été au fil du temps un de mes meilleurs amis, tu me manques déjà tant et j'imagine que tu aurais été fier de moi si tu étais parmi nous aujourd'hui. Merci Maman d'être toujours là pour prendre soin de moi malgré mes 28 ans, je t'aime.

Merci mon Grand pour notre duo dévastateur en soirée et de m'avoir toujours poussé à être garagiste. Merci également d'avoir apporté dans notre vie cette petite Juliette, distributeur de sourire même dans les moments les plus difficiles.

Merci ma Douleur, mon Ben', Mémé et Pat' de faire partie de mon entourage, vous êtes formidables.

A mes amis,

Merci à mon plus ancien copain Antho (et Iris) de toujours faire partie de ma vie et de m'avoir fait témoin de votre union.

Merci aux copains Jassanais : Relève, Mazzot, Richard, Ludi, Daniel, Mathias, Anaïs et tous les autres.

Merci à Robin qui m'a fait découvrir les joies de la colocation et de la garde de hamster.

Merci à l'ACLE 5 mais, plus particulièrement à Chacha, Valou, Anaïs, Bastou, Rodo, Antoine, Lucas et PED.

Merci Godo d'être venu en province.

Merci à mes parrains Hugo et Nico.

Merci à la team Bagnols mais plus précisément à Roman et Babou ; vous êtes des gens extraordinaires.

Merci au troupe Alésien : Sandi et Mina.

Merci à Narbonne de m'avoir fait rencontrer des amis en or : Massimo, Raph, Charles, Séb, Sarah et tous les autres.

Merci aux chefs qui ont essayé de m'apprendre à être un bon praticien, notamment Marie, Mélanie, Julien, Arnaud, Dani et Olfa.

Merci à Sophie d'avoir pris le temps de relire un bout de ce travail.

Merci à Cécile d'avoir été si patiente avec mon orthographe et ma grammaire bancaire.

Merci à tous ceux que j'ai pu oublier, j'ai la chance d'avoir rencontré des gens formidables, 1000 pages de remerciements ne suffiraient pas à dire à quel point je vous aime.

Table des matières :

Liste des abréviations	p.21
Introduction	p.22
Première partie : Revue de la littérature internationale	p.24
I. Méthodologie	p.24
1. Critères d'éligibilités	p.24
2. Bases de données utilisées	p.24
3. Mots clés	p.25
4. Sélection des documents	p.25
5. Grilles d'évaluation pour l'analyse des références	p.26
II. Recherche	p.26
1. Littérature grise	p.26
2. Thèses et mémoires	p.27
3. Pubmed	p.27
4. Cochrane library	p.27
5. Recommandations internationales	p.28
III. Synthèse globale	p.28
IV. Prise en charge de la dépression du sujet âgé en soin primaire	p.39
1. Dépression caractérisée chez le sujet âgé	p.39
1.1. Généralités	p.39
1.2. Facteur de risque de dépression chez le sujet âgé et facteurs protecteurs ..	p.40
1.3. Symptômes propres à la personne âgée	p.40
2. Diagnostic	p.41
2.1. Définition d'un épisode dépressif caractérisé	p.41
2.2. Outils d'aide au diagnostic chez la personne âgée	p.41
2.2.1. Personne âgée non atteinte de trouble neurocognitif	p.41
2.2.2. Personne âgée atteinte de TNC	p.41
2.3 Evaluation de la sévérité	p.42
2.4 Bilan pré-thérapeutique	p.43
3. Thérapeutiques non médicamenteuse	p.43
3.1 Psychothérapies	p.43
3.2 Activité physique et mode de vie	p.44
3.3 Autres pistes	p.44
3.4 Cas particulier de la personne âgée dépressive atteinte de TNC	p.45

4. Thérapeutiques Médicamenteuses	p.45
4.1 Antidépresseurs	p.45
4.1.1 Les ISRS	p.45
4.1.2 Les IRSNA	p.46
4.1.3 Autres antidépresseurs	p.47
4.2 Cas particulier de patient atteint de TNC	p.47
4.3 Cas cliniques particuliers	p.47
V. Introduction du traitement et suivi	p.48
VI. Proposition d'une fiche récapitulative	p.50

Deuxième partie : Création d'un support de formation pour les médecins généralistes.

I. Objectifs de la formation	p.51
II. Choix de la méthode d'enseignement	p.51
III. Contenu du PowerPoint	p.52
IV. Les diaporamas du support de formation	p.53
DISCUSSION	p.71
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	p.72
BIBLIOGRAPHIE	p.73
ANNEXES	p.77
SERMENT	p.91

Listes des abréviations.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

BDSP : Banque de données en santé publique

INVS : Institut de Veille Sanitaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

HAS : Haute Autorité de Santé

MeSH : Medical Subject Heading

HeTOP : Health Terminology/Ontology Portail

R-AMSTAR : Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews

CASP : Critical Appraisal Skills Programme

STROBE : STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology

ATCD : Antécédents

FDR : Facteur de Risque

Mc : Médicamenteux

GDS : Geriatric Depression Scale

CIM : Classification Internationale des Maladies

TNC : Trouble neurocognitif

MMSE : Mini Mental State Examination

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

ECG : Electrocardiogramme.

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique.

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la recapture de sérotonine.

IRSNA : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

INTRODUCTION :

Le patient âgé (plus de 65 ans selon l'OMS) est souvent polypathologique et donc plus concerné par la polymédication, ce qui le rend plus à risque d'effets indésirables liés à ses prescriptions médicamenteuses. La iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10% des hospitalisations chez les sujets âgés (plus de 65ans) et près de 20% chez les octogénaires, et une grande partie de ces hospitalisations seraient possiblement évitables. Dans les médicaments incriminés, les molécules psychotropes occupent la deuxième place en terme de responsabilité d'effets indésirables médicamenteux (1).

En France, plus d'un tiers des personnes âgées consomment de façon chronique des molécules psychotropes. Les molécules psychotropes sont l'ensemble des molécules agissant sur le psychisme (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et antidépresseurs pour l'essentiel) (2).

La loi de Santé Publique du 9 août 2004 a retenu dans ses objectifs prioritaires l'amélioration de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé et notamment des molécules psychotropes. Contrairement aux autres molécules psychotropes, « la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé réellement dépressif est souvent insuffisante en terme de mise sous traitement, de dose ou de durée » (2). Effectivement, cette famille de molécules dans cette indication est soumise à ce qu'on appelle « underuse » ou insuffisance de traitement par rapport aux autres traitements psychotropes (3).

Pourtant, la dépression dans cette population serait loin d'être rare, elle aurait même une prévalence de 13% en population générale, pouvant atteindre 50% chez les patients institutionnalisés, entraînant alors une altération de la qualité de vie ainsi qu'un risque suicidaire important (4).

En sachant que le médecin généraliste est bien souvent le primo prescripteur de cette population, nous pouvons donc imaginer qu'il se doit d'être efficace dans la prévention, le diagnostic et la prise en charge du trouble anxiodépressif chez le patient âgé. Or, comme nous l'avons souligné, la prescription d'antidépresseur dans cette tranche d'âge est souvent insuffisante et certains travaux soulignent l'importance de perfectionner la formation des médecins généralistes dans ce domaine (5).

La thérapeutique gériatrique n'étant pas une priorité de la formation médicale initiale et continue (3), j'ai donc décidé d'améliorer mes connaissances sur le sujet en réalisant le Diplôme Universitaire « Médecine Gériatrique » dispensé dans le CHU de Montpellier et coordonné par le Pr BLAIN Hubert.

Aux vues de mes différentes recherches bibliographiques et de mon parcours professionnel, j'ai entrepris ce travail de thèse.

La question de recherche est : Comment prendre en charge la dépression du sujet âgé en soin primaire ?

L'objectif de ce travail est la réalisation d'une revue internationale de la littérature pour essayer de répertorier les différents moyens de prévention, de diagnostic et de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression du sujet âgé applicable à la médecine générale. La finalité étant de s'appuyer sur des bases solides pour la création d'une formation à destination des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

Première partie : Revue de la littérature internationale.

I. MÉTHODOLOGIE

Nous avons recherché dans la littérature internationale les différentes données nécessaires à la prise en charge de la dépression chez le sujet âgé qui seraient adaptées aux soins primaires.

La méthode de recherche aurait dû être inscrite sur PROSPERO mais ce message est apparu :

« PROSPERO does not currently accept registrations for scoping reviews, literature reviews or mapping reviews. PROSPERO is therefore unable to accept your application or provide a registration number. This decision should not stop you from submitting your project for publication to a journal. »

Avec l'aide de mon directeur de Thèse, le Dr PRADIER Pascal, nous avons essayé de suivre les lignes directrices de l'échelle PRISMA (annexe 1) au maximum pour la rédaction.

1. Critères d'éligibilités :

Pour être retenus, les résultats devaient être des revues, des articles, des études ou des recommandations officielles et concerner les sujets âgés (65 ans et plus).

-Les résultats devaient être adaptés à la médecine générale.

-Tout document traitant de la prévention, du diagnostic ou de la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression.

-Les dates de publications allant du 01/01/2010 au 01/09/2020.

-Les documents devaient être rédigés en Anglais ou en Français.

-Les documents devaient être publiés par un pays de population socio-économique proche de la France.

2. Bases de données utilisées :

La recherche documentaire a été réalisée à partir de :

-La littérature grise à travers les sites internet de : BDSP, ANSM, INVS, INPES.

- Le SUDOC.
- La Cochrane library.
- Le MEDLINE via PubMed.
- Les recommandations françaises à travers le site de la HAS.

3. Mots clés :

Les différents mots clés ont été traduits en termes MeSH via le portail HeTOP.

Pour établir nos équations de recherche, nous avons utilisé les mots clés suivant :

- Dépression : depression
- Sujet âgé : aged ; elderly
- Traitement : treatment, therapeutics
- Prise en charge : care management

Les équations de recherches comprenaient les mots clés précédents et sont détaillées pour chaque section de recherche.

4. Sélections des documents :

- Lecture du titre et exclusion des références hors sujets.
- Lecture du résumé et exclusion des documents ne répondant pas au sujet de recherche.
- Exclusion des documents rédigés dans une autre langue que le Français ou l'Anglais.
- Exclusion des documents indisponibles ou dont l'évaluation de la qualité n'était pas satisfaisante.
- La validation définitive a eu lieu après une deuxième relecture par le directeur de thèse. Nous avons décidé d'inclure les documents traitants de la démence associée à la dépression car c'est un tableau clinique souvent rencontré en médecine générale.

Les critères d'exclusion ont donc été les suivants :

Titre ou résumé ne répondant pas à la question de recherche, une langue de rédaction autre que le Français ou l'Anglais, les documents indisponibles, dont la qualité n'était pas satisfaisante ou le sujet ne correspondait pas aux soins primaires.

5. Grilles d'évaluations pour l'analyse des références :

a) Liste de contrôle R-AMSTAR (annexe 2) :

Nous avons utilisé cette liste traduite en français par l'institut national d'excellence en santé et en services sociaux disponible sur le site

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/Amstar_FR_21012015.pdf pour évaluer la qualité des revues systématiques. Un score supérieur à 30/44 permettait au document d'être retenu pour ce travail.

b) La grille CASP (annexe 3) :

Disponible en français sur le site [http://www.lca-](http://www.lca-ecn.info/images/LCA/CASP/Etude%20qualitative.pdf)

[ecn.info/images/LCA/CASP/Etude%20qualitative.pdf](http://www.lca-ecn.info/images/LCA/CASP/Etude%20qualitative.pdf), elle a été utilisée pour évaluer la qualité du rapport des études qualitatives. Un score de 10/10 permettait au document d'être retenu pour ce travail.

c) La grille STROBE (annexe 4) :

Disponible en français sur le site <http://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2015-KINE-STROBE-Fr.pdf>, elle a été utilisée pour évaluer la qualité du rapport des études observationnelles.

II. RECHERCHE

1. Littérature grise :

-Nous avons interrogé le BDSP via le site internet : <https://bdsp-ehesp.inist.fr> .

L'équation de recherche était : « Dépression » AND « Sujet âgé » AND « Thérapeutique » dans la recherche avancée, dans « article » et « rapport » de la base documentaire en se limitant à partir de 2010.

1169 Documents ont été trouvés. 1147 ont été exclus à la lecture du titre, 9 documents ont été rejetés à la lecture du résumé, 6 ont été rejetés à la lecture de l'article et 4 étaient indisponibles. Finalement **3 articles ont été retenus.**

-Nous avons interrogé l'ANSM via le site internet : <https://ansm.sante.fr>

L'équation de recherche était : « Dépression » AND « sujet âgé » dans l'onglet recherche.

Sur les 395 documents, **aucun n'a été retenu à la lecture du titre.**

-Nous avons interrogé l'INPES sur le site internet : <https://santepubliquefrance.fr>

L'équation de recherche était « dépression » dans la barre de recherche en ciblant la population « séniors et personnes âgées ».

Il y avait seulement 7 résultats, **aucun n'a été retenu à la lecture du titre.**

-Nous avons interrogé l'INVS sur le site internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

L'équation de recherche était « dépression » dans /la thématique « personnes âgées ».

Seulement 3 documents étaient disponibles, **aucun n'a été retenu à la lecture du titre.**

2. Thèses et mémoires :

La recherche a été effectuée dans le SUDOC via <http://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/>

L'équation de recherche était : « Dépression » et « Sujet âgé ».

Il y avait 186 résultats. 170 ont été exclus à la lecture du titre, 8 documents n'ont pu être exploités suite à la lecture du résumé, 4 après analyse complète et 1 indisponible malgré la relance auprès de son auteur. Finalement, **3 thèses ont été retenues.**

3. Pubmed :

La recherche Medline a été réalisée via le site internet : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

L'équation de recherche comprenait les mots : « Depression » AND « Aged » AND « Elderly » AND « Therapeutics ». Les langues sélectionnées étaient « anglais » et « français » et la limite temporelle située entre le 01/10/2010 et le 01/09/2020. Les types d'articles étaient « méta-analysis », « review » et « systematic review ».

1122 articles ont été trouvés avec cette équation. 1066 ont été écartés à la lecture du titre, malgré les filtres de langages 13 étaient rédigés dans une autre langue, 14 ont été exclus à la lecture du résumé et 11 à l'analyse de l'article. Au final, **18 articles ont été sélectionnés.**

4. Cochrane library :

L'équation de recherche via la recherche avancée du site internet <http://cochranelibrary.com> comprenait « Depression » AND « aged » OR « Elderly », du 01/10/2010 au 01/09/2020 dans la « cochrane review ». 468 revues ont été trouvées, 458 ont été éliminées à la lecture du titre et 6 à

la lecture de la revue. Finalement, **nous n'en avons gardé que 4**. Ces revues n'ont pas été évaluées aux vues de la rigueur de la rédaction des équipes de la Cochrane library.

5. Recommandations Internationales :

a) Recommandations Françaises :

Deux rapports ont été trouvés via le site internet de la Haute Autorité de santé, l'un étant axé sur le diagnostic et l'autre sur la prise en charge et le suivi de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte. Les recommandations du site de la société française de gériatrie et gérontologie nous renvoient sur le résumé de ces deux rapports.

Ils se basent sur 607 références (revues de la littérature, méta-analyses et recommandations nationales et internationales). La spécificité de la prise en charge de la personne âgée est soulignée dans plusieurs questions traitées. Pour les questions abordées, les ressources sélectionnées sont : les recommandations nationales, méta-analyses ou études prospectives randomisées, et revues de la littérature complète et récente.

Si les données étaient insuffisantes pour établir un grade de recommandation, un accord entre experts du groupe de travail et du groupe de lecture avait lieu.

b) Autres recommandations :

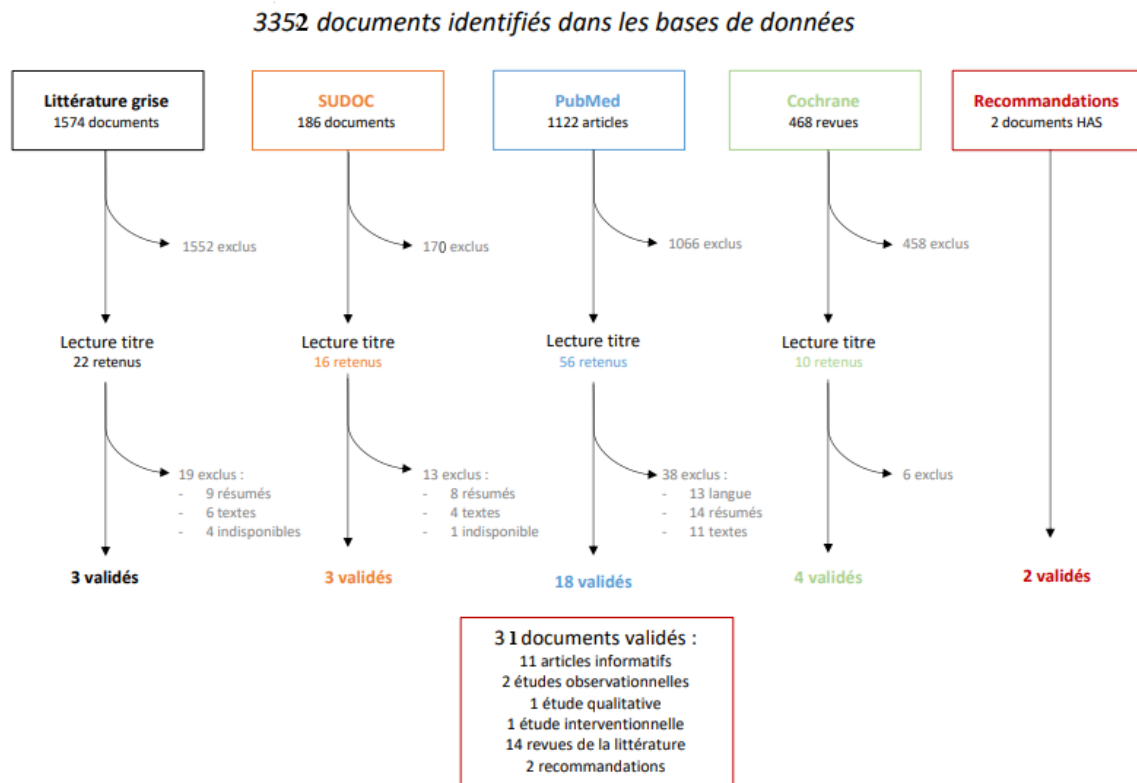
Les autres recommandations des pays de niveau socio-économique proche de la France sont donc citées dans ces deux documents et n'ont pas eu besoin d'être recherchées individuellement.

III. SYNTHÈSE GLOBALE

Finalement, sur 3352 documents identifiés à travers ces bases de données, **31 documents ont été gardés** après exclusion des articles ne correspondant pas aux critères de sélection définis ou, après analyse du résumé ou du texte intégral.

L'ensemble de la procédure est décrit dans un diagramme de flux (figure 1).

Figure 1 : diagramme de flux des documents inclus



L'ensemble des caractéristiques des documents inclus dans cette revue de la littérature, ainsi que l'exemple de deux articles non retenus sur l'évaluation de la qualité figurent dans le Tableau 1.

Tableau 1 : Tableau résumant les documents inclus dans la revue

Titre, Auteur, Date	Pays	Méthode	Evaluation	Principaux résultats
Littérature grise				
« Sleep and depression in elderly people » Nicolas et al. 01/09/2010. (6)	France.	Article informatif	Non évalué	- Troubles du sommeil et dépression sont fortement corrélés. - Mc : ISRS puis Mirtazapine ou Miansérine si pas assez efficace ou aggravation des troubles du sommeil (30%). -Non Mc : Mélatonine+photothérapie/ Psychothérapie de soutien/Activité sociale et physique.
« Typologies de la dépression tardive : anxieuse, avec démotivation » cah. année gerontol. Benoit et Dorey. 10/08/2011. (7)	France.	Article informatif	Non évalué	- Plus de la moitié des sujets âgés dépressifs ont des plaintes somatiques au premier plan. Les plaintes peuvent concerner la sphère cognitive. - Les FDR sont les mêmes que chez la personne jeune ainsi que les pathologies invalidantes/douloureuses ou vasculaires (25 à 40% des AVC donnent une dépression).
« Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs » NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. Joulain et al. 01/06/2010. (8)	France.	Etude observationnelle descriptive.	STROBE : 18/22	- Rôle important des activités et des loisirs sur le vieillissement, le bien-être et la dépression. -Les types d'activité les plus pertinents sont : l'activité physique puis les activités sociales.

Thèses/mémoires				
<p>« Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression »</p> <p>SUDOC</p> <p>Clémence GAVOIS.</p> <p>06/04/2017.</p> <p>(9)</p>	FRANCE	Etude qualitative	CASP 10/10	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les patients, la dépression est une banalité du vieillissement. Ils ne veulent pas impliquer leurs proches. - Les solutions non médicamenteuses ne sont pas connues. - Rôle important du médecin traitant et de l'entourage. - Les plaintes somatiques sont au premier plan.
<p>« Prise en charge de la dépression caractérisée du sujet âgé par le médecin généraliste : enquête quantitative auprès de 114 médecins généralistes du Sud du département du Rhône »</p> <p>SUDOC</p> <p>Lucie Merle.</p> <p>2016</p> <p>(5)</p>	FRANCE	Etude observationnelle	STROBE 19/22	<ul style="list-style-type: none"> - Difficulté pour le médecin généraliste de diagnostiquer et d'évaluer l'intensité de la dépression du sujet âgé. - En 1^{ère} intention, choix d'un ISRS et IRSNa dans la grande majorité des cas. - Durée de traitement non suffisante (moins de 6 mois pour une part non négligeable). - 42% estiment avoir une formation insuffisante. - Co-prescription avec un anxiolytique ou hypnotique fréquente et trop longue. - Limitation de l'accès à un à un psychiatre ou à un psychologue.
<p>« Acceptabilité, faisabilité et fiabilité de la geriatric depression scale 15 items chez les patients de plus de 65 ans en médecine générale »</p> <p>SUDOC</p> <p>Anne-Sophie Coutin</p> <p>2017</p> <p>(10)</p>	FRANCE	Etude interventionnelle non randomisée	Non évalué	<ul style="list-style-type: none"> - La réalisation d'un GDS 15 items est acceptable pour les patients et sa durée est compatible avec une consultation de médecine générale (5,36 plus ou moins 2,74min dans cette étude).

« Iatrogénie des inhibiteurs sélectifs de la sérotonine chez le sujet âgé : revue de la littérature sur 10 ans » SUDOC Clarisse RAZY 2018 (11)	FRANCE	Revue de la littérature	R AMSTAR 21/44	Exemple d'article non retenu à l'évaluation de la qualité.
Articles scientifiques				
« Diagnosis and Treatment of Depression and Cognitive Impairment in Late-Life » Pubmed Morimoto et al. 05/2015 (12)	Etats-Unis.	Article informatif	Non évalué	<ul style="list-style-type: none"> - Lien étroit entre troubles cognitifs et dépression. - Troubles cognitifs marqués, moindre réponse aux antidépresseurs (La sertraline serait plus efficace). - FDR de persistance des troubles cognitifs soulignés. - Psychothérapies indiquées pour les différents patients.
« Behavioral Problems and Dementia » Clinics in Geriatric Medicine. Volicer. 11/2018 (13)		Article informatif	Non évalué	<ul style="list-style-type: none"> - Apathie : activités thérapeutiques journalières et centrées sur le patient. Dose discontinuée et faible d'antipsychotique. - Agitation : il faut écarter une cause somatique (penser à la douleur ++). Traitement antidépresseur à considérer. Si délire ou hallucinations désagréables un antipsychotique (aripiprazole) peut être indiqué. Les benzodiazépines ne sont pas indiquées. - Aggression : il faut établir une communication (verbale ou non). Mémantine peut aider pour établir une communication. Un traitement antidépresseur doit être considéré.
« Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia »	Angleterre	Revue de la littérature	R-AMSTAR 36/44	<ul style="list-style-type: none"> - Les traitements non pharmacologiques sont en première ligne dans les recommandations des différents pays même si aucune méthode n'a prouvé sa supériorité. - Les antipsychotiques atypiques ont

<p>The BMJ.</p> <p>Kales et al.</p> <p>02/03/2015</p> <p>(14)</p>				<p>la base de preuves la plus solide, mais il faut prendre en compte le risque d'évènements indésirables (y compris la mortalité).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les antidépresseurs montrent un bénéfice limité pour la dépression dans la démence. - Avec la formation des aidants principaux, une approche centrée sur le patient est nécessaire.
<p>« Diagnosis and management of depression in the elderly »</p> <p>Geriatric Et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement.</p> <p>Tayaa et al.</p> <p>01/03/2020</p> <p>(15)</p>	France	Article informatif	Non évalué	<ul style="list-style-type: none"> - Il est important de dépister la dépression et de l'associer à un entretien psychiatrique. - Dépistage : GDS ou Cornell si démence. - Point sur le terrain, les FDR, le bilan pré thérapeutique. - Rappel des traitements Mc, non Mc, des risques iatrogéniques associés.
<p>« Assessment and treatment of depression associated with dementia »</p> <p>Br J Hosp Med.</p> <p>Hughes et al.</p> <p>02/03/2019</p> <p>(16)</p>	Royaume-Uni	Article informatif	Non évalué	<ul style="list-style-type: none"> - La dépression clinique chez les patients atteints de démence est d'environ 15%. - L'échelle de dépression de Cornell et l'échelle de Montgomery et Åsberg sont validées pour les patients atteints de démence légère. - Les approches non médicamenteuses peuvent toutes être utilisées. - La base actuelle de preuves pour les médicaments antidépresseurs est limitée.
<p>« Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty »</p> <p>BMC Geriatrics</p> <p>Mallery et al.</p>	Royaume-uni	Revue de la littérature	R-AMSTAR 42/44	<ul style="list-style-type: none"> - En raison de la diversité des populations et de la réponse hétérogène, un certain bénéfice ne peut être écarté chez certains patients. - Il est important de suivre l'évolution des symptômes et d'arrêter le traitement s'il n'y a pas d'amélioration. - Probable surdiagnostic de la dépression entraînant une polymédication inutile chez les sujets âgés fragiles.

12/11/2019 (17)				
« Depression Case Finding in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis » Journal of the American Geriatrics Society. Zs et al. 05/2017 (18)	Etats-unis	Revue de la littérature	R-AMSTAR 41/44	<ul style="list-style-type: none"> - Chez les personnes atteintes de démence : prévalence de 30.3% de dépression. - Détection de la dépression chez les personnes démentes : meilleure sensibilité et spécificité pour le Cornell Scale for Depression in Dementia (Se 84% et Sp 80%) et le Hamilton Depression Rating Scale (Se 86% et Sp 84%).
« Clinical and therapeutical approach of depression in old age » Rev Med Liege. Pitchot et al. 11/2012 (19)	Belgique	Article informatif	Non évalué.	<ul style="list-style-type: none"> - FDR de suicide (sexe masculin, solitude, affections somatiques concomitantes, déficit sensoriel, abus d'alcool...). - Affections somatiques et dépression sont liées. - ISRS est le traitement de choix (rappel des EI). - IRSN, penser à la duloxétine si syndrome douloureux chronique (diabète). - Mirtazapine intéressante si le patient souffre d'insomnie.
« Continuation and maintenance treatments for depression in older people » Cochrane Database Syst Rev. Wilkinson et Izmeth. 09/09/2016 (20)	International	Revue de la littérature	Non évalué	<ul style="list-style-type: none"> - La poursuite des antidépresseurs semble être utile sur un an. - Mais aucune recommandation ne peut être établie sur la base de cette revue car les preuves des études sont de mauvaise qualité selon l'évaluation GRADE.
« Predictors of remission to antidepressants in late-life depression: a systematic review ». Geriatr Psychol	France	Revue de la littérature	R-AMSTAR 36/44	<ul style="list-style-type: none"> - Facteurs de mauvaise réponse à un traitement antidépresseur : peu de relation sociale, anxiété associée, dépression sévère/précoce/itérative. Troubles cognitifs ou anomalies cérébrales à l'imagerie.

Neuropsychiatr Vieil. Masse et al. 01/06/2018. (21)				- Facteurs de bonne réponse : amélioration précoce, peu de plaintes anxieuses ou d'insomnies.
« Depression in Later Life : An Overview with Treatment Recommendations » Psychiatric Clinics of North America. Ellison et al. 01/03/2012 (22)	Internatio nal	Article informatif	Non évalué	- Facteurs de risque de dépression chez la personne âgée. - Rappel des différentes échelles de dépression. - Bilan clinique et paraclinique systématique. - Point sur les différents traitements médicamenteux existants, (molécules, effets secondaires) et conseils pour certaines molécules (Duloxetine si douleur neuropathique, Mirtazapine si insomnie). - Lien entre dépression et démence.
« Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly » Psychogeriatrics Alamo et al. 12/2014 (23)	Internatio nal	Revue de la littérature	R AMSTAR 26/44	Non retenu
« The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review » Int J Nurs Stud. Apostolo et al. 06/2016. (24)	Internatio nal	Revue de la littérature	R AMSTAR 40/44	- Toutes les études retenues montrent une amélioration des symptômes dépressifs avec: thérapie cognitivo- comportementale, stimulation de la mémoire épisodique, thérapie de réminiscence de groupe, thérapie de résolution des problèmes et problem adaptation therapy. - Pas d'amélioration de la qualité de vie ou des troubles cognitifs.
« A systematic approach to the pharmacotherapy of geriatric major depression » Clin Geriatr Med.	Internatio nal	Article informatif	Non évalué	- L'efficacité des antidépresseurs dépendent de leur utilisation. - Proposition d'un algorithme de prescription des antidépresseurs, basée sur l'interprétation des preuves disponibles. - 1 ^{ère} ligne : escitalopram (sertraline ou duloxétine en alternative), pas

Mulsant et al. 08/2014 (25)				d'allongement du QT par rapport au citalopram). ½ dose au moins 2 semaines puis augmentation pour au moins 4 semaines de traitement pleine dose. - 2 ^e ligne : Duloxétine (venlafaxine en alternative), car efficace dans les syndrômes douloureux chroniques (fréquent chez la personne âgée).
« Assessment of the Person with Late-life Depression » Psychiatric Clinics of North America. Glover and Srinivasan. 01/12/2013 (26)	International	Article informatif	Non évalué	- L'évaluation de la dépression doit être complète : entretien psychiatrique, facteurs de risque de dépression, risque suicidaire, évaluation fonctionnelle et cognitive. - Biologie comprenant (anémie, diabète, ionogramme, phosphocalcique, magnésium, TSH, B12, B9, IST/VIH/syphilis, vit D).
« Exercise and Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Meta-Analytic Review » J Aging Phys Act. Rhyner et Watts. 04/2016 (27)	International	Revue de la littérature	R AMSTAR 35/44	- L'exercice physique est plus efficace que l'absence de traitement pour l'amélioration des symptômes dépressifs. L'amélioration n'est pas liée à l'élément social des groupes d'exercice. - Le type d'exercice n'a pas influencé de manière significative la taille de l'effet dans les études, ce qui donne la possibilité aux individus de choisir un exercice agréable.
« Mind-Body Interventions in Late-Life Mental Illnesses and Cognitive Disorders: A Narrative Review » Am J Geriatr Psychiatry. Vasudev et al. 05/2019 (28)	International	Revue de la littérature	R AMSTAR 41/44	- L'avantage des interventions corps-esprits sont peu coûteuses, évolutives et bien tolérées. - 6 études suivaient le Tai-chi et 4 autres étaient basées sur la méditation. - Une amélioration cliniquement significative des symptômes dépressifs et anxieux est retrouvée avec les deux modes d'intervention. - Limites méthodologiques de la littérature actuelle : des études plus puissantes doivent être menées.

<p>« Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service »</p> <p>Curr Psychiatry Rep.</p> <p>Glass et al.</p> <p>13/04/2020</p> <p>(29)</p>	<p>International</p>	<p>Article informatif</p>	<p>Non évalué</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel sur le bilan clinique, paraclinique et cognitif. - Délire : pas de traitement médicamenteux approuvé par la FDA. Pas de supériorité entre l'halopéridol et les antipsychotiques atypiques dans la littérature. - Démence : Antipsychotiques possibles si hallucinations ou psychoses. Les antidépresseurs sont répandus mais efficacité clinique incertaine. Preuves limitées pour la mémantine et les inhibiteurs du cholinestérase. - Dépression : Pas de nouvelles données par rapport aux articles précédents
<p>« Depression in older adults »</p> <p>BMJ</p> <p>Rodda et al.</p> <p>28/09/2011</p> <p>(30)</p>	<p>International</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>R AMSTAR 31/44</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La dépression chez la personne âgée augmente le risque de mortalité et d'invalidité. Le risque de suicide est plus important (rappel des facteurs de risque en détail). - L'altération cognitive, fonctionnelle et l'anxiété sont plus communes chez la personne âgée déprimée que chez le patient jeune. - La première ligne thérapeutique est l'ISRS.
<p>Cochrane Database of Systematic Reviews</p>				
<p>« Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review »</p> <p>Noone et al.</p> <p>22/05/2020</p> <p>(31)</p>	<p>International</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>Non évalué</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Revue intéressante dans le cadre de l'épidémie COVID19, suspectée comme facteur de risque d'isolement social chez les personnes âgées. - Données très incertaines sur l'efficacité des appels en vidéo notamment sur les scores d'échelle de dépression gériatrique à 3mois (DM 0,41, IC à 95 % de -0,90 à 1,72 ; 3 études ; 201 participants) et jusqu'à un an.

<p>« Exercise programs for people with dementia »</p> <p>Forbes et al.</p> <p>15/04/2015</p> <p>(32)</p>	<p>Internatio- -nal</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>Non évalué</p>	<p>- Aucune preuve claire de bénéfice de l'exercice physique sur les symptômes neuropsychiatriques (DM -0,60 ; IC à 95 % de -4,22 à 3,02 ; 1 essai, 110 participants, P = 0,75) ou la dépression (DMS 0,14 ; IC à 95 % de -0,07 à 0,36 ; 5 essais, 341 participants, P = 0,16).</p> <p>- Un avantage de programmes d'exercice physique sur la capacité des personnes atteintes de démence à effectuer les AVQ. La différence moyenne standardisée estimée était de 0,68 (IC à 95 % de 0,08 à 1,27 ; P = 0,02).</p>
<p>« Music-based therapeutic interventions for people with dementia »</p> <p>Steen et al.</p> <p>23/07/2018</p> <p>(33)</p>	<p>Internatio nal</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>Non évalué</p>	<p>- Preuves de qualité moyenne pour les interventions réduisant les symptômes dépressifs (DMS -0,27, IC à 95 % -0,45 à -0,09 ; 11 études, 503 participants) et les problèmes de comportement en général (DMS -0,23, IC à 95 % -0,46 à -0,01 ; 10 études, 442 participants)</p>
<p>« Antidepressants for treating depression in dementia »</p> <p>Dudas et al.</p> <p>31/08/2018</p> <p>(34)</p>	<p>Internatio nal</p>	<p>Revue de la littérature</p>	<p>Non évalué</p>	<p>- Preuves de haute qualité d'une différence faible ou nulle sur les symptômes de la dépression après 6 à 13 semaines (DMS -0,10, IC à 95%; 614 participants; 8 études).</p> <p>- Cependant, le taux de rémission était probablement plus élevé dans le groupe antidépresseur (antidépresseur : 40%, placebo : 21,7%; OR 2,57, IC à 95% 1,44 à 4,59; 240 participants; 4 études; preuves de qualité modérée).</p> <p>- Preuves disponibles de qualité variable ne confirmant pas clairement l'efficacité des antidépresseurs pour le traitement de la dépression dans la démence.</p>

Recommandations				
« Épisode dépressif caractérisé de l'adulte prise en charge en soins de premier recours : Diagnostic. » Favre-Bonté 10/2017 HAS. (35)	Française	Revue systématique de la littérature	R AMSTAR 44/44	Revue systématique de la littérature recensant 392 références analysées par un groupe de travail et de relecture permettant l'actualisation de la recommandation de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » Cette revue s'intéresse à la partie « diagnostic » de la prise en charge. Toutes les recommandations internationales ou nationales existantes ont été analysées.
« Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours : prise en charge thérapeutique et suivi. » Favre-Bonté 10/2017 HAS. (36)	Française	Revue systématique de la littérature	R AMSTAR 44/44	Revue systématique de la littérature recensant 215 références analysées par un groupe de travail et de relecture permettant l'actualisation de la recommandation de bonne pratique « prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire ». Cette revue s'intéresse à la partie « prise en charge thérapeutique et suivi » de la prise en charge. Toutes les recommandations internationales ou nationales existantes ont été analysées.

IV. PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION DU SUJET AGÉ EN SOIN PRIMAIRE.

1. Dépression caractérisée chez le sujet âgé.

1.1 Généralités.

La dépression chez le sujet âgé est loin d'être banale car la prévalence, selon les différents documents publiés, serait proche de 15% en population générale (15) (20) (7), et allant jusqu'à

50% chez les sujets institutionnalisés de plus de 65ans (15) (16). Il est important de se former à sa prise en charge car elle serait responsable d'une augmentation de la mortalité et d'invalidité compromettant la prise en charge optimale de ces patients (30). Malgré ses chiffres, l'étude de Benoit et Dorey en 2011 estimait que la proportion de sujets âgés déprimés méconnus était d'environ 40 % (7).

1.2 Facteur de risque de dépression chez le sujet âgé et facteurs protecteurs.

Les facteurs de risque de dépression dans cette population sont nombreux (7) (15) (19) (22) (30) :

- Nous identifions les mêmes paramètres que chez le patient jeune : prédominance féminine, antécédents de dépression (personnelle ou familiale), facteurs socio-environnementaux défavorables (à noter que la personne âgée est plus encline à se retrouver dans une situation sociale et économique défavorable), comportement addictif (penser à l'alcoolisme).
- L'accumulation des événements de vie négatifs (confrontation plus fréquente au deuil consécutive au vieillissement de l'entourage, veuvage...).
- L'ensemble des pathologies chroniques susceptibles de s'installer avec l'âge (troubles cognitifs, maladies cardio-vasculaires/neurologiques/endocriniennes, syndrome douloureux chronique...).
- D'après Glover et Srinivasan dans leur article de 2013, une bonne condition physique et psychique ainsi qu'une activité sociale forte seraient des facteurs protecteurs (26)

1.3 Symptômes propres à la personne âgée.

Il est important d'appréhender certains symptômes propres à la personne âgée ; pour ces patients, la dépression est considérée comme consécutive au vieillissement et de fait, les doléances relatives à l'humeur ne sont pas envisagées en priorité (9).

Les plaintes somatiques et/ou douloureuses sont fréquentes (15) (35) et seraient représentées chez plus de la moitié des patients âgés dépressifs (7).

Les plaintes impliquant la sphère cognitive sont aussi importantes et soulignées dans de nombreux articles (7) (15) (30) (35). Elles peuvent concerner les plaintes mnésiques, un ralentissement psychomoteur ou encore des troubles du comportement. On a pu observer des signes de dysfonctionnement exécutif chez environ 30 à 40% des patients dépressifs sans trouble neurocognitif (12).

D'autres symptômes plus communs comme l'asthénie prononcée, l'insomnie, la perte de poids, l'incurie ou l'apparition de comportement à risque ont aussi été évoqués (15) (35).

2. Diagnostic.

2.1. Définition d'un épisode dépressif caractérisé.

Selon la CIM-10, la dépression est définie « par la présence d'un nombre minimum de symptômes clés (critère de sévérité) durant les 15 derniers jours (critère de durée) » (35). Il faut en identifier au moins deux sur trois comme une humeur dépressive, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, réduction de l'énergie. La présence d'un des symptômes suivants sera aussi déterminante : perte de confiance en soi, sentiments injustifiés de culpabilité excessive, pensées de mort/idées suicidaires, diminution de la concentration, modification de l'activité psychomotrice, perturbation du sommeil, modification de l'appétit et du poids.

Toutes les recommandations utilisent les critères diagnostiques de la CIM-10, du DSM IV et du DSM V, mais la classification de référence au niveau mondial est celle de la CIM-10 de l'OMS. (35)

2.2. Outils d'aide au diagnostic de la personne âgée.

2.2.1 Personne âgée non atteinte de trouble neurocognitif.

L'outil prépondérant au dépistage d'une dépression chez le sujet âgé aux fonctions cognitives préservées est le GDS-15 (annexe 5) (6) (15) (22) (35) (37) (version raccourcie du GDS à 30items) ; il aurait une meilleure sensibilité ainsi qu'une meilleure spécificité pour ce diagnostic. Anne-Sophie COUTIN, dans son travail de thèse en 2017, démontrait qu'il était compatible avec une consultation de médecine générale (5,36 plus ou moins 2,74min de durée moyenne). Il est à noter que le questionnaire peut être réalisé en autodidacte en dehors du temps de la consultation.

2.2.2 Personne âgée atteinte de TNC.

Lorsque les fonctions cognitives sont altérées (MMSE<15), l'échelle d'aide au diagnostic conseillée est l'échelle de Cornell (annexe 6) (15) (16) (18) (22). S'il est compliqué de remplir le questionnaire en entretien avec le patient (en cas de troubles cognitifs sévères), il faut réaliser une hétéro évaluation avec un proche du patient.

Ces outils d'aide au diagnostic ne doivent pas remplacer l'entretien clinique qui permet ou non de le confirmer à travers les symptômes décrits dans la CIM-10. (35).

2.3. Évaluation de la sévérité.

La stratégie thérapeutique dépendra de l'évaluation de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé. Les différentes recommandations s'accordent à définir l'épisode comme suit (35) :

-Léger : Les symptômes sont en nombre minimum pour établir le diagnostic et le retentissement fonctionnel est léger.

-Modéré : Les signes sont un peu plus importants et le retentissement est modéré.

-Sévère : Les symptômes sont conséquents ainsi que le retentissement fonctionnel.

Une fois le diagnostic établi, un outil comme le HDRS (annexe 7) peut être utilisé pour estimer la sévérité et assurer le suivi du patient dépressif (18) (22) (35). Il faut mentionner que cette échelle peut être cotée une fois par an par le médecin généraliste en ALQP003.

Rechercher un comportement addictif et évaluer le risque suicidaire sont des éléments nécessaires pour évaluer la sévérité de façon idéale. En effet, la consommation d'alcool n'est pas inhabituelle au sein de cette population et est considérée comme un FDR de dépression caractérisée (30). On notera aussi que la mortalité par suicide serait deux fois plus élevée chez les plus de 85 ans par rapport au 25/44 ans (15). Dans les FDR nous pouvons souligner (19) (26) (30) :

-Le sexe masculin.

-Le veuvage.

-L'isolement social.

-L'accumulation d'évènements négatifs.

-L'institutionnalisation.

-Toutes affections médicales ou neurologiques chroniques.

-L'abus de substances (benzodiazépine, alcool...).

Les différentes recommandations (35) préconisent de rechercher un risque suicidaire avec des questions directes et d'hospitaliser en fonction de la gravité retrouvée.

2.4. Bilan pré-thérapeutique.

Il doit comporter un examen clinique complet, avec une investigation poussée sur les antécédents, les pathologies actuelles et les traitements en cours. Une évaluation cognitive est préconisée (réalisation d'un MMSE (annexe 9) à minima (15) (12)) et des examens paracliniques doivent être réalisés (15) (22) (26) (29) avec :

-Biologie complète (NFS, bilan hépatique, fonction rénale, recherche de syndrome inflammatoire, pathologie thyroïdienne, diabète, bilan phospho-calcique, vitamine B9/B12/D, magnésémie). Selon le contexte, il faut aussi penser aux infections sexuellement transmissibles (VIH, syphilis en priorité).

-ECG.

-Imagerie cérébrale : préférence pour l'IRM et sa précision.

Ce bilan exhaustif permet d'écarter ou de retrouver une cause organique à l'épisode dépressif en cours.

Une fois le bilan réalisé et le diagnostic posé, il est important d'établir une relation de confiance avec le patient en lui fournissant une information claire et en impliquant son entourage avec son accord. Il faut notamment lui expliquer les différentes options médicamenteuses ainsi que l'évolution attendue de la maladie (35).

3. Thérapeutiques non médicamenteuses.

3.1 Les psychothérapies.

Elles sont nombreuses et recommandées pour la dépression. Seules (dépression légère à modérée) ou en association à un traitement médicamenteux (dépression modérée à sévère) (36), elles peuvent être proposées systématiquement (6) (12) (15) (22) (30) aux vues des effets secondaires peu nombreux, et des études montrant une amélioration des symptômes dépressifs (24). La HAS souligne le fait qu'aucune preuve ne permet de privilégier une thérapie plutôt qu'une autre. Dans les psychothérapies indiquées on retrouve : La thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie de résolution des problèmes et la thérapie comportementale (36).

Le frein souligné par les médecins généralistes dans la thèse de Lucie Merle est la limitation à l'accès à des psychothérapeutes (5). En effet, la difficulté de se repérer à travers les différentes méthodes de psychothérapies utilisées par ces professionnels peut être limitante. Le non-remboursement des consultations semble également un obstacle non négligeable pour le patient.

3.2 L'activité physique et le mode de vie.

Dans leur article, Glover et Srinivasan (26) soulignent le fait qu'une bonne condition physique et psychique ainsi qu'une activité sociale récurrente favoriseraient un équilibre psychologique et seraient un « remède » à la dépression. On pourrait donc envisager de prévenir certains diagnostics de dépression en encourageant les patients âgés à maintenir une activité physique adaptée ainsi que des interactions sociales (penser aux associations de personnes âgées locales).

En effet, les différentes recommandations (36) préconisent une certaine hygiène de vie (sommeil adapté, éviter l'abus de certaines substances comme la caféine et l'alcool, maintien d'une vie sociale...).

Dans certains articles trouvés, l'activité physique est conseillée pour permettre une meilleure synchronisation du rythme biologique (6) et aurait un rôle important dans le vieillissement et la sensation de bien-être psychologique (8). De plus dans leur revue, Rhyner et Watts (27) démontrent que l'exercice physique seul est supérieur à l'absence de traitement pour l'amélioration des symptômes dépressifs.

Dans le mode de vie, il faut corriger les facteurs d'entretien d'une dépression (appareillage des déficits sensoriels par exemple) (15).

3.3 Autres pistes.

Nos équations de recherche nous ont permis de trouver d'autres pistes intéressantes :

- Les interventions corps-esprit (28) : représentées ici par la méditation et le Tai-chi. L'avantage est qu'elles sont peu onéreuses, bien tolérées et qu'une amélioration significative des symptômes dépressifs et anxieux serait recouvrée.

-La musicothérapie (33) : dans cette revue, il a été observé que ces interventions auraient des effets de qualité moindre sur les symptômes dépressifs chez les sujets atteints de troubles neurocognitifs. On peut facilement appréhender une résultante plus probante de ce genre de

thérapie chez les patients âgés sans trouble cognitif. Elle peut néanmoins participer à la réduction de l'agitation, l'agressivité et de l'errance (14)

3.4 Cas particulier de la personne âgée dépressive atteinte de TNC.

Les prises en charge non médicamenteuses sont à privilégier (14) car elles peuvent toutes être utilisées avec des risques quasiment inexistantes (16).

Un environnement sain pour éviter tout facteur de stress pouvant développer un état d'agitation est essentiel. La formation des soignants ou des proches aidants est importante et ne peut qu'améliorer la prise en charge (14).

La psychothérapie la plus indiquée serait la thérapie de résolution des problèmes (12). Elle vise à aider le patient à appréhender et faire face à des expériences stressantes de la vie quotidienne.

La participation à des activités physiques adaptées ou des sessions réconfortantes appelant au bien être, ont pu montrer une amélioration de la dépression (14) ou à la réalisation d'actes de la vie quotidienne (32).

4. Thérapeutiques médicamenteuses.

4.1 Antidépresseurs.

Ils sont indiqués dans les formes de dépression caractérisée modérée à sévère, seuls ou en association aux thérapeutiques non médicamenteuses, selon la préférence du patient (15) (36).

Les facteurs prédictifs de mauvaise réponse à un traitement antidépresseur retrouvés avant mise en route du traitement sont : l'isolement social, l'anxiété ou une insomnie associée importante, la dépression sévère, les troubles cognitifs ou les anomalies à l'imagerie cérébrale (atteinte vasculaire) (21).

4.1.1 Les ISRS.

Tous les auteurs s'accordent à dire que cette famille d'antidépresseur est à prescrire en première intention car ils ont l'avantage d'être mieux tolérés chez les personnes âgées (15) (19) (22) (25) (30) (35) (36).

Les effets secondaires seraient somme toute assez nombreux : syndrome sérotoninergique (altération de l'état mental, hyperactivité autonome, anomalies neuromusculaires), troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhées), hyponatrémie, céphalées, agitation psychomotrice, saignements digestifs, dysfonction sexuelle, augmentation du risque d'ostéopénie (liste non exhaustive) (15) (19) (22) (36). Un contrôle de la natrémie sera à réaliser à l'introduction et à chaque changement de dose.

Dans la littérature, nous avons du mal à trouver la supériorité d'une molécule sur une autre, c'est pourquoi le groupe d'experts de la HAS préconise de guider son choix en fonction des effets indésirables spécifiques des ISRS.

-Citalopram et escitalopram : une attention particulière est pointée sur le risque d'allongement de l'intervalle QT avec possibilité de torsade de pointe (nécessité d'une surveillance ECG). Cet effet indésirable est surtout démontré pour le citalopram et serait plus rare avec l'escitalopram (22) (25).

-Sertraline : la diarrhée serait l'effet secondaire le plus cité (12) (36). Le potentiel d'interaction médicamenteuse est aussi souligné, notamment avec les statines (15).

-Fluoxétine, fluvoxamine et paroxétine ne sont pas les mieux tolérés chez la personne âgée, ils augmenteraient aussi de façon plus importante le risque d'interaction médicamenteuse (amiodarone, AVK...) (15) (22) (36).

4.1.2 Les IRSNA.

Ils sont plutôt recommandés en 2^e intention car moins bien tolérés (15) (19) (22) (25). Mais ils peuvent être envisagés en première intention dans certains cas. De nombreux effets secondaires sont communs avec les ISRS : Nausées (plus importantes), céphalées, agitation psychomotrice, effets gastro-intestinaux. D'autres effets indésirables en rapport avec l'inhibition de la noradrénaline peuvent être retrouvés : effets anticholinergiques, bouche sèche, poussée d'hypertension artérielle (15) (19) (22) (36).

Le choix doit se faire en fonction du profil du patient :

-Duloxétine : plutôt indiqué chez des patients dépressifs souffrant d'un syndrome douloureux chronique (exemple des douleurs neuropathiques chez le diabétique) (19) (22).

-Venlafaxine : serait le plus cardiotoxique (mortalité liée au surdosage plus élevée), et responsable de poussée d'hypertension artérielle plus importante (36).

4.1.3 Autres antidépresseurs.

Selon le profil de tolérance et les symptômes que présentent le patient, ce dernier antidépresseur peut être utilisé en 1^{ère} ou 2^e intention si besoin.

-Mirtazapine : les effets indésirables les plus fréquents sont la prise de poids et la somnolence. Il peut donc être utilisé en cas d'anorexie ou d'insomnie importante en première intention (6) (15) (19) (22).

-La miansérine est aussi citée pour l'utilisation de son côté somnolent, mais seulement par une étude (6).

-La vortioxétine : molécule qui semble intéressante (15) (36), mais le manque de recul incite à ne pas le recommander en 1^{ère} intention chez la personne âgée.

-Tous les autres, (tricyclique, inhibiteur de la monoamine oxydase principalement) ne sont pas recommandés chez la personne âgée au regard des effets indésirables importants. Il vaut mieux adresser à un spécialiste lorsqu'une impasse thérapeutique a lieu avec les molécules ci-dessus.

4.2 Cas particulier du patient atteint de TNC.

Les traitements antidépresseurs chez le patient atteint de TNC font encore débat et la preuve de leur efficacité ne serait pas évidente (14) (16) (29) (34). Une seule étude cite la sertraline qui semblerait plus efficace (12).

Un certain bénéfice ne peut être écarté chez certains patients, il faut donc surveiller l'évolution des symptômes et arrêter le traitement mis en place s'il se révèle inefficace pour éviter une polymédication souvent importante (17).

4.3 Cas cliniques particuliers.

a) En cas d'insomnie : il faut éliminer une pathologie organique (SAOS). L'insomnie peut être primaire (FDR de dépression) ou secondaire à celle-ci (6). Dans ce contexte, il faut éviter la prescription régulière d'hypnotique (effets secondaires non négligeables et non efficaces sur le long terme). Il serait préférable de plutôt privilégier les thérapies non médicamenteuses (citées précédemment), et tendre vers la prescription de mélatonine en première intention (6) (15).

Les règles d'hygiène sur le sommeil sont :

- Eviter les siestes longues (moins de 30 min).
- Pas de stimulants (caféine, alcool, tabac) ou de repas copieux le soir.
- Ne pas se coucher avant 22h et éviter l'alitement diurne.
- Pas d'activité physique après 18h.

b) En cas d'agitation/agressivité ou de symptômes psychotiques (retrouvés dans les TNC ou la dépression sévère) : après avoir éliminé une pathologie organique, les molécules qui feraient preuve d'efficacité plus probante seraient les antipsychotiques atypiques (risperdal par exemple) (14). Si la balance bénéfice-risque est en faveur d'une prescription pharmacologique (en prenant en compte l'augmentation de la mortalité avec ce genre de traitement (14)), un traitement par risperdal (15) ou aripiprazole (13) à faible dose peut être introduit de façon ponctuelle si nécessaire. La mémantine peut aussi être une solution, elle permettrait de faciliter les échanges avec le patient en cas de TNC (29).

c) En cas d'anxiété associée : la prescription d'une benzodiazépine à 1/2 vie courte (*seresta* par exemple) peut se faire en début de traitement de la dépression (36), mais elle ne doit pas être une solution au long cours (5).

5. Introduction du traitement et suivi.

Chez la personne âgée, il existe, du fait du vieillissement, des modifications physiologiques (modification de l'absorption intestinale, diminution de l'albumine, diminution du métabolisme hépatique et rénal) (15) qui nous conduit à suivre le principe « start slow, go slow ». Pour les différentes posologies, il est préférable de se reporter aux indications du VIDAL (36).

L'introduction devra donc se faire à ½ dose de la posologie initiale du sujet jeune pendant une durée de 1 à 2 semaines. Ensuite il faudra augmenter la dose pour faire au total 4 semaines de traitement à pleine dose (22) (25) (36). Pendant ce laps de temps, il serait préférable de voir le patient une fois par semaine le premier mois pour évaluer la tolérance et l'apparition d'éventuels effets indésirables (22) (25) (36). Par la suite, la fréquence des consultations sera à décider avec le patient. Les suivis cliniques et biologiques seront précisés dans le support de formation.

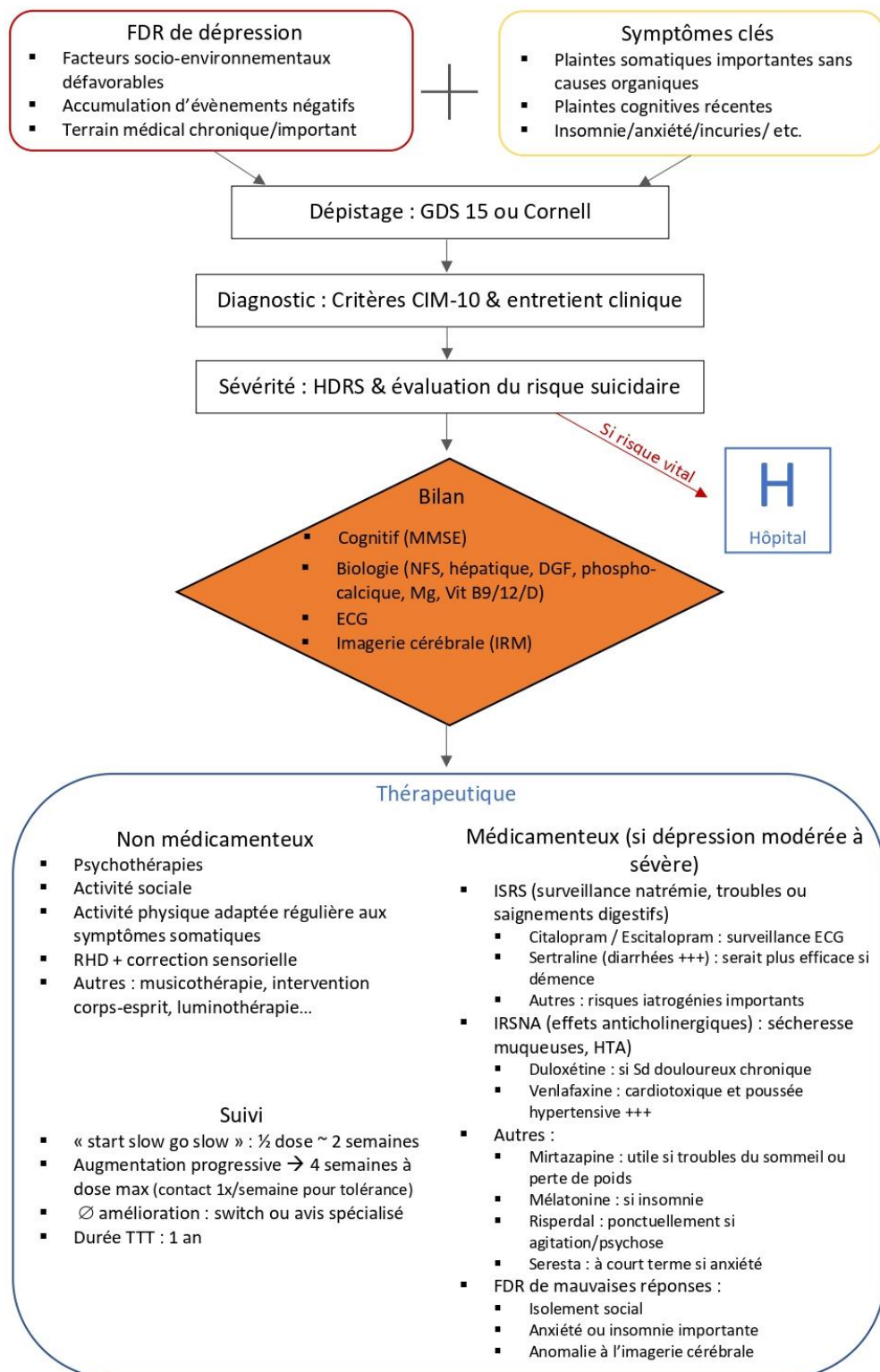
Le suivi devra intégrer une attention particulière aux aidants. Effectivement, la prévalence de la dépression varie de 23 à 85% chez les proches accompagnant une personne atteinte de démence

et elle serait située entre 16% et 45% chez ceux s'occupant d'une personne atteinte d'un syndrome anxiodépressif (14).

Si des effets indésirables apparaissent ou qu'on observe une absence d'amélioration à 4 semaines de traitement pleine dose, nous pouvons proposer un changement de molécule. Si le praticien n'est pas à l'aise avec la prise en charge, le recours à un spécialiste peut être une solution (15) (36).

La durée de traitement pour un premier épisode serait d'un an après la réduction des symptômes dépressifs (15) (20) (22) (36) et de 2 ans s'il s'agit d'un deuxième épisode (15) (22) (36). Le sevrage du traitement devra se faire sur plusieurs semaines voire plusieurs mois (36).

6. Proposition d'une fiche récapitulative :



Deuxième partie : Création d'un support de formation pour les médecins généralistes.

Pour la création d'un support de formation sur la dépression du sujet âgé, nous avons recherché sur les sites internet de pubmed ainsi que sur celui du sudoc, des articles qui s'intéressaient à la pédagogie médicale.

Lors de la mise en place d'une formation, il faut donc en premier lieu, définir les objectifs de cette formation et mettre en place les méthodes d'enseignement les plus efficaces (37).

I. Les objectifs de la formation.

Nous avons décidé d'insérer dans nos objectifs de formation :

- La familiarisation avec le dépistage et le diagnostic de la dépression chez le sujet âgé.
- L'appréhension d'un bilan pré-thérapeutique complet.
- L'application des thérapeutiques non médicamenteuses de façon systématique.
- L'acclimatation avec les différentes molécules : souligner les posologies ainsi que la surveillance clinique et biologique.

II. Choix de la méthode d'enseignement.

Les attentes des jeunes médecins généralistes par rapport à leur formation médicale continue priorisent des évènements présentiels qui permettent de favoriser des moments d'interactivités. Ce mode de fonctionnement serait le plus prisé concernant les jeunes praticiens (38) (39).

Dans un article du journal *Pédagogie médicale* (40), il est souligné que l'animateur d'une formation se doit d'être « expert » du contenu et de le transmettre de manière efficace et claire. L'enseignant se soucie des échanges avec les participants qui lui permettront de réactiver certaines connaissances et de les réorganiser, pour enfin essayer d'acquérir de nouvelles données utiles pour sa pratique future. L'apprentissage se doit d'être actif et constructif.

Enfin, des données probantes ont démontré que « construire une réponse » à travers des questions à réponse ouverte courte permettait de mieux consolider ses connaissances par rapport à des questions à choix multiple (41).

Nous avons donc décidé de réaliser un support qui accorderait une formation en présentiel. Ce sera un PowerPoint composé de cas cliniques associés à des questions à réponse ouverte courte qui permettront un échange entre les différents participants et l'animateur de la formation. L'enseignant sera préférentiellement un gériatre ou un géronto-psychiatre. Dans le cadre de ce travail, la formation sera animée par le Dr DURAND-ROGER Sophie, chef de service du service de court séjour gériatrique du CH de Narbonne.

III. Contenu du PowerPoint.

Pour couvrir les différents objectifs, il a été décidé avec le Dr PRADIER Pascal de réaliser 3 cas cliniques permettant de discuter sur les différents profils de patients que nous pouvons rencontrer en soin primaire.

Ainsi, la première partie se concentre autour d'un patient âgé non atteint de TNC, présentant initialement une dépression légère s'aggravant au fil du cas clinique. Cette partie permet de discuter des moyens diagnostics, du bilan pré-thérapeutique et des traitements médicamenteux et non médicamenteux de la dépression chez une personne âgée à la cognition préservée. Nous avons également pointé l'importance de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de cette pathologie.

La deuxième prend en compte un patient atteint de démence institutionnalisé, ce qui va nous permettre de parler du diagnostic plus difficile ainsi que des thérapeutiques pouvant être mises en place dès lors qu'il existe un état d'agitation ou d'agressivité associé à une dépression.

La troisième partie s'intéresse à la dépression d'un proche aidant. Effectivement, les proches aidants peuvent souffrir psychiquement de telles situations et il est important de les inclure dans la prise en charge. Cette dernière insiste sur le risque suicidaire d'une part et sur une complication rare mais potentiellement mortelle de certains antidépresseurs : le syndrome sérotoninergique.

Entre les différents moments de réflexions et de discussions, nous avons intercalé des diaporamas de rappels des diverses connaissances nécessaires pour compléter les différents objectifs de la formation.

IV. Les diaporamas du support de formation.

LA DÉPRESSION DU SUJET ÂGÉ EN SOIN PRIMAIRE



- ▶ -Se familiariser avec le dépistage et le diagnostic de la dépression chez le sujet âgé.
- ▶ -Connaitre le bilan pré thérapeutique complet.
- ▶ -Penser aux thérapeutiques non médicamenteuses de façon systématique.
- ▶ -S'acclimater avec les différentes molécules, ainsi que la surveillance clinique et biologique.

OBJECTIFS:

CAS CLINIQUE N°1:

- ▶ Vous recevez en consultation Mme C. 79ans, qui consulte depuis 2ans dans votre cabinet suite à un déménagement. La patiente se plaint de lombalgies récidivantes depuis plusieurs mois. Le bilan scanographique que vous avez réalisé est négatif et l'examen clinique est rassurant.
- ▶ Vous vous remémorez que Mme C avait déménagé car elle ne pouvait plus entretenir son ancienne maison suite au décès de son mari.
- ▶ Dans ses ATCD on note: une HTA traitée par ramipril 2,5mg; un diabète de type 2 équilibré par Metformine 850mg matin et soir.

CAS CLINIQUE N°1:

- ▶ Vous recevez en consultation Mme C. 79ans, qui consulte depuis 2ans dans votre cabinet suite à un **déménagement**. La patiente se plaint de **lombalgies récurrentes** depuis plusieurs mois. Le bilan scanographique que vous avez réalisé ne retrouvait pas de causes et l'examen clinique est rassurant.
- ▶ Vous vous remémorez que Mme C avait déménagé car elle ne pouvait plus entretenir son ancienne maison suite à un **décès de son mari**.
- ▶ Dans ces ATCD on note: un **HTA** traité par ramipril 2,5mg; un **diabète de type 2** équilibré par Metformine 850mg matin et soir.
- ▶ **Quels facteurs de risques de dépression retrouvez-vous?**
- ▶ **Quelles sont les questions que vous lui posez sur son mode de vie ?**

- ▶ Facteurs de risque de dépression du sujet âgé:

-Prédominance féminine, antécédents de dépression, facteurs socio environnementaux défavorables (institutionnalisation, isolement social), comportement addictif (penser à l'alcoolisme).

-Accumulation des évènements de vie négatifs (confrontation plus fréquente au deuil !).

-L'ensemble des pathologies chroniques (troubles cognitifs, maladies cardio vasculaires/neurologiques/endocriniennes, syndrome douloureux chronique...).

- ▶ Facteurs protecteurs:

-Activité sociale forte.

-Bonne condition physique.

- ▶ Symptômes qui doivent interpeller:

-Plaintes douloureuses/somatiques (>50% des patients).

-Plaintes récentes de la sphère cognitive.

-Insomnie, incurie, asthénie...

- ▶ Mme C avait déménagé car financièrement elle ne pouvait pas assumer la maison. Le déménagement l'a éloigné de sa famille et de son club de bridge. Elle reconnaît «se laisser aller depuis quelques mois» car elle se sent de plus en plus fatiguée.
- ▶ **Quels outils d'aide au diagnostic de la dépression concernant le sujet âgé connaissez-vous ?**

Mini-GDS

GDS-15 items

GDS-30 items

HDRS

MADRS

Cornell



GDS-15 items

- ▶ Si fonctions cognitives préservées.
- ▶ Possible en auto-questionnaire.
- ▶ Meilleure Se et Sp.

Echelle de Cornell

- ▶ Si fonctions cognitives altérées.
- ▶ Possible hétéroévaluation avec l'aide d'un proche.

GDS 15 items	
Nom du patient : _____ (Prénom du patient)	
Date de naissance du patient : _____ Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Date de test : _____	
Nom et adresse de l'accompagnant : _____	
Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des derniers semaines).	
Complétez T si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13	
OUI aux autres questions	
	OUI NON
1 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Vous arrivez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 Êtes-vous heureux (e) la plupart du temps ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11 Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 Avez-vous beaucoup d'énergie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Calculez le score : <input type="text" value=""/> /15	
Résultats :	
• Le score normal est inférieur à 5.	
• À partir de 5 à 9 a un risque de dépression.	
• Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.	

Nom du patient :		Nom de l'aideur consulté :	
* Pour noter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :			
* 0 = impossible à évaluer -1 = absent -2 = possible ou incertaine -3 = doute.			
A. Symptômes maux à l'existence			
1 Anxiété, expression anxiéuse, rumination, soucis	0	1	2
2 Tristesse, expression triste, voix faible, larmoyant	0	1	2
3 Absence de réaction aux événements agréables	0	1	2
4 Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	0	1	2
B. Troubles du comportement			
5 Agitation, ne peut rester en place, se bousille, s'arrache les cheveux	0	1	2
6 Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	0	1	2
7 Perturbances plantaires caractérisées (noter en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	0	1	2
8 Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (noter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	0	1	2
C. Symptômes somatiques			
9 Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	0	1	2
10 Perte de poids, (noter si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	0	1	2
11 Manque d'énergie, un fatigue surmené, incapable de soutenir une activité (noter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	0	1	2
D. Fonctions cognitives			
12 Variations du rythme dans la journée, symptômes plus marqués le matin	0	1	2
13 Difficulté d'endormissement, plus tard que d'habitude	0	1	2
14 Réveil nocturne fréquent	0	1	2
15 Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	0	1	2
E. Troubles sensoriels			
16 Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	0	1	2
17 Auto-dépréciation, valeurs des réponses à la semaine, peu d'histoire de vie, sentiment d'échec	0	1	2
18 Preoccupations, anticipation du pire	0	1	2
19 Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de persécution, de malade ou de peste	0	1	2
TOTAL : 1_1_1 sur 38 Nombre de 0 : _____			

- ▶ Le GDS-15 items que vous avez réalisé avec Mme C. retrouve un score à 7. Comment confirmer le diagnostic de dépression?

- ▶ Confirmation à travers les symptômes décrits dans la CIM10 lors de l'entretien clinique:

A. Critères obligatoires

1. Les symptômes sont présents depuis au moins 2 semaines.
2. Absence de symptômes maniaques ou hypomaniaques à un moment quelconque de la vie du sujet.
3. L'épisode n'est pas imputable à une substance psychoactive ou à un trouble organique.

B. Présence d'au moins deux symptômes parmi:

1. Humeur dépressive anormale pour le sujet, pratiquement toute la journée et presque tous les jours depuis 15 jours.
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 sept symptômes suivant:

1. Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
2. Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
3. Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes.
4. Diminution de l'aptitude à penser ou se concentrer.
5. Modification de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement).
6. Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
7. Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

- ▶ Le diagnostic est confirmé. Que faites-vous pour évaluer la sévérité de l'épisode caractérisé en cours ?

Critères de la CIM-10:

- ▶ Léger: symptômes minimums et retentissement léger.
- ▶ Modéré: symptômes plus présents et retentissement modéré.
- ▶ Sévère: Symptômes importants et retentissement conséquent.

Facteurs de risque de suicide:

- ▶ Mortalité deux fois plus importantes après 85ans par rapport au 25/44ans.
- Le veuvage
- Sexe masculin
- Isolement social/institutionnalisation,
- Accumulation d'évènements négatifs,
- Affections médicales chroniques,
- Abus de substances (Mc, OH...)

- ▶ Estimer la sévérité.
- ▶ Permet le suivi de l'épisode dépressif.
- ▶ Cotable une fois par an.
- ▶ Accessible en ligne sur le site:
<https://www.mgfrance.org/images/utitaires-medicaux/test-hamilton.htm>

LE HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE

- ▶ Mme C. souffre d'une dépression caractérisée légère, le retentissement fonctionnel est peu présent et elle n'a pas du tout d'idées suicidaires.
- ▶ Quels examens complémentaire pouvez vous prescrire ?
- ▶ Quelles thérapeutiques allez vous proposer ?

- ▶ Evaluation cognitive préconisée: MMS.
- ▶ Biologie: NFS, bilan hépatique, fonction rénale, recherche de syndrome inflammatoire, pathologie thyroïdienne, diabète, bilan phospho-calcique, vitamine B9/B12/D, magnésémie (penser aux IST selon le contexte).
- ▶ ECG.
- ▶ Imagerie cérébrale (préférence pour l'IRM et sa précision).
- ▶ Ils permettent d'écarter ou de retrouver une cause organique.

EXAMENS PARACLINIQUES

- ▶ Peuvent être utilisées à tous les stades de la dépression. Seules ou en association.
- ▶ Psychothérapies (pas de preuve de supériorité entre les différentes psychothérapies).
- ▶ Activité physique adaptée.
- ▶ Interactions sociales.
- ▶ Autres: intervention corps-esprit (Méditation, Taichi), musicothérapie...
- ▶ Mesures associées: Mesures hygiéno-diététiques: sommeil adapté, éviter certaines substances (café, alcool...). Appareillage de déficits sensoriels.

THÉRAPEUTIQUES NON MÉDICAMENTEUSES:



- ▶ La patiente ne veut pas aller voir de psychologue et vous dit qu'elle va se reprendre en main en faisant du sport.
- ▶ Mme C. revient vous consulter au bout de 5 mois. La marche nordique lui avait permis de renouer avec des amis et elle se sentait mieux. Mais depuis un mois elle se sent trop fatiguée pour se rendre à l'association. Elle signale avoir du mal à s'endormir et elle souligne une perte d'appétit. Elle vous a ramené le bilan paraclinique que vous aviez prescrit à l'époque qui ne retrouve pas d'anomalie.
- ▶ **Quelle va être votre conduite à tenir ?**

- ▶ Majoration des thérapeutiques non médicamenteuses. Quels conseils d'hygiène de sommeil lui soulignez vous ?
- ▶ Plainte concernant l'insomnie: proposition de mélatonine.
- ▶ Introduction d'un traitement antidépresseur, mais lequel ?

DÉPRESSION MODÉRÉE À SÉVÈRE:

- ▶ Conseils d'hygiène de sommeil:
 - Éviter les siestes longues (moins de 30min).
 - Pas de stimulants (caféine, alcool, tabac) ou de repas copieux le soir.
 - Ne pas se coucher avant 22h et éviter l'alitement diurne.
 - Pas d'activité physique après 18h.
 - Lumière du jour ou lumineothérapie 1h au réveil.

Le choix se fait en fonction du profil et de la tolérance du patient.

Famille	Effets 2aires	Molécule	Effets particuliers
Les ISRS	Sd sérotoninergique HypoNa (surveillance) Trbles digestifs, céphalées Saignements digestifs Dysfonction sexuelle Ostéoporose	Citalopram/Escitalopram	Allongement du QT
		Sertraline	Diarrhées Interactions médicamenteuses
Les IRSNA	Trbles digestifs plus importants Céphalées Effet anticholinergique (bouche sèche, poussée HTA/HTO)	Duloxétine (ci: insuffisance hépatique, ciprofloxacine)	Utile si douleur neuropathique associée (diabète)
		Venlafaxine	Poussée HTA
Autre		Mirtazapine	Somnolence et prise de poids

Les autres (MAO/Tricyclique...) ne sont pas recommandés en première intention chez la personne âgée (à laisser aux spécialistes).

- ▶ Vous décidez d'introduire un traitement par Citalopram 10mg.
- ▶ Que devez vous expliquer à Mme C. ?
- ▶ Quel suivi mettez vous en place ?

- ▶ **ALLIANCE THERAPEUTIQUE** Prévenir le patient de l'évolution attendue de la maladie (amélioration à 4 semaines avec possible rebond de l'anxiété en début de traitement), de la durée du traitement (1 an environ) et des possibles effets indésirables.
- ▶ Revoir la patiente au moins toutes les 2 semaines à l'introduction (évolution des symptômes, recherche des effets indésirables). Ne pas oublier le contrôle de la natrémie (patiente sous IEC).

- ▶ Vous revoyez la patiente à 1 mois. Mme C. à l'impression de mieux dormir mais ne se sent pas assez en forme pour retourner à la marche nordique. Elle se demande si le traitement est vraiment adapté. La biologie retrouve une NFS normale, une natrémie à 136 et une kaliémie à 3,7.
- ▶ Quelle est votre conduite à tenir ?

Majoration de posologie

- ▶ Possibilité de passer à citalopram 20mg.
- ▶ Surveillance Natrémie si changement de dose.

Switch de molécule

- ▶ Attendre de préférence d'être à la posologie maximale de la première molécule si bonne tolérance.
- ▶ Switch direct possible, certains auteurs préfèrent attendre une période de «wash out» de 5 jours.

VÉRIFIER L'OBSERVANCE !

- ▶ Vous avez majoré le Citalopram à 20mg. Mme C. se sent de mieux en mieux et vous éloignez les consultations de suivi.
- ▶ Elle revient en consultation car elle se sent essoufflée, elle vous tend un compte-rendu des urgences pour un passage il y a 3 semaines car elle se plaignait du mollet qui avait « bien enflé » selon elle. Les urgentistes avaient introduit un traitement par Eliquis devant la découverte d'une thrombose veineuse profonde. La tension artérielle est à 13/7, le pouls est à 126bpm.
- ▶ Quelle est votre conduite à tenir ?

- ▶ L'ECG montre une tachycardie sinusale.
- ▶ Sort d'hospitalisation pour TVP, ne pas ignorer une **embolie pulmonaire**.
- ▶ Possible saignement digestif: **Anticoagulant+ISRS** signes de mauvaise tolérance (essoufflement, tachycardie).
- ▶ URGENCES.

- ▶ Vous aviez décidé d'envoyer Mme C. aux urgences.
- ▶ Elle revient vous voir 15 jours plus tard, le compte-rendu du service de gériatrie indique que la patiente avait un ulcère gastrique avec mise en place d'un traitement par IPP et un switch du Citalopram par de la Mirtazapine 15mg. Cela fait maintenant 8 mois que la patiente est sous antidépresseur.
- ▶ **Quelle va être votre conduite à tenir concernant l'arrêt du traitement ?**

- ▶ Les différentes recommandations s'accordent à dire qu'il faut des symptômes dépressifs absents ou minimes depuis 9 à 12 mois (soit une durée moyenne de traitement de 18 mois, comprenant l'initiation, le suivi et le sevrage).
- ▶ L'arrêt doit être progressif sur une période d'un mois environ.
- ▶ Si il y a des symptômes de sevrage trop importants, revenir à la posologie précédente et allonger la période d'arrêt (jusqu'à 3 mois).
- ▶ Risque de rechute maximal dans les 6 premiers mois.

CAS CLINIQUE N°2:

- ▶ Vous profitez du mercredi après-midi pour faire vos visites à domicile. Vous vous rendez dans l'EHPAD du village pour un patient que vous suivez depuis 15 ans qui a préféré vivre dans cet établissement il y a 1 an bien conscient que le maintien à domicile devenait problématique depuis le décès de son épouse qui était l'aidante principale.
- ▶ M. P a 87ans, dans ces ATCD on note: une maladie d'Alzheimer peu évolué (dernier MMS l'année dernière à 20/30), un diabète de type 2 (Metformine 500 matin, midi et soir, Hba1c 8%), un IDM stenté il y a 6 ans (Kardegic 75mg, Bisoprolol 5mg, Statine 20mg), une HTA (sous ramipril 5mg le matin).
- ▶ Vous ne l'avez pas vu depuis 2 mois, vous demandez à l'infirmière présente comment ça se passe. Elle vous répond que les troubles cognitifs se sont beaucoup majorés, il ne s'alimente plus seul, ne veut plus participer aux activités organisées l'après-midi. Il peut parfois être agressif lors de la toilette et se réveille la nuit en hurlant (elle vous demande d'ailleurs si vous pouvez prescrire un traitement pour le calmer).

CAS CLINIQUE N°2:

- ▶ Vous profitez du mercredi après-midi pour faire vos visites à domicile. Vous vous rendez dans l'EHPAD du village pour un patient que vous suivez depuis 15ans qui a préféré vivre dans cet établissement il y a 1ans bien conscient que le maintien à domicile devenait problématique depuis le décès de son épouse qui était l'aidante principale.
- ▶ M. P a 87 ans, dans ses ATCD on note: une maladie d'Alzheimer peu évoluée (dernier MMS l'année dernière à 20), un diabète de type 2 (Metformine 500 matin, midi et soir, Hba1c 8%), un IDM stenté il y a 6ans (Kardegic 75mg, Bisoprolol 5mg, Statine 20mg), une HTA (sous Ramipril 5mg le matin).
- ▶ Vous ne l'avez pas vu depuis 2mois, vous demandez à l'infirmière présente comment ça se passe. Elle vous répond que depuis un mois les troubles cognitifs se sont beaucoup majorés, il ne s'alimente plus seul ne veut plus participer aux activités organisées l'après-midi et peut parfois être agressif lors de la toilette. De plus il se réveille souvent la nuit en hurlant (elle vous demande d'ailleurs si vous pouvez prescrire un traitement pour le calmer).
- ▶ Pourquoi penser dépression ?

▶ Facteurs de risque de dépression du sujet âgé:

- Prédominance féminine, antécédents de dépression, facteurs socio environnementaux défavorables (institutionnalisation), comportement addictif (penser à l'alcoolisme).
- Accumulation des évènements de vie négatifs (confrontation plus fréquente au deuil!).
- L'ensemble des pathologies chroniques (troubles cognitifs, maladies cardio-vasculaires/neurologiques/endocriniennes, syndrome douloureux chronique...).
- Facteur de gravité: homme âgé de plus de 80ans (Fc de risque de suicide).

▶ Facteurs protecteurs:

- Activité sociale forte.
- Bonne condition physique.

▶ Symptômes qui doivent interpeller:

- Plaintes douloureuses/somatiques (>50% des patients).
- Plaintes récentes de la sphère cognitive.
- Insomnie, incurie, asthénie...

▶ Quelle est votre conduite à tenir ?

▶ **Quelle est votre conduite à tenir ?**

- ▶ Examen clinique complet à la recherche de signes neurologiques, d'un globe urinaire, d'un fécalome....
- ▶ ECG (atcd d'IDM, bilan pré thérapeutique).
- ▶ Biologie à la recherche d'un trouble ionique, syndrome inflammatoire...
- ▶ Prescription d'une imagerie cérébrale à la recherche d'un AVC.
- ▶ Vous réalisez l'échelle de Cornell avec l'aide de l'aide soignante présente qui retrouve une suspicion de syndrome dépressif.
- ▶ Que proposez vous comme traitement en attendant le bilan ? Puis en cas de bilan négatif ?

Non médicamenteux:

- ▶ Formation des soignants à l'agressivité.
- ▶ Lors des agitations nocturnes (éclairage, appareillage si lunettes ou prothèses auditives).
- ▶ Luminothérapie, 1h le matin (rétablir le cycle nyctéméral).
- ▶ Musicothérapie (seul ou en groupe).
- ▶ Psychothérapie de résolution des problèmes.

Médicamenteux:

- ▶ **Mémantine**: peut améliorer les échanges en cas de démence (intro à 5mg puis majorer de 5mg toutes les semaines à 20mg, attention à la fonction rénale).
- ▶ **Mélatonine** (attention à la potentialisation avec Benzo ou NLP atypique).
- ▶ Benzodiazépine à ½ vie courte (seresta 10mg).
- ▶ **Neuroleptique atypique type risperdal 0,25mg: de façon ponctuelle.**

- ▶ Benzodiazépine: confusion, chute, n'est pas une solution au long cours.
- ▶ Neuroleptique atypique (risperdal): Majoration du risque d'AVC, de mortalité, chute (HTO), risque de torsade de pointe (shypoK), allongement du QT, aggravation d'un sd parkinsonien/sd malin des neuroleptiques, déséquilibre du diabète...
- ▶ Possible aggravation des troubles cognitifs ou de la confusion. Majoration du risque de chute (ATCD de chute ? Appui unipodal ?).

Merlin réalisant l'appui unipodal



- ▶ Après avoir bien expliqué les différentes mesures que les paramédicaux pouvaient mettre en place en cas d'agitation ou d'anxiété. Vous décidez de prescrire du seresta 10mg un comprimé si besoin.
- ▶ Le bilan retrouve sur le scanner cérébral une atrophie cortico sous corticale importante et un AVC ancien peu étendu au niveau temporal.
- ▶ **Vous pensez donc introduire un antidépresseur mais lequel?** Vous expliquez à l'infirmière que **M. P. présente plusieurs facteurs prédictifs de mauvaise réponse à un traitement antidépresseur, quels sont en général ?**

- ▶ Agitation vespérale, perte d'appétit -Mirtazapine 15mg.

- ▶ Facteurs prédictifs de mauvaise réponse à un traitement antidépresseur:
 - L'isolement social.
 - L'anxiété ou une insomnie associée importante.
 - La dépression sévère.
 - Les troubles cognitifs.
 - Les anomalies à l'imagerie cérébrale (atteinte vasculaire).

- ▶ **Comment allez-vous organiser votre suivi ?**

- ▶ **Comment allez-vous organiser votre suivi ?**
 - Personne âgée atteinte de trouble neurocognitif sévère: contact 1/semaine conseillé.
 - L'efficacité des antidépresseurs est débattue par certains auteurs, suivi rapproché et si pas d'amélioration il est préférable de stopper le traitement pour réduire la polymédication.

- ▶ 4 semaines plus tard, M. P. est comme à son entrée dans l'établissement. Les soignants ne lui donnent plus de benzodiazépines, les nuits sont calmes et le matin grâce à ses musiques préférées transmises par son fils les toilettes se font avec le sourire.

CAS CLINIQUE N°3:

Jeune médecin généraliste remplaçant vous vous rendez au domicile d'un charmant couple.

M. B 83 ans est suivi pour une fibrillation auriculaire chronique, une cardiopathie ischémique stentée, une HTA et présente une démence vasculaire évoluée. Son traitement habituel comporte Eupantol 20mg le soir, Bisoprolol 10mg le matin, Ramipril 2.5mg le soir, Lasilix 40mg le matin, Xarelto 15mg le matin, Tahor 40mg le soir, Imovane 7.5mg le soir. Un traitement par Venlafaxine a été arrêté il y a plusieurs mois devant l'évolution de la démence.

Le maintien au domicile est possible grâce à la présence de sa femme 79ans, qui est en bonne santé (pas de traitement particulier) et qui gère le ménage, les courses, les repas et aide M. B à la toilette.

Le médecin que vous remplacez a introduit du risperdal 0.25mg il y a un mois car Mme B. se plaignait que son mari déambulait le soir avant d'aller au lit et qu'il fallait parfois batailler pour le coucher. Le traitement étant peu efficace la posologie avait été majorée à 0.5mg. Depuis, le patient a tendance à se réveiller la nuit en criant.

Mme B. vous avoue au cours de la visite qu'elle commence à être fatiguée.

Qu'en pensez-vous ?

- ▶ Aggravation sous Neuroleptique, arrêt de celui.
- ▶ Discuter introduction d'une Benzodiazépine type *peresta* (risque de potentialisation associée d'imovane).
- ▶ L'ajout de mélatonine est possible.
- ▶ Informer l'épouse sur la conduite à tenir lors des crises.
- ▶ www.formation.aidants.fr: 6 modules de formations d'environ 30 min, créés par l'association française des aidants.
- ▶ **Quelle est votre conduite à tenir par rapport à Mme B. ?**

- ▶ Prévalence de la dépression:
 - 23 à 85% chez les proches accompagnant une personne atteinte de démence.
 - 16% à 45% chez ceux s'occupant d'une personne atteinte d'un syndrome anxiodépressif.
- ▶ Réalisation d'un GDS 15 si signes d'appels (interrogatoire++).

- ▶ Effectivement à l'interrogatoire la dépression est confirmée, de stade léger. Mme B. se plaint principalement de ne plus avoir de vie sociale car elle doit «sans cesse s'occuper de son mari», elle aimerait retarder au maximum l'institutionnalisation.
- ▶ **Quel Bilan pour Mme B. proposez vous ?**
- ▶ **Que pouvez vous lui proposer pour reprendre une vie sociale ?**

- ▶ Bilan biologique au minimum (écarter une pathologie métabolique...).
- ▶ Proposition de mettre en place des aides à domicile (passage IDE, auxiliaire de vie, aide ménagère).
- ▶ Possibilité d'accueil de jour pour personnes âgées (Accueil de jour Auxilia à Narbonne ou en EHPAD).
- ▶ La prise en charge par la MAIA (gestionnaire de cas tentant d'envisager le maintien au domicile le plus longtemps possible dans les meilleurs conditions).
- ▶ Intervention de l'équipe spécialisée Alzheimer selon le stade des TNC.

- ▶ Ce qui permettrait de libérer du temps libre pour Mme B (activité physique/sociale, loisirs, psychothérapie...).

- ▶ Quelques mois plus tard vous remplacez de nouveau votre confrère et Mme B vient en consultation au cabinet. Elle vous explique qu'elle a dû placer son mari en EHPAD et qu'elle culpabilise beaucoup, elle pleure très souvent et se sent inutile maintenant.
- ▶ Vous diagnostiquez une dépression sévère **que devez-vous absolument rechercher ?**

- ▶ Evaluation du risque suicidaire:

-Facteurs de risques (Veuvage, sexe masculin, isolement social/institutionnalisation, accumulation d'évènements négatifs, affections médicales chroniques, abus de substances).

-Idées suicidaires ? Scénarios ?

-RUD: Risque: Fc de risque et Fc protecteurs.

Urgence: Verbalisation, scénario précis.

Danger: Accessibilité et létalité du mode opératoire.

- ▶ Vous ne retrouvez pas de risque suicidaire au cours de la consultation et décidez d'introduire un traitement par Venlafaxine LP 37,5mg que vous augmentez à 75mg au bout d'un mois de suivi.
- ▶ **Quels effets secondaires ou signes de mauvaises tolérances allez-vous chercher ?**

- ▶ Examen clinique: HTA, sécheresse, troubles digestifs, sueurs, saignements (moins décrit qu'avec les ISRS).

- ▶ Biologie: contrôle de la natrémie principalement (risque moins décrit qu'avec les ISRS).

- ▶ 2Jours après avoir majoré la posologie, Mme B vous appelle car elle ne se sent pas bien, se plaint d'avoir de la fièvre et des crampes musculaires.

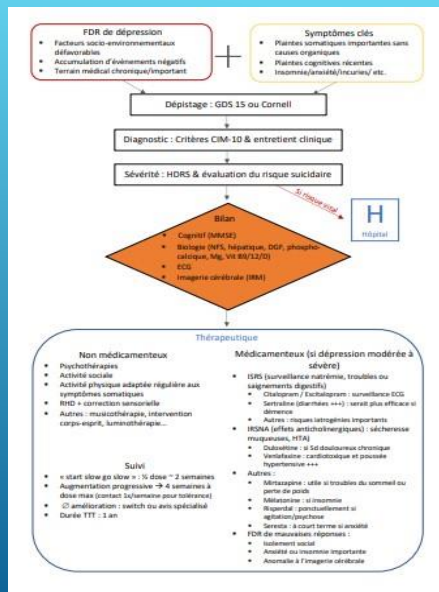
- ▶ **Que faut-il évoquer ?**

- ▶ Syndrome sérotoninergique !
 - Installation rapide (généralement dans les 24h après introduction ou majoration de dose).
 - Manifestations psychiques (agitation, anxiété, confusion... → COMA)
 - Manifestations végétatives (tachycardie, hypo ou hyperthermie, troubles digestifs diarrhées+++...)
 - Manifestations neuromusculaire (myoclonies, akathisie...)
- ▶ Arrêt du traitement en urgence, hospitalisation pour surveillance (syndrome potentiellement mortel).

- ▶ Vous revoyez en consultation Mme B 3 semaines plus tard, vous apprenez qu'elle a été hospitalisée pour surveillance durant 72h, le traitement antidépresseur n'a pas été repris.
- ▶ Elle vous annonce que «Tout va mal, je ne vais jamais m'en sortir Docteur. Mais je crois que ça va aller, j'ai trouvé la solution». En voulant en savoir plus sur «cette solution» elle reste vague mais vous répond que «tout va bien se passer».
- ▶ **A quoi pensez vous ?**

- ▶ Crise suicidaire suspectée.
- ▶ Investiguer les moyens envisagés.
- ▶ Proposition d'hospitalisation, si refus: SPPU (si pas de tiers disponible).





FORMATIONS À LA FACULTÉ DE MONTPELLIER:

- ▶ DU Formation pluridisciplinaire à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentes
- ▶ DIU Géro-psychoiatrie et psychopathologie du vieillissement
- ▶ DU Médecine gériatrique, gérontologie et coordination d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

DISCUSSION.

Ce travail de thèse a été intéressant et stimulant d'un point de vue professionnel car la dépression du sujet âgé est un thème vaste s'intriquant dans la prise en charge globale de cette catégorie de patient. Un lien peut être établi entre l'appréhension d'une fragilité et un mode de vie pouvant favoriser un état dépressif. En effet, un lien social fort ainsi que la pratique d'une activité physique adaptée seraient inhibiteurs d'une telle pathologie et permettraient de prévenir certains critères de fragilité (éviter la diminution de la masse musculaire, lutter contre la sédentarité ou soutenir les relations sociales par exemple).

Il a également permis de réaliser une mise à jour des connaissances et de les répertorier pour permettre une meilleure prise en charge d'une pathologie parfois mal appréhendée, souvent dû au manque de formation dans le cursus de la médecine générale. C'est pourquoi nous avons réfléchi à la possibilité de créer un support de formation aux objectifs précis, afin de proposer une séance didactique qui permettrait aux divers participants d'échanger sur les différentes pratiques et de leur permettre d'exercer dans les meilleures conditions possibles.

Les limites de l'étude :

Parce qu'en premier lieu, nous ne pouvons pas parler d'une revue « systématique » de la littérature comme nous pouvons le voir dans les revues de la Cochrane library. Ensuite, parce que ce genre de travail exhaustif demande une connaissance de la méthodologie ainsi que des équipes plus importantes. Même si nous avons recherché les références de la façon la plus approfondie qu'il soit, nous nous sommes restreints à une exploration sur 10 ans ainsi que des articles rédigés dans la langue Française ou Anglaise qui instaurent un biais de sélection.

Malgré la formation personnelle sur ce mode de recueil, nous pouvons également souligner un manque d'expérience certain de la part du chercheur et du directeur de thèse dans ce domaine de recherche. De plus, les articles ont été évalués en simple aveugle.

Nous avons pu observer également que, malgré une banque de données assez conséquente (plus de 3000 références), beaucoup de documents ont été rejetés car ils incluaient des personnes trop jeunes pour le travail de recherche (personnes âgées de moins de 65ans) et finalement, trop peu d'études concernent uniquement les personnes âgées à proprement parlé.

Les forces de l'étude :

La méthodologie rigoureuse utilisée est un des points forts. Nous nous sommes appuyés sur les lignes directrices PRISMA préconisées pour la réalisation d'une revue de la littérature. De plus, lorsque cela était possible, les différentes ressources furent évaluées par des grilles d'évaluation spécifique prévues à cet effet.

Nous pouvons également souligner le côté original de cette étude. Dans la littérature, nous avons retrouvé peu de thèses s'intéressant à la dépression du sujet âgé, et aucun travail ne proposait la création d'un support de formation destinée aux praticiens. Les données présentes dans ce support ont été validées par une praticienne hospitalière gériatre et pouvaient compléter certaines informations manquantes comme le « RUD » dans la crise suicidaire.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES :

Ce travail a été réalisé avec la volonté de mettre à jour des connaissances sur la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé en soins primaires et pouvoir ainsi optimiser l'accompagnement de cette pathologie dans un groupe de patients généralement fragiles, non épargnés par la crise sanitaire actuelle liée à l'épidémie de COVID 19. De plus, nous avons pu constater que nous devons faire face à un réel problème de santé publique (le trouble dépressif majeur serait la première cause d'incapacité en 2030 selon l'OMS) et c'est une des raisons qui nous a poussés à effectuer cette étude.

Très peu de travaux de thèse concernant la dépression du sujet âgé ont été réalisés et c'est aussi ce qui m'a poussé à me concentrer sur ce sujet. Il serait intéressant par la suite de mettre en place cette formation et de pouvoir l'évaluer auprès des participants ou de l'adapter en formation type « e-learning » pour les personnes préférant se former à distance.

Les auteurs déclarent n'avoir eu recours à aucun financement et écartent tout conflit d'intérêt.

1. Pr BLAIN H, Dr RAMBOURG P. Guide du bon usage des médicaments chez le sujet agé.
2. HAS. Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013 [Internet]. [cité 13 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_677086/fr/prescription-des-psychotropes-chez-le-sujet-age-psycho-sa-programme-pilote-2006-2013
3. Pr Legrain S. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. HAS. 2005;16.
4. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie A-S, Hanon C, Lestrade N, Limosin F, et al. Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé [Diagnosis and management of depression in the elderly]. :30.
5. Merle L. Prise en charge de la dépression caractérisée du sujet âgé par le médecin généraliste : enquête quantitative auprès de 114 médecins généralistes du Sud du département du Rhône. 2016.
6. Nicolas A, Dorey JM, Charles E, Clément J. Sleep and depression in elderly people. *Psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*. 1 sept 2010;8:171-8.
7. Benoit M, Dorey J-M. Typologies de la dépression tardive: anxieuse, avec démotivation. *cah année gerontol*. 10 août 2011;3(3):119.
8. Joulain M, Alaphilippe D, Bailly N, Hervé C. Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 1 juin 2010;10(57):106-10.
9. Gavois PC. RESENTI DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD SOUFFRANT DE DEPRESSION : ETUDE QUALITATIVE.
10. Coutin A-S. Acceptabilité, faisabilité et fiabilité de la geriatric depression scale 15 items chez les patients de plus de 65 ans en médecine générale. 2017.
11. Razy C. Iatrogénie des inhibiteurs sélectifs de la sérotonine chez le sujet âgé : revue de la littérature sur 10 ans. 2018.
12. Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, Alexopoulos GS. Diagnosis and Treatment of Depression and Cognitive Impairment in Late-Life. *Ann N Y Acad Sci*. mai 2015;1345(1):36-46.
13. Volicer L. Behavioral Problems and Dementia. *Clin Geriatr Med*. 2018;34(4):637-51.

14. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* [Internet]. 2 mars 2015 [cité 23 nov 2020];350. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4707529/>
15. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie A-S, Hanon C, Lestrade N, Limosin F, et al. Diagnosis and management of depression in the elderly. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 mars 2020;18(1):88-96.
16. Hughes LD, Murphy F, Findlay DJ. Assessment and treatment of depression associated with dementia. *Br J Hosp Med*. 2 mars 2019;80(3):151-6.
17. Mallery L, MacLeod T, Allen M, McLean-Veysey P, Rodney-Cail N, Bezanson E, et al. Systematic review and meta-analysis of second-generation antidepressants for the treatment of older adults with depression: questionable benefit and considerations for frailty. *BMC Geriatr* [Internet]. 12 nov 2019 [cité 1 déc 2020];19. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852920/>
18. Zs G, Bs M, Dj R, J H-L. Depression Case Finding in Individuals with Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society* [Internet]. mai 2017 [cité 2 déc 2020];65(5). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28152174/>
19. Pitchot W, Scantamburlo G, Anseau M. [Clinical and therapeutical approach of depression in old age]. *Rev Med Liege*. nov 2012;67(11):566-72.
20. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database Syst Rev*. 9 sept 2016;11:CD006727.
21. Masse C, Bennabi D, Giustiniani J, Haffen E, Sechter D, Vandiel P. Predictors of remission to antidepressants in late-life depression: a systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2018;16(2):189-96.
22. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in Later Life: An Overview with Treatment Recommendations. *Psychiatric Clinics of North America*. 1 mars 2012;35(1):203-29.
23. Alamo C, López-Muñoz F, García-García P, García-Ramos S. Risk-benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. *Psychogeriatrics*. déc 2014;14(4):261-8.
24. Apóstolo J, Bobrowicz-Campos E, Rodrigues M, Castro I, Cardoso D. The effectiveness of non-pharmacological interventions in older adults with depressive disorders: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. juin 2016;58:59-70.

25. Mulsant BH, Blumberger DM, Ismail Z, Rabheru K, Rapoport MJ. A systematic approach to the pharmacotherapy of geriatric major depression. *Clin Geriatr Med.* août 2014;30(3):517-34.
26. Glover J, Srinivasan S. Assessment of the Person with Late-life Depression. *Psychiatric Clinics of North America.* 1 déc 2013;36(4):545-60.
27. Rhyner KT, Watts A. Exercise and Depressive Symptoms in Older Adults: A Systematic Meta-Analytic Review. *J Aging Phys Act.* avr 2016;24(2):234-46.
28. Vasudev A, Torres-Platas SG, Kerfoot K, Potes A, Therriault J, Gifuni A, et al. Mind-Body Interventions in Late-Life Mental Illnesses and Cognitive Disorders: A Narrative Review. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2019;27(5):536-47.
29. Glass OM, Hermida AP, Hershenberg R, Schwartz AC. Considerations and Current Trends in the Management of the Geriatric Patient on a Consultation-Liaison Service. *Curr Psychiatry Rep.* 13 2020;22(5):21.
30. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ.* 28 sept 2011;343:d5219.
31. Noone C, McSharry J, Smalle M, Burns A, Dwan K, Devane D, et al. Video calls for reducing social isolation and loneliness in older people: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 22 mai 2020 [cité 14 déc 2020];(5). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013632/full/fr>
32. Forbes D, Forbes SC, Blake CM, Thiessen EJ, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 15 avr 2015 [cité 14 déc 2020];(4). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006489.pub4/full/fr>
33. Steen JT van der, Smaling HJ, Wouden JC van der, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. Music-based therapeutic interventions for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 23 juill 2018 [cité 14 déc 2020];(7). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003477.pub4/full/fr>
34. Dudas R, Malouf R, McCleery J, Dening T. Antidepressants for treating depression in dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 31 août 2018 [cité 14 déc 2020];(8). Disponible sur: <http://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003944.pub2/full/fr>

35. Favre-Bonté J. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours: Diagnostic. [Internet]. Haute Autorité de santé; 2017 oct p. 331. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf
36. Joëlle FB. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours: Prise en charge thérapeutique et suivi. [Internet]. Haute Autorité de santé; 2017 oct p. 380. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_pec.pdf
37. Honnorat C, Levasseur G. Quels besoins enseigner, quel besoin d'enseigner ? *Pédagogie Médicale*. févr 2001;2(1):26-30.
38. Guével M. Attentes des jeunes médecins généralistes sur la Formation Médicale Continue: étude qualitative par entretiens semi-dirigés dans le Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
39. Trinh M. Représentations des médecins généralistes qui se forment sur la formation médicale continue [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2017.
40. Côté L, Leclère H. Pourquoi « se centrer sur le participant » en formation médicale continue ? *Pédagogie Médicale*. oct 2000;1(1):40-4.
41. Georges B. Maximiser les apprentissages : trois leçons tirées de la psychopédagogie. *Pédagogie Médicale*. 2016;4.

Annexe 1 : Echelle PRISMA :

TITRE	
Titre	1 Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse, ou les deux.
RÉSUMÉ	
Résumé structuré	2 Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.
INTRODUCTION	
Contexte	3 Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.
Objectifs	4 Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS [®]).
MÉTHODE	
Protocole et enregistrement	5 Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.
Critères d'éligibilité	6 Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.
Sources d'information	7 Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.
Recherche	8 Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.
Sélection des études	9 Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).
Extraction des données	10 Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires pré-établis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.
Données	11 Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.
Risque de biais inhérent à chacune des études	12 Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.
Quantification des résultats	13 Indiquer les principales métriques de quantification des résultats (par exemple : <i>risk ratio</i> , différence entre les moyennes).
Synthèse des résultats	14 Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I^2) pour chaque méta-analyse.
Risque de biais transversal aux études	15 Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).
Analyses complémentaires	16 Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori.
RÉSULTATS	
Sélection des études	17 Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.
Caractéristiques des études sélectionnées	18 Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.
Risque de biais relatif aux études	19 Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).
Résultats de chaque étude	20 Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les amplitudes d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique en forêt (<i>forest plot</i>).
Synthèse des résultats	21 Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.
Risque de biais transversal aux études	22 Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).
Analyse complémentaire	23 Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).
DISCUSSION	
Synthèse des niveaux de preuve	24 Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).
Limites	25 Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).
Conclusions	26 Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.
FINANCEMENT	
Financement	27 Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.

Annexe 2 : Liste de contrôle R-AMSTAR.

1. Un plan de recherche établi a priori est-il fourni?

La question de recherche et les critères d'inclusion des études doivent être déterminés avant le début de la revue.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance</p> <p>B. Description des critères d'inclusion</p> <p>C. Question de recherche bien ciblée (critères PICO)</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i></p> <p>3 critères→4, 2→3, 1→2, 0→1</p> <p><i>Explication A. :</i></p> <p>Il doit être dit explicitement que le protocole a été publié ou inscrit, par exemple dans PROSPERO, registre de revues systématiques prospectif et multinational accessible en ligne.</p> <p>C. La question renferme les critères PICO, soit Population, Intervention (ou exposition), Comparateur (ou témoins) et Résultats (Outcomes).</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

2. La sélection des études et l'extraction des données ont-ils été confiés à au moins deux personnes?

Au moins deux personnes doivent procéder à l'extraction des données de façon indépendante, et une méthode de consensus doit avoir été mise en place pour le règlement des différends.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Données extraites par au moins deux personnes, de façon indépendante (déclaration explicite ou implicite)</p> <p>B. Énoncé sur le processus de consensus pour le règlement des différends</p> <p>C. Résolution des désaccords entre les personnes ayant extrait les données conformément à la méthode établie (déclaration explicite ou implicite)</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i></p> <p>3 critères→4, 2→3, 1→2, 0→1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

3. La recherche documentaire était-elle exhaustive?

Au moins deux sources électroniques doivent avoir été utilisées. Le rapport doit comprendre l'horizon temporel de la recherche et les bases de données interrogées (Central, EMBASE et MEDLINE, par exemple). Les mots clés et (ou) les termes MeSH doivent être indiqués et, si possible, la stratégie de recherche complète doit être exposée. Toutes les recherches doivent être complétées par la consultation des tables des matières de revues scientifiques récentes, de revues de la littérature, de manuels, de registres spécialisés ou d'experts dans le domaine étudié et par l'examen des références fournies dans les études répertoriées.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Au moins deux sources électroniques ont été utilisées.</p> <p>B. L'horizon temporel et les bases de données interrogées sont indiqués.</p> <p>C. Les mots clés et (ou) les termes MeSH sont indiqués et, si possible, la stratégie de recherche est exposée.</p> <p>D. Toutes les recherches sont complétées par la consultation des tables des matières de revues scientifiques récentes, de revues de la littérature, de manuels ainsi que de registres et par l'examen des références fournies dans les études répertoriées.</p> <p>E. Une recherche manuelle a été effectuée dans les revues.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i></p> <p>4 ou 5 critères→4, 3→3, 2→2, 1 ou 0→1</p> <p><i>Explication E. :</i></p> <p>La recherche manuelle consiste à repérer les revues très pertinentes et à faire une recherche à la main, page par page, de leur contenu afin de relever d'éventuelles études admissibles.</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

4. La nature de la publication (littérature grise, par exemple) était-elle un critère d'inclusion?

Les auteurs doivent indiquer s'ils ont recherché tous les rapports, quel que soit le type de publication, ou s'ils ont exclu des rapports (de leur revue systématique) sur la base du type de publication, de la langue, etc.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les auteurs indiquent qu'ils ont recherché tous les rapports, quel que soit le type de publication.</p> <p>B. Les auteurs indiquent s'ils ont exclu des rapports sur la base du type de publication, de la langue, etc.</p> <p>C. « Les articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ont été traduits » ou les lecteurs maîtrisaient assez bien la langue du rapport.</p> <p>D. Aucune restriction fondée sur la langue ou prise en compte des articles rédigés dans une langue autre que l'anglais</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 3 ou 4 critères→4, 2→3, 1→2, 0→1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

5. Une liste des études (incluses et exclues) est-elle fournie?

Une liste des études incluses et exclues doit être fournie.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les études incluses doivent être réunies dans un tableau, une liste ou une figure; une simple liste de références ne suffit pas.</p> <p>B. Les études exclues doivent être réunies dans un tableau, une liste ou une figure qui sera intégré à l'article ou à un supplément.</p> <p>C. Les raisons de l'exclusion des études sérieusement prises en considération doivent être exposées de manière suffisamment claire.</p> <p>D. Le lecteur peut retracer aisément les études incluses et exclues dans la bibliographie, les références ou le supplément de l'article.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 4 critères→4, 3→3, 2→2, 1→1</p> <p><i>Explication :</i> Les études exclues sont celles qui, après avoir été sérieusement prises en considération sur la foi du titre et (ou) du résumé, ont été rejetées après lecture du corps du texte.</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

6. Les caractéristiques des études incluses sont-elles indiquées?

Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions qu'ils ont reçues et les résultats doivent être regroupées, sous forme de tableau, par exemple. L'étendue des données sur les caractéristiques des sujets de toutes les études analysées (âge, race, sexe, données socio-économiques pertinentes, nature, durée et gravité de la maladie, autres maladies, par exemple) doit y figurer.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions qu'ils ont reçues et les résultats sont regroupées, sous forme de tableau, par exemple.</p> <p>B. Les auteurs précisent l'étendue des données sur les caractéristiques pertinentes des sujets des études analysées.</p> <p>C. L'information fournie semble complète et exacte.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 3 critères→4, 2→3, 1→2, 0→1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

7. La qualité scientifique des études incluses a-t-elle été évaluée et consignée?

Les méthodes d'évaluation déterminées a priori doivent être indiquées (par exemple, pour les études sur l'efficacité pratique, le choix de n'inclure que les essais cliniques randomisés à double insu avec placebo ou de n'inclure que les études où l'affectation des sujets aux groupes d'étude était dissimulée); pour d'autres types d'études, d'autres critères d'évaluation seront à prendre en considération.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les méthodes a priori sont indiquées.</p> <p>B. La qualité scientifique des études incluses semble valable.</p> <p>C. Le niveau de preuve est exposé, dûment reconnu ou pris en considération.</p> <p>D. La qualité des preuves est évaluée ou classée en fonction d'outils d'évaluation de la preuve.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 4 critères→4, 3→3, 2→2, 1 ou 0→1</p> <p><i>Explications D. :</i> Un outil d'évaluation de la preuve est un instrument qui sert à établir le niveau de preuve. Ex. : l'outil GRADE (<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>).</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

8. La qualité scientifique des études incluses dans la revue a-t-elle été utilisée adéquatement dans la formulation des conclusions?

Les résultats de l'évaluation de la rigueur méthodologique et de la qualité scientifique des études incluses doivent être pris en considération dans l'analyse et les conclusions de la revue, et formulés explicitement dans les recommandations.

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les auteurs ont tenu compte de la qualité scientifique dans l'analyse et les conclusions de la revue.</p> <p>B. La qualité scientifique est formulée explicitement dans les recommandations.</p> <p>C. Les conclusions sont orientées vers la production de guides de pratique.</p> <p>D. L'énoncé de consensus clinique laisse entrevoir la révision ou la confirmation des recommandations de pratique.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 4 critères→4, 3→3, 2→2, 1 ou 0→1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

9. Les méthodes utilisées pour combiner les résultats des études sont-elles appropriées?

Si l'on veut regrouper les résultats des études, il faut effectuer un test d'homogénéité afin de s'assurer qu'elles sont combinables (chi carré ou I^2 , par exemple). S'il y a hétérogénéité, il faut utiliser un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifier si la nature des données cliniques justifie la combinaison (la combinaison est-elle raisonnable?).

<p><i>Critères</i></p> <p>A. Les auteurs exposent les critères à partir desquels ils ont déterminé que les études analysées étaient assez semblables pour être combinées.</p> <p>B. Dans le cas des résultats regroupés, les auteurs ont fait un test d'homogénéité pour s'assurer que les études étaient combinables.</p> <p>C. Les auteurs ont pris acte du caractère hétérogène (ou non) des études.</p> <p>D. S'il y a hétérogénéité, les auteurs ont utilisé un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifié si la nature des données justifiait la combinaison.</p> <p>E. S'il y a homogénéité, les auteurs exposent la justification ou le test statistique.</p> <p><i>Conditions d'attribution du score</i> 4 ou 5 critères→4, 3→3, 2→2, 1 ou 0→1</p>	<p>Score :</p> <p>Commentaire :</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------

10. La probabilité d'un biais de publication a-t-elle été évaluée?

Une évaluation du biais de publication doit comprendre une association d'outils graphiques (diagramme de dispersion des études ou autre test) et (ou) des tests statistiques (test de régression d' Egger, par exemple).

Critères

- A. Prise en compte du biais de publication ou de l'effet tiroir
- B. Outils graphiques (diagramme de dispersion des études, par exemple)
- C. Tests statistiques (test de régression d' Egger, par exemple)

Conditions d'attribution du score

3 critères → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1

Score :

Commentaire :

11. Les conflits d'intérêts ont-ils été déclarés?

Les sources possibles de soutien doivent être déclarées, tant pour la revue systématique que pour les études qui y sont incluses.

Critères

- A. Présentation des sources de soutien
- B. Absence de conflit d'intérêts – On est ici dans la subjectivité; peut-être faudra-t-il y aller par déduction ou fouiller quelque peu.
- C. Prise en compte ou énoncé des sources de soutien ou des conflits d'intérêts dans les **principales** études incluses

Conditions d'attribution du score

3 critères → 4, 2 → 3, 1 → 2, 0 → 1

Score :

Commentaire :

Score de qualité maximal : 44

Score de qualité :

Annexe 3 : Grille d'évaluation CASP.

Questions d'élimination

<p>1. Les objectifs de l'étude ont-ils été clairement énoncés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Quel(s) étai(en)t le ou les objectif(s) de l'étude ?</i> • <i>Est-il explicitement énoncé ?</i> • <i>Comment sa pertinence est-elle justifiée ?</i> 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>2. Le choix d'une méthode qualitative était-il approprié ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>L'étude a-t-elle cherché à explorer ou interpréter des conduites et/ou expériences subjectives des participants ?</i> • <i>L'étude qualitative est-elle la bonne méthode pour répondre aux objectifs énoncés ?</i> 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>

Cela vaut-il la peine de continuer ?

Questions détaillées

<p>3. Le schéma d'étude est-il approprié pour atteindre les objectifs ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les enquêteurs ont-ils expliqué et justifié la méthode choisie ? (phénoménologie, théorie ancrée, ethnologie, etc.)</i> 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>4. La stratégie de sélection des participants est-elle adaptée aux objectifs de l'étude ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les enquêteurs ont-ils expliqué comment les participants ont été sélectionnés ?</i> • <i>En quoi les participants sélectionnés étaient les plus appropriés pour accéder au type d'information recherché par l'étude ?</i> • <i>Y'a-t-il eu d'autres informations concernant le recrutement ? (par exemple, pourquoi certaines personnes n'ont pas souhaité participer)</i> 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>

<p>5. La manière dont les données ont été recueillies correspond-elle à la question de l'étude et à la méthode choisie ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le milieu de recueil des données a été justifié. • Si la technique de recueil des données est clairement spécifiée et justifiée (par exemple entretiens, groupes de discussion, observation participante, etc.) • Si le processus de recueil des données a été concrètement détaillé (guides pour les entretiens, structure des groupes de discussion, processus d'observation...) • Si la stratégie de recueil des données a été modifiée en cours d'étude et si oui, si les enquêteurs expliquent comment et pourquoi. • Si le format d'enregistrement des 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>données est précisé (audio/vidéo, notes, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur a atteint la saturation des données. 	
<p>6. La relation entre l'enquêteur et l'objectif de l'étude a-t-elle été considérée ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de : <ul style="list-style-type: none"> *la formulation des questions étudiées *le recueil des données, y compris le recrutement de l'échantillon et le choix du lieu • Si l'enquêteur a présenté et justifié les changements conceptuels (reformulation des questions et objectifs de l'étude) et méthodologiques (critères d'inclusion, stratégie d'échantillonnage, de recueil des données, etc.) 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>

<p>7. Les problèmes éthiques ont-ils été pris en compte ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur a détaillé les aspects en rapport avec : <ul style="list-style-type: none"> * le consentement éclairé * la confidentialité des données * la gestion de la vulnérabilité émotionnelle (effet de l'étude sur les participants, pendant et après celle-ci, comme la conséquence de la prise de conscience de sa propre expérience) • S'il a sollicité l'approbation d'un comité d'éthique. 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>8. L'analyse des données a-t-elle été suffisamment rigoureuse ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'il existe une description détaillée du type d'analyse (de contenu, de discours, etc.) • Si une analyse thématique a été utilisée, comment les catégories/ 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>
<p>thèmes ont émané à partir des données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'enquêteur explique par quel processus les résultats présentés ont été sélectionnés à partir des données recueillies. • A quel point les données contradictoires ont été prises en compte dans l'analyse. (cas négatifs ou cas extrêmes) • Si l'enquêteur a discuté son propre rôle, potentiel biais et son influence lors de l'analyse et de la sélection des données à présenter. 	
<p>9. Les résultats sont-ils clairement présentés ?</p> <p>Considérez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si les résultats correspondent à la question de l'étude. • Si les résultats sont présentés de façon détaillée et compréhensible. • Si les résultats de l'étude sont comparés avec les résultats d'études précédentes. • Si l'enquêteur a justifié la stratégie utilisée pour assurer la crédibilité des résultats (par exemple, triangulation, validation par les participants, etc.) • Si les limites de l'étude ont été discutées. 	<p>OUI JE NE SAIS PAS NON</p>

<p>10. Les résultats sont-ils applicables dans votre milieu ?</p> <p><i>Considérez :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Si l'enquêteur explique la contribution des résultats aux connaissances actuelles et à la pratique clinique.</i> • <i>Si des perspectives de recherches futures ont été identifiées.</i> • <i>Si l'enquêteur discute la possibilité de transférer les conclusions à d'autres populations.</i> 	<p>OUI</p>	<p>JE NE SAIS PAS</p>	<p>NON</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	------------------------------	-------------------

Annexe 4 : Grille d'évaluation STROBE.

	Item N°	Recommandation
Titre et résumé	1	(a) Indiquer dans le titre ou dans le résumé le type d'étude réalisée en termes couramment utilisés (b) Fournir dans le résumé une information synthétique et objective sur ce qui a été fait et ce qui a été trouvé
Introduction		
Contexte/justification	2	Expliquer le contexte scientifique et la légitimité de l'étude en question
Objectifs	3	Citer les objectifs spécifiques, y compris toutes les hypothèses a priori
Méthodes		
Conception de l'étude	4	Présenter les éléments clés de la conception de l'étude en tout début de document
Contexte	5	Décrire le contexte, les lieux et les dates pertinentes, y compris les périodes de recrutement, d'exposition, de suivi et de recueil de données
Population	6	(a) <i>Étude de cohorte</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes de sélection des sujets. Décrire les méthodes de suivi <i>Étude cas-témoin</i> – Indiquer les critères d'éligibilité, et les sources et méthodes pour identifier les cas et sélectionner les témoins. Justifier le choix des cas et des témoins <i>Étude transversale</i> – Indiquer les critères d'éligibilité et les sources et méthodes de sélection des participants (b) <i>Étude de cohorte</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de sujets exposés et non exposés <i>Étude cas-témoin</i> – Pour les études appariées, indiquer les critères d'appariement et le nombre de témoins par cas
Variables	7	Définir clairement tous les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusion potentiels, et les facteurs d'influence. Indiquer les critères diagnostiques, le cas échéant
Sources de données/mesures	8*	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation (mesures). Décrire la comparabilité des méthodes d'évaluation s'il y a plus d'un groupe
Biais	9	Décrire toutes les mesures prises pour éviter les sources potentielles de biais
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi
Analyses statistiques	12	(a) Décrire toutes les analyses statistiques, y compris celles utilisées pour contrôler les facteurs de confusion (b) Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous-groupes et les interactions (c) Expliquer comment les données manquantes ont été traitées (d) <i>Étude de cohorte</i> – Le cas échéant, expliquer comment les perdus de vue ont été traités <i>Étude cas-témoin</i> – Le cas échéant, expliquer comment l'appariement des cas et des témoins a été réalisé <i>Étude transversale</i> – Le cas échéant, décrire les méthodes d'analyse qui tiennent compte de la stratégie d'échantillonnage (e) Décrire toutes les analyses de sensibilité
Résultats		
Population	13*	(a) Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude – par exemple : potentiellement éligibles, examinés pour l'éligibilité, confirmés éligibles, inclus dans l'étude, complètement suivis, et analysés (b) Indiquer les raisons de non-participation à chaque étape (c) Envisager l'utilisation d'un diagramme de flux
Données descriptives	14*	(a) Indiquer les caractéristiques de la population étudiée (par exemple : démographiques, cliniques, sociales) et les informations sur les expositions et les facteurs de confusion potentiels (b) Indiquer le nombre de sujets inclus avec des données manquantes pour chaque variable d'intérêt (c) <i>Étude de cohorte</i> – Résumer la période de suivi (par exemple : nombre moyen et total)

Données obtenues	15*	Étude de cohorte – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés au cours du temps Étude cas-témoin – Rapporter le nombre de sujets pour chaque catégorie d'exposition, ou les indicateurs du niveau d'exposition mesurés Étude transversale – Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés
Principaux résultats	16	(a) Indiquer les estimations non ajustées et, le cas échéant, les estimations après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision (par exemple : intervalle de confiance de 95 %). Expliciter quels facteurs de confusion ont été pris en compte et pourquoi ils ont été inclus (b) Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées (c) Selon les situations, traduire les estimations de risque relatif en risque absolu sur une période de temps (cliniquement) interprétable
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées—par exemple : analyses de sous-groupes, recherche d'interactions, et analyses de sensibilité
Discussion		
Résultats clés	18	Résumer les principaux résultats en se référant aux objectifs de l'étude
Limitations	19	Discuter les limites de l'étude, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens et de l'importance de tout biais potentiel
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses, des résultats d'études similaires, et de tout autre élément pertinent
« Généralisabilité »	21	Discuter la « généralisabilité » (validité externe) des résultats de l'étude
Autre information		
Financement	22	Indiquer la source de financement et le rôle des financeurs pour l'étude rapportée, le cas échéant, pour l'étude originale sur laquelle s'appuie l'article présenté

*Indiquer l'information séparément pour les cas et les témoins dans les études cas-témoins et, le cas échéant, pour les groupes exposés et non-exposés dans les études de cohorte et les études transversales.

Remarque : Un article d'élaboration et d'explication traite chaque item de la liste de contrôle et indique le cadre méthodologique de référence accompagné d'exemples publiés dont la rédaction est claire. La liste de contrôle STROBE s'utilise mieux à l'aide de cet article (disponible gratuitement sur les sites Web de PLoS Medicine - <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine - <http://www.annals.org/>, et Epidemiology - <http://www.epidem.com/>).

Annexe 5 : GDS 15 items, disponible en ligne sur http://www.mobiquial.org/depression/SOURCES/ETBS-OUTILS-EVALUATION/02.GDS_15_ITEMS.pdf

GDS 15 items

Nom du patient :	Prénom du patient :		
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date du test :	
Nom et status de l'accompagnant :			

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Comptez 1 si la réponse est : NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13 OUI aux autres questions	OUI	NON
	1 Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	<input type="checkbox"/>
2 Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4 Vous ennuyez-vous souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7 Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
10 Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
11 Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13 Avez-vous beaucoup d'énergie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
15 Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Calculez le score : /15

Résultats :

- Le score normal est inférieur à 5.
- À partir de 5 il y a un risque de dépression.
- Un total supérieur à 12 est en faveur d'une dépression sévère.

Nom du patient : _____ Nom de l'aidant consulté : _____

*Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :
a = impossible à évaluer - 0 = absent - 1 = modéré ou intermittent - 2 = sévère.*

A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR

1. Anxiété, expression anxieuse, ruminations, soucis	a	0	1	2
2. Tristesse, expression triste, voix triste, larmoiement	a	0	1	2
3. Absence de réaction aux événements agréables	a	0	1	2
4. Irritabilité, facilement contrarié, humeur changeante	a	0	1	2

B. TROUBLES DU COMPORTEMENT

5. Agitation, ne peut rester en place, se tortille, s'arrache les cheveux	a	0	1	2
6. Ralentissement, lenteur des mouvements, du débit verbal, des réactions	a	0	1	2
7. Nombreuses plaintes somatiques (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)	a	0	1	2
8. Perte d'intérêt, moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si le changement est survenu brusquement, il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

C. SYMPTÔMES SOMATIQUES

9. Perte d'appétit, mange moins que d'habitude	a	0	1	2
10. Perte de poids, (coter 2 si elle est supérieure à 2,5 kg en 1 mois)	a	0	1	2
11. Manque d'énergie, se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si le changement est survenu brusquement, c'est-à-dire il y a moins d'un mois)	a	0	1	2

D. FONCTIONS CYCLIQUES

12. Variations de l'humeur dans la journée, symptômes plus marqués le matin	a	0	1	2
13. Difficultés d'endormissement, plus tard que d'habitude	a	0	1	2
14. Réveils nocturnes fréquents	a	0	1	2
15. Réveil matinal précoce, plus tôt que d'habitude	a	0	1	2

E. TROUBLES IDÉATOIRES

16. Suicide, pense que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, souhaite mourir	a	0	1	2
17. Auto-dépréciation, s'adresse des reproches à lui-même, peu d'estime de soi, sentiment d'échec	a	0	1	2
18. Pessimisme, anticipation du pire	a	0	1	2
19. Idées délirantes congruentes à l'humeur, idées délirantes de pauvreté, de maladie ou de perte	a	0	1	2

TOTAL : | _ | _ | sur 38 Nombre de a :

Annexe 7 : Hamilton depression rating scale. Disponible sur le site <https://www.mgfrance.org/images/utilitaires-medicaux/test-hamilton.htm>

Echelle de dépression de Hamilton

- L'échelle de dépression de Hamilton est un test d'évaluation de l'intensité des symptômes dépressifs, utilisable pour toutes les personnes; y compris les personnes âgées (même si certaines questions concernent les activités professionnelles)
- Cette évaluation permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi
- Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :
 - de 10 à 13: les symptômes dépressifs sont légers
 - de 14 à 17: les symptômes dépressifs sont légers à modérés
 - au dessus de 18: les symptômes dépressifs sont modérés à sévères
- Cet examen donne lieu à une cotation CCAM : Code = ALQP003 - Tarif = 69,12 € applicable 1 fois par an

Remplissez le questionnaire ci-dessous.

Le sigle **V** au dessus des numéros de questions permet de faire monter la page sans avoir à utiliser les barres de défilement

Arrivé en fin de questionnaire vous trouverez l'analyse des réponses (note globale, interprétation) ainsi que le rappel des réponses apportées aux 17 questions.

Vous pourrez : sélectionner le texte du rapport final pour le copier puis le coller dans votre dossier (bouton Sélectionner)
- imprimer un compte-rendu intégrant le nom du patient, votre cachet et signature (bouton Imprimer)

Le Test

V

1. Humeur dépressive:

La personne est-elle dans un état de tristesse, d'impuissance, d'auto dépréciation ?

- Non
- Oui. Etats affectifs signalés uniquement si on l'interroge (ex. pessimisme, sentiment d'être sans espoir)
- Oui. Etats signalés spontanément et de manière verbale ou sonore (ex. par des sanglots occasionnels).
- Oui. Etats communiqués de manière non verbale (ex. expression faciale, attitude, voix, tendance à sangloter).
- Oui. La personne ne communique pratiquement que ces états affectifs verbalement et non verbalement.

V

2. Sentiments de culpabilité de la personne

- N'a pas de sentiments de culpabilité
- S'adresse des reproches, et a l'impression d'avoir porté préjudice à des gens
- Idées de culpabilité et rumination sur des erreurs passées ou des actions condamnables
- La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- Entend des voix qui l'accusent ou la dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

V

3. Suicide

- N'a pas d'idée suicidaire
- A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- Idées ou geste de suicide
- Tentatives de suicide (coter toute tentative de suicide sérieuse)

V

4. Insomnie de début de nuit

- Pas de difficulté à s'endormir
- Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir
- Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

V

5. Insomnie en milieu de nuit

- Pas de difficulté
- Se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit
- Se réveille pendant la nuit (coter toutes les fois ou le patient se lève la nuit sauf si c'est pour aller aux toilettes)

V

6. Insomnie du matin

- Pas de difficulté
- Se réveille de très bonne heure mais se rendort
- Incapable de se rendormir s'il se lève

V

7. Travail et activités

- Pas de difficulté
- Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, soit décrite directement par le malade soit indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations. (a l'impression de devoir se forcer)
- Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité
- Arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

V

8. Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration et de l'activité motrice)

- Pensée et langage normaux
- Léger ralentissement à l'entretien
- Ralentissement manifeste lors de l'entretien
- Entretien difficile
- Entretien impossible (état de stupeur)

V

9. Agitation

- Aucune
- Crispations, secousses musculaires
- Joue avec ses mains, ses cheveux...
- Bouge, ne peut rester assis tranquille
- Se tord les mains, se ronger les ongles, s'arrache les cheveux, se mord les lèvres

V

10 Anxiété psychique

- Aucune
- Symptômes légers - Tension subjective et irritabilité
- Symptômes modérés - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs
- Symptômes sévères - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage
- Symptômes très invalidants - Peurs exprimées sans que l'on pose de questions

V

11. Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation ...)

- Aucun de ces symptômes
- Symptômes légers
- Symptômes modérés
- Symptômes sévères
- Symptômes très invalidants frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

V

12. Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- Aucun symptôme
- Manque d'appétit, mais mange sans y être poussé
- A des difficultés à manger en l'absence d'incitations.
Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux

V

13. Symptômes somatiques généraux

- Aucun
- Lourdeur dans les membres, le dos et la tête.
Maux de dos, de tête, douleurs musculaires, perte d'énergie, fatigabilité.
- Un des symptômes apparaît clairement

V

14. Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- Absents
- Légers
- Sévères

V

15. Hypochondrie

- Absente
- Attention concentrée sur son propre corps
- Préoccupations sur sa santé
- Convaincu d'être malade. Plaintes fréquentes et demandes d'aide...
- Idées délirantes hypochondriaques

V

16. Perte de poids

A: D'après les renseignements apportés par le malade

- Pas de perte de poids
- Perte de poids probable
- Perte de poids certaine

B: Si le poids est mesuré quotidiennement par le personnel soignant

- Perte inférieure à 500g par semaine
- Perte supérieure à 500g par semaine
- Perte supérieure à 1 kg par semaine

V

17. Prise de conscience

- Reconnaît être déprimée et malade
- Reconnaît être malade
mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, au besoin de repos...
- Nie être malade

V accès au résultat

Résultat

Nom du patient : (sera intégré dans le compte-rendu imprimé)

Sélectionner le texte du compte-rendu

Imprimer le compte-rendu

Effacer les réponses

v2.2 par B Delafre pour IAG France - ©2013

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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 n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) 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.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) 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 couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME :

Introduction : Le patient âgé (plus de 65ans selon l’OMS) est souvent polypathologique et donc plus concerné par la polymédication, ce qui le rend plus à risque d’effets indésirables liés à ses prescriptions médicamenteuses. En France, plus d’un tiers des personnes âgées consomment de façon chronique des molécules psychotropes. Les molécules psychotropes sont l’ensemble des molécules agissant sur le psychisme (anxiolytiques, hypnotiques, neuroleptiques et antidépresseurs pour l’essentiel). Contrairement aux autres molécules psychotropes, « la prescription des antidépresseurs chez le sujet âgé réellement dépressif est souvent insuffisante en terme de mise sous traitement, de dose ou de durée ». Pourtant, la dépression dans cette population serait loin d’être rare, elle aurait même une prévalence de 13% en population générale, pouvant atteindre 50% chez les patients institutionnalisés. L’objectif de ce travail est la réalisation d’une revue internationale de la littérature pour essayer de répertorier les différents moyens de prévention, de diagnostic et de prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression du sujet âgé applicable à la médecine générale. La finalité étant de s’appuyer sur des bases solides pour la création d’une formation à destination des médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.

Méthode : Revue de la littérature internationale.

Résultats : Les différentes banques de données interrogées nous ont permis de sélectionner 30 documents sur une base de 3354 références.

Conclusion : Les 30 documents sélectionnés nous ont permis de réaliser un PowerPoint pouvant servir de support de formation comprenant 3cas cliniques et pouvoir ainsi optimiser l’accompagnement de cette pathologie dans un groupe de patients généralement fragiles.

Mots clés : Sujet âgé, dépression, formation, antidépresseur, psychotrope.