



**HAL**  
open science

**Évaluation par vignette clinique informatisée des pratiques professionnelles des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans leur prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chez une aidante familiale de malade d'Alzheimer**

Jennifer Giorno Dit Journo

► **To cite this version:**

Jennifer Giorno Dit Journo. Évaluation par vignette clinique informatisée des pratiques professionnelles des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans leur prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chez une aidante familiale de malade d'Alzheimer. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03858449

**HAL Id: dumas-03858449**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03858449>**

Submitted on 17 Nov 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.

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNÉE 2022



**THESE D'EXERCICE DE MEDECINE**

Pour l'obtention du diplôme d'État de Docteur en Médecine

**Évaluation par vignette clinique informatisée des pratiques professionnelles des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans leur prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chez une aidante familiale de malade d'Alzheimer**

Présentée et soutenue le 31 octobre 2022,

À la Faculté de Médecine de Nice

Par Jennifer GIORNO DIT JOURNO

Née le 21/09/1992 à Bourg-La-Reine (92)

**MEMBRES DU JURY**

Président :

Monsieur le Professeur Olivier GUÉRIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Abdelouhab BOUFERROUK

Monsieur le Docteur Alain GANASSI

Directrice de thèse :

Madame la Docteure Cécile CAISSO



## Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

### Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

### Vice-doyens

Pédagogie  
Recherche  
Etudiants

Pr. ALUNNI Véronique  
Pr. DELLAMONICA jean  
M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick  
M. BENCHIMOL Daniel

**Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	GILSON Eric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie (44.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

**Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice**

**PROFESSEURS PREMIERE CLASSE**

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	GUERIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

## Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CARLES Michel	Maladies infectieuses - maladies tropicales (45.03)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUEVARA Nicolas	Oto-Rhino-laryngologie ( 55.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ILIÉ Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
Mme	LEROY Sylvie	Pneumologie-Addictologie (51.01)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence ( 48-04)
M.	COURJON Johan	Maladie infectieuses - maladies tropicales (45.03)
Mme	DADONE-MONTAUDIÉ Bérangère	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	JOZWIAK Mathieu	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie ( 45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MARTIS Nihal	Méd interne-gériatrie et biolog du vieillissement (53.01)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale ( 52-02)
M.	MONTAUDIÉ Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie ( 49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



## Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

### MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

### PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

### PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

### PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

### MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Mme RAQUIN-POUILLON Maud Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GIBELIN Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BÉRARD Etienne	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LACOUR Jean-Philippe
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAMBERT Jean-Claude
Mme BUSSIERE Françoise	M. LAZDUNSKI Michel
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CANIVET Bertrand	M. LE FICHOUX Yves
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	M. MOUROUX Jérôme
M. DE PERETTI Fernand	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. PRINGUEY Dominique
M. DELMONT Jean	M. SANTINI Joseph
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	



## Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

### M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques  
M. BASTERIS Bernard  
M. BENOLIEL José  
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie  
Mme DONZEAU Michèle  
M. EMILIOZZI Roméo  
M. FOSSE Thierry  
M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel  
M. GIUDICELLI Jean  
M. MAGNÉ Jacques  
Mme MEMRAN Nadine  
M. MENGUAL Raymond  
M. PHILIP Patrick  
M. POIRÉE Jean-Claude  
Mme ROURE Marie-Claire  
M. TESTA Jean



## Liste des enseignants au 1er septembre 2021 à la Faculté de Médecine de Nice

### PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

# Remerciements

## **Aux membres du jury,**

À Monsieur le Professeur GUÉRIN, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury et d'avoir accepté de juger mon travail, je vous prie de recevoir l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur BOUFERROUK, mon tout premier maître de stage d'internat. Tu m'as mis le pied à l'étrier avec patience, bienveillance et humour, il y a déjà 5 ans de cela ! J'admire la passion et la dévotion que tu places dans ton exercice. Tu as marqué ma vie professionnelle, un grand merci à toi, mon premier chaperon !

À Monsieur le Docteur GANASSI, tu m'as guidée lors de mon SASPAS, Ô combien important puisqu'il représentait mon premier grand saut vers l'autonomie au cabinet. Tes conseils avisés, ton immense savoir, et ta bienveillance à mon égard m'ont permis d'affirmer mon identité de jeune médecin. Ta carrière est grandement inspirante et force le respect. Merci d'avoir croisé ma route Alain, je suis heureuse de te compter parmi les membres de mon jury aujourd'hui.

À Madame la Docteure CAISSO, ma chère directrice, je te remercie d'avoir accompagné mon travail durant ces longs mois. J'ai eu la chance d'être également ton interne, tu m'as transmis ta rigueur, ton entrain et ta détermination (et quelques franches rigolades au MPU). C'est grâce à toi que ce travail a pu voir le jour ! Je t'en suis pour toujours reconnaissante.

## **À ma famille et à mes amis,**

À mes parents, vous qui, depuis petite, me tenez par la main, m'accompagnez dans tous les moments de ma vie, jusqu'à ce jour de soutenance de thèse. Vous m'avez guidée au terme de mes études avec un soutien sans faille et un amour inconditionnel. Aucun mot n'est assez fort pour vous dire tout l'amour que je vous porte. Vous êtes ma bénédiction.

À ma sœur Jessica, mon double, ma meilleure amie, ma "flamme jumelle". Ton humour, ta tendresse et ta présence illuminent ma vie. J'espère te rendre un jour tout ce que tu m'as donné. Je t'aime Tita.

À mon frère Steve, plus grand frère que petit frère, mon roc et soutien inconditionnel. Ta psychologie, ta bienveillance et ton intelligence me rendent admirative. Merci d'être mon frère, présent à chaque instant de ma vie. Tu pourras toujours compter sur mon amour.

À ma grand-mère, Mamie Denise, ton récent combat contre la maladie m'a donné la force de mener les miens. Tu es une mamie aimante, je te souhaite encore de belles années à venir.

À ma très belle sœur Léa, À mon très beau frère Samuel, votre arrivée dans la famille me comble de joie. À l'image de Steve et Jessica, vous ponctuez ma vie de rires et de moments de partages. Vous êtes deux belles âmes. Je vous aime fort.

À mes ami(e)s, Mel, Feryel, Estelle, Laura, Charles, Mehdi, Sarah, Fred, Matilda, je suis tellement heureuse de vous avoir dans ma vie ! Chaque moment passé avec vous me donne le sourire, me fait évoluer positivement. Aux confrères de cette liste, merci d'avoir partagé mes joies et mes craquages lors de l'élaboration de cette thèse. J'espère vous compter toujours auprès de moi.

À mes collègues du CMA, Domi, Béa, Ludmi, Marie-Em, Cécile, Anissa, Flore, je vous adore ! Je suis contente de travailler avec vous, dans cette belle confraternité qui est la nôtre. Longue vie à nos centres.

À mes grands-parents disparus, Mamie Bébelles, Papi Ernest, Papi Gaston, vous êtes dans mon cœur à chaque instant. Je sais que, de là-haut, vous veillez à rendre ma vie la plus douce possible. Je ressens votre force et votre amour tous les jours. Je vous aime et j'espère que vous me regarderez devenir Docteur aujourd'hui !

**Aux équipes médicales et paramédicales**, avec qui j'ai eu la chance de travailler durant mon internat, de Cannes à Lenval, à mes maîtres de stages ambulatoires : Merci. L'enrichissement personnel et professionnel que vous m'avez apporté m'ont rendu meilleure. Je suis heureuse de vous avoir connus.

# Liste des abréviations

**AD** Antidépresseur

**ANSM** Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**BDI-II** *Beck Depression Inventory*

**BZD** Benzodiazépine

**CIM-10** Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies

**DSM-5** Cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

**EDC** Episode Dépressif Caractérisé

**GDS-15** *Geriatric Depression Scale*

**HADS** *Hospital and Anxiety Depression Scale*

**HAS** Haute Autorité de Santé

**HDRS** *Hamilton Depression Rating Scale*

**HTA** Hypertension Artérielle

**IRSN** Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

**ISRS** Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

**MAC** Médecines Alternatives et Complémentaires

**MADRS** *Montgomery Asberg Depression Rating Scale*

**MG** Médecins Généralistes

**MMSE** *Mini-Mental State Examination*

**NS** Non Significatif

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**PHQ-** *Patient Health Questionnaire-*

**PSNC** Pratiques de Soins Non Conventionnelles

**TNM** Thérapeutiques Non Médicamenteuses

# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>15</b>
1. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE .....	15
2. OBJECTIFS .....	16
<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>17</b>
1. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTS.....	17
2. AUTORISATIONS REGLEMENTAIRES .....	17
3. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE.....	17
3.1. Première partie : les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes .....	18
3.2. Deuxième partie : le cas clinique progressif.....	18
4. ANALYSE STATISTIQUE .....	19
4.1. Recueil et analyse des données.....	19
4.2. Analyse de l'objectif principal : évaluer le nombre de prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes chez une aidante familiale souffrant d'un épisode dépressif caractérisé .....	19
4.3. Analyse des objectifs secondaires.....	19
<b>RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS GENERALISTES.....	22
2. ANALYSE DE L'OBJECTIF PRINCIPAL : EVALUER LE NOMBRE DE PRESCRIPTIONS DE PSYCHOTROPES PAR LES MEDECINS GENERALISTES CHEZ UNE AIDANTE FAMILIALE SOUFFRANT D'UN EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE	23
3. ANALYSE DES OBJECTIFS SECONDAIRES.....	25
3.1. Utilisation des outils diagnostiques : examen clinique, biologie, tests diagnostiques.....	25
3.2. Établissement du diagnostic attendu .....	25
3.3. Modalités de prescription des psychotropes.....	26
3.4. Place des thérapeutiques non médicamenteuses .....	27
3.5. Connaissance des critères d'hospitalisation face à un épisode dépressif caractérisé.....	28
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>29</b>
1. REPRESENTATIVITE DE NOTRE ECHANTILLON .....	29
2. CHOIX DU SUJET ET DE LA METHODE.....	30
3. PRESCRIPTION DE PSYCHOTROPES.....	30
4. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE, MODALITES DE PRESCRIPTIONS ET SUIVI .....	31
5. THERAPEUTIQUES NON MEDICAMENTEUSES .....	33
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENCES</b> .....	<b>36</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	<b>41</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>42</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>43</b>

# Introduction

## 1. Éléments de contexte

La dépression est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. En 2017, d'après l'OMS, plus de 300 millions de personnes dans le monde souffrent de dépression (1) avec une prévalence en France chez les personnes âgées de plus de 75 ans de 11,3% (2). D'ici 2070, le nombre d'habitants de 75 ans ou plus devrait croître de 5,7 millions en France, soit autant de malades à prendre en charge (3).

Il est une frange de la population particulièrement exposée à ce trouble : les aidants familiaux. Une loi de 2015 les définit ainsi : « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. » Art. L. 113-1-3 du Code de l'action sociale et des familles (4).

En France, on compte 3,9 millions de proches aidants une personne de 60 ans ou plus vivant à domicile en raison de son âge ou d'un problème de santé (5).

L'enquête "CARE" de 2015, étude phare sur la santé des aidants en France, rapporte que près de la moitié d'entre eux exprime au moins une conséquence négative de l'aide sur leur propre santé (5). L'aide affecte la santé physique de l'aidant (arthrose, rhumatismes, HTA, maladies coronariennes (6), entre autres), et augmente même la mortalité des aidants de malades d'Alzheimer (7). Cependant les conséquences psychiques semblent occuper le premier plan (8). La Fondation Médéric Alzheimer a relevé les motifs de consultations des aidants au cours d'une consultation médicale leur étant dédiée dans des centres mémoire en 2006. L'angoisse, l'anxiété, la dépression et l'épuisement moral étaient décrits par 90% de ces aidants de patients Alzheimer (9).

Une méta analyse américaine s'intéressant aux épouses aidant leur mari malade d'Alzheimer montre qu'elles sont plus sujettes à la dépression et au stress que les non aidantes (7).



Dans ce contexte de surmorbidity psychiatrique, on note une consommation accrue de médicaments psychotropes chez les aidants. L'étude PIXEL nous apprend ainsi que 36% des conjoints de patients Alzheimer consomment des somnifères, 34% prennent des tranquillisants et 5% prennent des antidépresseurs (10) (11).

Les psychotropes, s'ils sont efficaces pour traiter les symptômes de dépression et d'anxiété, ne sont pas dénués de risques de dépendance et d'effets secondaires délétères, en particulier chez nos patients les plus âgés.

Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté lors de symptômes liés à la santé mentale (12), considéré d'ailleurs par 43% des aidants comme leur premier soutien (13). D'après un rapport de l'ANSM de 2017, il est à l'initiative de 82% des prescriptions de benzodiazépines (14).

## 2. Objectifs

Le but de ce travail est d'évaluer, par vignette clinique informatisée, les pratiques professionnelles des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans leur prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chez une aidante familiale de malade d'Alzheimer. Plus particulièrement, nous avons choisi comme critère principal de cette étude d'évaluer le nombre de prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes chez une aidante familiale souffrant d'un épisode dépressif caractérisé.

Dans un second temps, nous étudierons les objectifs secondaires suivants :

- Étudier l'adéquation des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des recommandations concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé.
- Évaluer la place donnée aux thérapeutiques non médicamenteuses par les médecins généralistes au cours d'un épisode dépressif caractérisé.
- Étudier la connaissance de critères d'hospitalisation face à un épisode dépressif caractérisé.

Dans le même temps, nous analyserons un éventuel lien entre les différentes caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes et les objectifs étudiés.

# Matériel et Méthode

Nous avons conduit une étude descriptive observationnelle quantitative du 3 mai au 12 juin 2022 dans les Alpes Maritimes comprenant 2897 médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins du département au 1er janvier 2022.

## 1. Recrutement des participants

Notre questionnaire, créé via le logiciel Limesurvey, se basait sur l'envoi d'invitations nominatives afin de pouvoir relancer les participants au besoin. Les médecins ont été sélectionnés via la liste publique des mails des maîtres de stage universitaires de la Faculté de Médecine de Nice et grâce au réseau social Facebook en nous inscrivant sur différents groupes de médecins exerçant dans les Alpes Maritimes afin de récupérer les mails de volontaires. Compte tenu du mode de recueil et de la proportion de répondants habituellement observée sur ce type d'étude, un objectif de participants correspondant à 10 % de la population cible nous a paru approprié.

## 2. Autorisations réglementaires

Nous avons contacté la Déléguée à la Protection des Données de l'Université Côte d'Azur qui nous a guidé dans l'élaboration de trois documents réglementaires : le formulaire d'enregistrement au registre des traitements de données à caractère personnel, la notice d'information aux participants dans le cadre de la collecte de données personnelles, et le formulaire de consentement des participants à la recherche. Les deux derniers documents ont été envoyés par mail à chaque participant, conjointement au questionnaire.

## 3. Élaboration du questionnaire

Le questionnaire comportait au maximum 26 questions, dont six conditionnelles. Il utilisait la méthode de la vignette clinique informatisée.

Il a été testé par deux médecins généralistes qui n'ont pas participé au questionnaire final. Leurs retours ont permis d'estimer le temps de remplissage entre deux et cinq minutes.

### 3.1. Première partie : les caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes

La première partie du questionnaire s'intéressait aux caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes : le sexe, l'âge, le lieu d'exercice, le mode d'exercice, les stages en tant qu'étudiant, les supports d'informations médicales et la prise en charge d'aidants familiaux en souffrance psychologique sur les trois derniers mois.

### 3.2. Deuxième partie : le cas clinique progressif

La deuxième partie du questionnaire se composait d'un cas clinique progressif en trois sous-parties ou vignettes.

Dans la vignette 1, nous proposons au médecin de prendre en charge une femme de 76 ans qui présentait un EDC léger et qui était l'aidante principale de son mari de 80 ans atteint d'une maladie d'Alzheimer compliquée de troubles cognitifs.

Dans la vignette 2, l'état psychologique de la patiente se dégradait sous la forme d'un EDC modéré avec détresse anxieuse.

La vignette 3 interrogeait les médecins sur les critères d'hospitalisation d'un EDC.

- ***Le choix du couple aidant/aidé***

Nous avons choisi une femme de 76 ans aidante de son époux atteint d'une maladie d'Alzheimer compliquée de troubles cognitifs.

La littérature montre que ce sont les femmes aidantes d'un malade dément qui rapportent le plus de symptômes anxieux et dépressifs (15) (16) avec des effets négatifs sur leur santé mentale (17).

- ***Le choix de la sévérité de l'épisode dépressif caractérisé***

Nous avons utilisé les critères de la CIM-10 et du DSM-5 (cf annexes 2 et 3) pour créer les vignettes d'EDC, que nous avons voulu volontairement léger dans la première vignette, puis modéré dans la seconde. En effet, c'est dans ces deux configurations fréquentes en médecine de ville que la prise en charge pouvait être la plus hétérogène.

## 4. Analyse statistique

### 4.1. Recueil et analyse des données

Les données ont été exploitées à l'aide du logiciel de statistiques R 4.2.0.

Le test du  $\chi^2$  au risque  $\alpha = 5\%$  a principalement été utilisé pour les comparaisons de variables, le recueil comprenant exclusivement des variables qualitatives. Cependant lorsque le critère de Cochran ne s'appliquait pas le test exact de Fisher au risque  $\alpha = 5\%$  a été employé. Lorsqu'un test significatif était relevé sur une variable ordinale à plus de deux facteurs, un test de corrélation de Pearson au risque  $\alpha = 5\%$  était réalisé pour préciser statistiquement l'évolution de ladite variable.

### 4.2. Analyse de l'objectif principal : évaluer le nombre de prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes chez une aidante familiale souffrant d'un épisode dépressif caractérisé

Face à un EDC léger, la HAS (18) recommande d'opter pour des thérapeutiques non médicamenteuses, qui était la réponse attendue à la question B5. Lors d'une détresse anxieuse chez un sujet âgé de plus de 75 ans, la HAS (18) et l'Assurance Maladie (19) indiquent qu'il est possible d'opter pour une BZD à courte demie-vie ( $< 20h$ ) telles que Alprazolam, Clotiazépam, Lorazépam, Zolpidem, Oxazépam et Lormétazépam, qui étaient les réponses possibles aux questions C3 et C4. Enfin, la prise en charge d'un EDC modéré peut, selon la HAS, passer par la prescription d'un AD parmi ceux recommandés en première intention soient un ISRS (Citalopram, Escitalopram, Fluoxétine, Paroxétine, Sertraline), un IRSN (Venlafaxine, Duloxétine), la Miansérine, la Mirtazapine ; ces derniers pouvaient être choisis aux questions C5 et C6.

### 4.3. Analyse des objectifs secondaires

#### *4.3.1. Étudier l'adéquation des pratiques des médecins généralistes vis-à-vis des recommandations concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé*

L'analyse de ce premier objectif secondaire se base sur les recommandations de la HAS concernant la prise en charge d'un EDC en soins de premier recours (18).

- ***Réalisation de l'examen clinique, de la biologie et des tests diagnostiques***

En fonction de la clinique, un examen clinique et un bilan sanguin sont recommandés pour rechercher l'existence d'une maladie associée à l'EDC. De plus, un MMSE est recommandé pour explorer les capacités cognitives du sujet âgé. Les éléments attendus à la question B1 étaient donc l'écoute active, la réalisation du MMSE, et selon appréciation du MG la réalisation d'une biologie et/ou d'un examen physique.

- ***Évaluation de la sévérité de l'EDC à l'aide des tests diagnostiques***

La sévérité d'un EDC se qualifie selon les critères de la CIM-10 et du DSM-5. Les outils d'évaluation standardisés sont des aides au diagnostic soumises au jugement du MG. En regard de ces recommandations, les réponses attendues aux questions B2 et B3 étaient la réalisation de la CIM-10 et du DSM-5, et selon appréciation, le MG pouvait réaliser un ou plusieurs autre(s) test(s) parmi : HDRS, PHQ-2, PHQ-5, BDI-II et GDS-15.

- ***Modalités de prescription et surveillance des psychotropes***

Pour un EDC léger ou modéré, un traitement concomitant par BZD (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement AD pour une durée de deux semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidante. En vignette 2 la patiente présentait un EDC modéré avec détresse anxieuse selon les critères du DSM-5, il était donc possible de choisir une prise en charge médicamenteuse à la question C2, puis d'opter pour une BZD à courte demie-vie aux questions C3 et C4 sous réserve d'avoir choisi un AD aux questions C5 et C6 puisqu'il fallait associer la BZD à l'AD pour au moins deux semaines en question C7.

La surveillance est assurée par des consultations régulières, surtout en début de traitement AD, soit à la première semaine, puis à la deuxième semaine de traitement, comme attendu à la question C8. Enfin, dans le cas d'un sujet âgé dépressif, il est souhaitable que la durée totale du traitement AD soit d'au moins un an après la rémission ; réponse correcte à la question C9.

#### *4.3.2. Évaluer la place donnée aux thérapeutiques non médicamenteuses par les médecins généralistes au cours d'un épisode dépressif caractérisé*

Dans ce paragraphe, nous distinguerons quatre catégories de TNM : la psychothérapie, les règles hygiéno-diététiques, les pratiques de soins non conventionnelles et les solutions de répit.

Dans le cadre d'un EDC léger à modéré, une psychothérapie de soutien est à réaliser en première intention selon la recommandation de la HAS. Par ailleurs, le MG peut, selon les préférences du patient ou ses compétences, orienter le patient vers un psychiatre, un psychologue clinicien ou un psychothérapeute. En regard de ces recommandations, les réponses attendues étaient le choix de thérapeutiques non médicamenteuses aux questions B5 et C10, puis en C11 le choix d'un suivi rapproché en consultation avec une psychothérapie de soutien, et possiblement un adressage au psychiatre ou au psychologue.

Les règles hygiéno-diététiques sont à promouvoir auprès du patient ; un EDC léger à modéré peut être traité en première intention par un programme d'activité physique adaptée mixte, associant endurance et renforcement musculaire comme précisé par une recommandation HAS (20). Par ailleurs, l'efficacité des interventions diététiques dans le traitement des EDC est scientifiquement admise de nos jours (21). Ainsi, les réponses attendues à la question C11 étaient la prescription d'activité physique adaptée et les mesures diététiques.

La sophrologie, l'hypnose et l'acupuncture sont des pratiques de soins non conventionnelles, non encadrées et ne faisant pas l'objet de recommandation (22).

Enfin, les solutions de répit ont un impact positif sur la santé de l'aidant (6). Elles ne sont pas formellement recommandées par les autorités mais ont fait la preuve de leur efficacité. On sait par exemple que le relai à domicile par un travailleur social permet une réduction du stress et du sentiment d'isolement de l'aidant (23). Pour ces raisons, on pouvait proposer des solutions de répit aux questions C12 et C13.

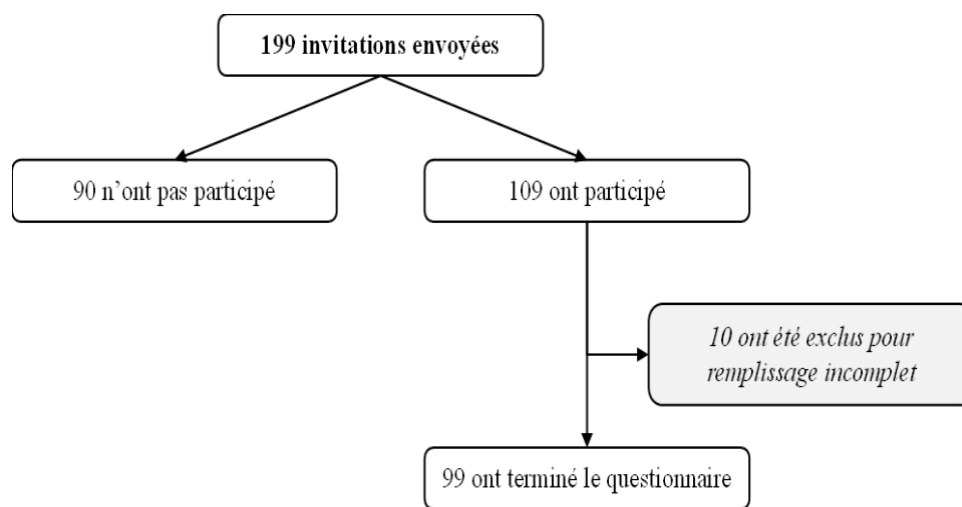
#### *4.3.3. Étudier la connaissance de critères d'hospitalisation face à un épisode dépressif caractérisé*

Les critères d'hospitalisation face à un EDC sont détaillés dans la recommandation HAS précédemment citée. En nous basant sur celle-ci, on peut retenir les réponses attendues à la question C14, qui étaient celles associées à un risque suicidaire élevé, soient les propositions suivantes : la patiente est décidée ; sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu dans les jours qui viennent, la patiente a un risque immédiat d'automutilation, la patiente a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé, la patiente présente une forte agitation anxieuse avec un manque de contrôle émotionnel ou une impulsivité.

# Résultats

## 1. Caractéristiques socio-démographiques des médecins généralistes

**199 invitations ont été envoyées** afin de participer au questionnaire : sur les 109 questionnaires remplis, **99 étaient exploitables**, comme le montre le *flowchart* ci-dessous.



L'échantillon était composé de 64% (n=63) de femmes et de 36% (n=36) d'hommes. Les participants de moins de 40 ans représentaient 61% (n=60) de l'échantillon global, les 40-55 ans étaient au nombre de 21% (n=21) et les plus de 55 ans représentaient 18% (n=18) de l'effectif.

Les participants exerçaient majoritairement en zone urbaine à 73% (n=72), et en groupe pour 77% (n=76) d'entre eux.

75% (n = 74) des répondants avaient pris en charge un aidant en souffrance psychologique au cours des trois derniers mois.

La figure 1 résume les caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon.

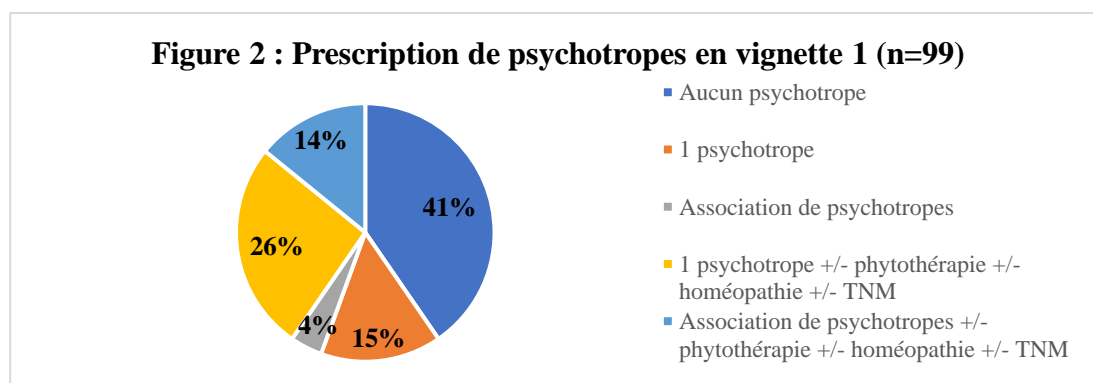
**Figure 1 : Caractéristiques socio-démographiques des 99 MG**

Caractéristiques	Nombre de MG (n)	Pourcentage (%)	p
<b>Sexe</b>			
Homme	36	36%	NS
Femme	63	64%	NS
<b>Age</b>			
< 40 ans	60	61%	NS
40-55 ans	21	21%	NS
> 55 ans	18	18%	NS
<b>Lieu d'exercice</b>			
Rural	4	4%	NS
Semi-rural	23	23%	NS
Urbain	72	73%	NS
<b>Mode d'exercice</b>			
En groupe	76	77%	NS
Seul	23	23%	NS
<b>Stage en psychiatrie</b>			
Oui	50	51%	NS
Non	49	49%	NS
<b>Prise en charge aidant en souffrance psychologique &lt; 3 mois</b>			
Oui	74	75%	NS
Non	25	25%	NS

NS : Non Significatif

## 2. Analyse de l'objectif principal : évaluer le nombre de prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes chez une aidante familiale souffrant d'un épisode dépressif caractérisé

Sur les 99 MG : 41% (n=40) n'ont pas prescrit de psychotrope comme recommandé par la HAS (18) et 59% (n=59) ont prescrit au moins un psychotrope, le plus prescrit étant l'AD. Le détail des prescriptions apparaît en figure 2.





Parmi les 89 MG qui ont opté pour une prise en charge médicamenteuse en vignette 2 :

- **58% (n=52) ont prescrit une BZD**, la plus représentée étant l'**OXAZEPAM (SERESTA®)** à 69% (n=36), ce qui est adapté puisque qu'il est recommandé de prescrire une BZD à courte demi-vie (< 20h) chez les patients de plus de 75 ans (19). À noter que seuls 3% (n=3) ont prescrit une BZD seule.

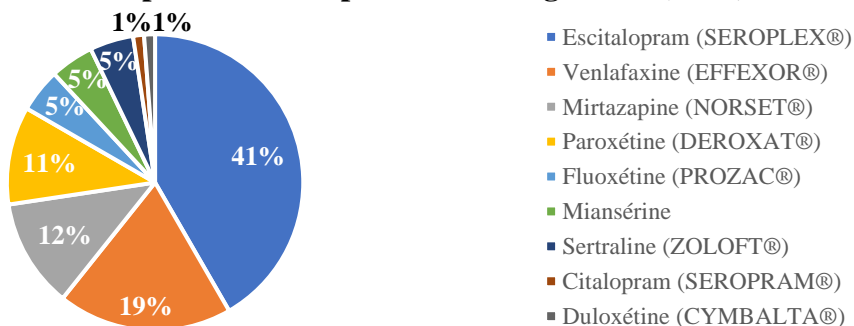
**Figure 3 : Prescription de Benzodiazépines en vignette 2 (n=52)**



- **94% (n=84) ont prescrit un AD**, le plus prescrit étant l'**ESCITALOPRAM (SEROPLEX®)** pour 42% (n=35) des MG. Étant un ISRS, il est à prescrire en première intention selon la recommandation HAS (18).

L'AD a été prescrit seul pour 35% (n=35) d'entre eux.

**Figure 4 : Prescription d'Antidépresseurs en vignette 2 (n=84)**



AD non prescrits : Clomipramine, IMAO

- **49% (n=49) des MG ont prescrit l'association "BZD + AD"**, ce qui était possible en regard de la détresse anxieuse, selon la recommandation HAS (18).

### 3. Analyse des objectifs secondaires

#### 3.1. Utilisation des outils diagnostiques : examen clinique, biologie, tests diagnostiques

**96% des MG (n=95) ont réalisé un examen clinique, 89% (n=88) ont prescrit une biologie, 19% (n=19) ont fait un MMSE, 64% (n=63) ont utilisé un ou plusieurs test(s) diagnostique(s) : parmi eux : 73% (n=46) ont réalisé le HDRS, et seuls 11% (n=7) ont utilisé le DSM-5 ou la CIM-10 comme recommandés par la HAS (18).**

*Figure 5 : Utilisation des outils diagnostiques en vignette 1 par les MG ayant diagnostiqué un EDC léger et/ou n'ayant pas prescrit de psychotrope*

Outils diagnostiques en vignette 1	Échantillon total % (n=99)	Diagnostic EDC léger % (n=23)	Les non prescripteurs de psychotrope % (n=40)	Diagnostic EDC léger + pas de psychotrope prescrit % (n=11)
Examen physique	96%	91%	95%	91%
Biologie	89%	91%	85%	91%
MMSE	19%	22%	18%	9%
Tests diagnostiques	64%	70%	65%	64%

Concernant l'utilisation des tests diagnostiques, on note une tendance chez les MG ayant diagnostiqué un EDC léger en vignette 1 à faire davantage de test(s) diagnostique(s) : 70% contre 64% dans l'échantillon global. Ces mêmes MG ont également tendance à davantage utiliser le MMSE : 22% contre 19% dans l'échantillon global.

Nous avons relevé une absence de corrélation entre l'utilisation de tests diagnostiques et la prescription de psychotropes.

Enfin, les MG les plus âgés semblent moins utiliser les tests diagnostiques : 39% des MG de plus de 55 ans ont réalisé un ou plusieurs test(s) contre 64% des MG de l'échantillon global.

#### 3.2. Établissement du diagnostic attendu

**23% (n=23) des médecins ont posé le diagnostic d'EDC léger en vignette 1, qui était le diagnostic attendu selon les critères de la CIM-10 et du DSM-5.**

La sévérité de l'EDC a été majoritairement surestimée, notamment chez les prescripteurs de psychotropes : 66% (n=39) d'entre eux ont diagnostiqué un EDC modéré ou sévère contre 55% dans l'échantillon global.

Le profil des MG ayant posé le diagnostic attendu en vignette 1, qu'ils aient eu ou non la thérapeutique attendue, est superposable à celui de l'échantillon global (soit pour majorité des femmes de moins de 40 ans).

*Figure 6 : Caractéristiques socio-démographiques, diagnostics et prescriptions de psychotrope par les MG en vignette 1*

	Diagnostic autre que EDC léger (n=76)	Diagnostic EDC léger + psychotrope prescrit (n=12)	Diagnostic EDC léger + pas de psychotrope prescrit (n=11)	p
<b>Sexe</b>				0,6
Femme	61%	75%	73%	
Homme	39%	25%	27%	
<b>Age</b>				0,9
< 40 ans	58%	67%	73%	
40-55 ans	24%	17%	9%	
> 55 ans	18%	17%	18%	

Dans la vignette 2, 48% (n=48) des MG ont posé le diagnostic d'EDC modéré avec détresse anxieuse, qui était le diagnostic attendu selon les critères de la CIM-10 et du DSM-5.

### 3.3. Modalités de prescription des psychotropes

#### *3.3.1. Modalités de prescription des BZD : durée de prescription et association à l'AD*

Parmi les 52 MG prescripteurs de BZD, 67% (n=33) ont prescrit la BZD conjointement à l'AD pour une durée de 2 semaines comme recommandé par la HAS (18).

Pour le reste des répondants : 27% (n=13) ont prescrit la BZD en si besoin, 6% (n=3) ont prescrit la BZD conjointement à l'AD pour 12 semaines, et 3% (n=3) ont prescrit une BZD seule.

#### *3.3.2. Durée de prescription de l'AD*

Parmi les 84 MG prescripteurs d'AD, la quasi-totalité d'entre eux l'ont prescrit pour une durée de 6 mois à un an après la rémission. Or, dans le cas d'une dépression chez un sujet âgé, la HAS préconise une durée de traitement AD d'au moins un an après la rémission (18).

#### *3.3.3. Rythme de surveillance clinique*

Parmi les 84 MG prescripteurs d'AD, seuls 30% (n=25) reconvoquaient la patiente à une semaine puis à deux semaines du traitement AD comme recommandé par la HAS (18), alors que 62% (n=52) la reconvoquaient à deux semaines.

### 3.4. Place des thérapeutiques non médicamenteuses

#### *3.4.1. Les thérapeutiques non médicamenteuses en vignette 1*

**Dans la vignette 1, 79% (n=78) des MG ont prescrit des TNM.** Parmi eux, 35% (n=27) ont prescrit les TNM seules, comme recommandé par la HAS dans le cadre d'un EDC léger (18). Cependant, ils étaient 49% (n=38) à avoir co-prescrit un ou plusieurs psychotropes et TNM, et 17% (n=13) les ont associés à de la phytothérapie ou à de l'homéopathie.

Les MG ayant posé le diagnostic attendu d'EDC léger en vignette 1 étaient plus enclins à prescrire des TNM *sans* les associer à un psychotrope : 48% contre 40% dans l'échantillon global.

On a relevé une utilisation moins fréquente des TNM chez les MG les plus âgés : 56% des MG de plus de 55 ans en ont recommandé à la patiente contre 84% des MG âgés de moins de 55 ans (p=0,021).

Les femmes semblaient davantage utiliser des TNM que les hommes, respectivement 83% contre 72%.

#### *3.4.2. Les thérapeutiques non médicamenteuses en vignette 2*

*En vignette 2, nous distinguerons les TNM reconnues (la psychothérapie de soutien, le psychologue, la prescription d'activité physique adaptée, le psychiatre et les mesures diététiques) des pratiques de soins non conventionnelles ou PSNC (sophrologie, hypnose, acupuncture).*

- ***TNM dans le cadre d'un EDC***

**Presque tous les MG (n=92) ont prescrit une ou plusieurs TNM dans la vignette 2** dont :

- 55% (n=51) ont prescrit une ou plusieurs TNM reconnues seules, au-devant desquelles la psychothérapie de soutien à 73% (n=67), l'adressage au psychologue à 72% (n=66), la prescription d'activité physique adaptée à 45% (n=41). On notait un adressage au psychiatre pour 29% (n=27) des MG et des mesures diététiques pour 25% (n=23) d'entre eux.
- 42% (n=39) ont prescrit une ou plusieurs TNM reconnues en association à une ou plusieurs PSNC, la plus proposée était la sophrologie. Les PSNC semblent donc venir en appui des TNM reconnues pour près de la moitié des MG, ce qui traduit une pratique non isolée.

- *TNM spécifiques du proche aidant : les solutions de répit*

Sur notre échantillon total de répondants, **92% (n=91) des MG proposaient une ou plusieurs solution(s) de répit à l'aidante.**

Les trois solutions de répit les plus plébiscitées ont été :

1. Accueil de jour du mari dans un établissement dédié : 88% (n=80)
2. Mise en place d'aides à domicile : 85% (n=77)
3. Hébergement temporaire du mari : 52% (n=47)

### 3.5. Connaissance des critères d'hospitalisation face à un épisode dépressif caractérisé

Toujours sur la base des recommandations HAS (18), nous avons choisi de soumettre aux MG sept propositions et nous leur demandions dans quels cas ils étaient incités à hospitaliser la patiente. **La grande majorité des participants a su repérer les situations à risque suicidaire élevé nécessitant une hospitalisation.** Ainsi, le fait que la patiente soit décidée a été la proposition la plus choisie avec 97% (n=96) des participants. De même, le risque immédiat d'automutilation, l'agitation anxieuse et le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ont été largement désignés comme critères d'hospitalisation par les MG. La patiente qui envisage le suicide avec une intention claire, représentant un risque suicidaire modéré, a été tout de même choisie par 90% (n=89) des MG.

# Discussion

L'objectif de cette étude observationnelle prospective menée sur six semaines était de fournir des données sur la connaissance des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans le diagnostic et la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chez une aidante familiale de malade d'Alzheimer. L'objectif principal était d'évaluer le nombre de prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes chez une aidante familiale souffrant d'un épisode dépressif caractérisé.

Sur les 199 MG sollicités, nous avons obtenu 99 réponses exploitables.

## 1. Représentativité de notre échantillon

Au 1er janvier 2022, dans la région des Alpes Maritimes, 2897 médecins généralistes étaient inscrits à l'Ordre des Médecins dont 41,6% de femmes et un âge moyen de 59,7 ans.

Notre échantillon se composait de 64% de femmes, et 61% des participants avaient moins de 40 ans. Ce profil de MG répondants diffère de la population des MG des Alpes Maritimes. On retrouvait une majorité de femmes dans notre échantillon ; la féminisation de la profession est en marche, comme documentée dans l'Atlas de la démographie médicale 2021 : les femmes MG représentent 65% des moins de 39 ans et 51,5% des MG en activité régulière. De plus, 58% des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins sont des femmes (24). En ce qui concerne l'âge des participants, on notait une minorité de MG de plus de 55 ans (18%) pouvant s'expliquer par une moins bonne maîtrise des outils informatiques et une plus faible activité sur les réseaux sociaux, là où nous avons recruté nos MG. Ce biais de sélection était difficilement contournable étant donnée l'impossibilité d'obtenir les mails des MG cibles via l'Ordre et l'URPS ; il explique la relative jeunesse de notre échantillon.

Enfin, l'exercice en zone urbaine rejoint la concentration de 95,3% en zone urbaine de la population des Alpes Maritimes (25).

## 2. Choix du sujet et de la méthode

Le thème de la santé psychique des aidants est un thème d'actualité et auquel les MG sont confrontés. Dans notre étude, 75% des MG ont déclaré avoir pris en charge un aidant en souffrance psychologique au cours des trois derniers mois. Par ailleurs, la santé des aidants est un enjeu de santé publique dont s'est emparé le gouvernement dans son plan « Agir pour les aidants : stratégie de mobilisation et de soutien 2020-2022 », notamment dans sa mesure n°14 voulant l'instauration d'un « réflexe proche aidant » chez les professionnels de santé, comprenant un renforcement de la formation médicale et des propositions d'outils destinés aux médecins pour mieux veiller à la santé des aidants (26).

Pour explorer ce sujet, nous avons utilisé la méthode de la vignette clinique, validée pour mesurer la qualité des pratiques médicales (27). Elle permet de soumettre au médecin un cas clinique simulé et d'approcher au plus près de sa pratique en lui proposant un patient qu'il aurait pu recevoir au cabinet. Elle est finalement peu employée dans les thèses de médecine générale, d'autant plus dans le domaine de la psychiatrie, où nous avons relevé principalement des thèses de nature qualitative, quand la nôtre était quantitative. Certains participants nous ont même notifié leur intérêt à posteriori quant au côté "ludique" que permet la vignette clinique, ce qui a été une source de motivation certaine et a confirmé l'intérêt pour notre projet. Enfin, nous avons tenté d'être les plus exhaustifs possible en explorant un maximum de champs de la prise en charge : du diagnostic, aux thérapeutiques, au suivi.

## 3. Prescription de psychotropes

Dans la vignette 1 présentant un EDC léger, la thérapeutique attendue était la non-prescription de psychotrope. Ce choix a été retenu par 40% des MG.

Cependant, 60% des MG ont prescrit au moins un psychotrope dont près d'un tiers ont prescrit une association de psychotropes ; on relève une sur médication.

L'aspect quantitatif pur de notre étude n'a pas permis d'explorer les raisons des prescriptions des MG. Il aurait été intéressant de mener une étude qualitative complémentaire, qui aurait pu prendre la forme de réponses libres.

Dans la vignette 2 présentant un EDC modéré avec détresse anxieuse, la prescription de psychotropes était possible mais non obligatoire. Ainsi, la quasi-totalité des MG (94%) ont prescrit un AD, un peu plus de la moitié (58%) une BZD, et 49% ont choisi l'association "BZD + AD", en choisissant des molécules recommandées lorsqu'ils le faisaient.

Nos résultats rejoignent ceux d'une thèse de 2018 étudiant la prise en charge d'un EDC modéré avec détresse anxieuse, également présentée sous forme de vignette clinique. Sur les 129 MG interrogés, 77,8% prescrivait un AD et 51,3% prescrivait une BZD (28).

Une vaste étude française de 2011, également sous forme de vignette clinique, a étudié la prise en charge de la dépression en médecine de ville : ainsi pour une dépression non sévère (équivalente à un EDC léger ou modéré) : 25% ont prescrit un AD seul, 23% ont prescrit un anxiolytique ou un hypnotique seul, et 49% ont prescrit un AD associé à un anxiolytique ou un hypnotique (29).

Les prescriptions des MG sont davantage conformes aux recommandations en cas de dépression sévère qu'en cas de dépression non sévère (29), tendance également relevée dans notre étude. Ce contexte de surprescription de psychotropes s'inscrit dans la tendance en France. Déjà connue comme grande consommatrice de psychotropes parmi les européens (deuxième derrière l'Espagne pour la consommation de BZD (30)), notre pays a encore vu augmenter sa consommation de psychotropes depuis l'épidémie de Covid-19 d'après les rapports du groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE (31).

## **4. Démarche diagnostique, modalités de prescriptions et suivi**

La majorité des MG ont suivi les recommandations liées à la démarche diagnostique (examen physique, biologie et test(s) diagnostique(s) largement réalisés), mais ils ont délaissé les tests recommandés que sont la CIM-10 et le DSM-5 au profit du test HDRS, plébiscité par 73% des MG ayant réalisé un test. Dans la thèse de Laurie Frigant, les tests étaient peu utilisés alors que connus des MG, le test HDRS étant lui aussi le plus employé (28). On rappelle que le test HDRS ou échelle de Hamilton a été conçu pour être utilisé dans l'évaluation de l'EDC, de sa sévérité et de son évolution chez un patient *déjà* diagnostiqué dépressif (18). L'échelle de Hamilton offre la possibilité d'une cotation spécifique "ALQP003" au tarif de 69,12€ utilisable une fois par an. D'autres échelles permettent cette cotation, mais ni la CIM-10 ni le DSM-5 n'y



figurent (32). On peut penser que le fait de rattacher ces deux échelles à une cotation spécifique telle que l'ALQP003 pourrait encourager les MG à les utiliser davantage.

De la même manière, le MMSE a été délaissé par nos MG ; comme la CIM-10 et le DSM-5, il n'ouvre pas de cotation spécifique.

Nos résultats montrent que les MG participants ne se sont que moyennement appropriés les recommandations HAS concernant la durée de prescription et le suivi des AD chez un sujet âgé (18). Ces recommandations, intitulées "Recommandation de bonne pratique - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours" et datant de 2017, sont pourtant destinées aux MG puisqu'elles s'inscrivent dans les soins de premiers recours. On peut penser que la formation des MG permettrait une meilleure connaissance de celles-ci.

Le Développement Professionnel Continu, bien qu'obligatoire (33) (Article 11 du Code de Déontologie médicale), n'est pas, sur le terrain, soumis à un contrôle de la part des autorités sanitaires (34). Dans ce contexte, le gouvernement a proposé la création d'un nouveau dispositif obligatoire défini par l'Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 : la certification périodique des médecins. Au 1er janvier 2023, les médecins devront, au cours d'une période de six ans, réaliser un "programme minimal d'actions visant à actualiser leurs connaissances et compétences, renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles, améliorer la relation avec leurs patients, et mieux prendre en compte leur santé personnelle" (35). Le Conseil National de la Certification Périodique sera l'organe de contrôle, mais sa composition et ses modalités de fonctionnement ne sont, à ce jour, pas encore connues (36).

La question se pose d'intégrer les pratiques de prescription des psychotropes dans les formations relevant de la certification périodique.

Un autre axe d'amélioration possible est la diffusion des recommandations à l'échelle nationale grâce aux logiciels d'aide à la décision médicale. Depuis octobre 2021, le site internet Psychiaclic© est en ligne. Il s'agit d'un outil d'aide au diagnostic et à la prise en charge des motifs psychiatriques en médecine générale. Fruit d'une collaboration entre le département de médecine générale, le pôle de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Lille et le groupement hospitalier de territoire de psychiatrie du Nord et du Pas-de-Calais, le site comptabilisait déjà 8500 visites trois mois après son lancement (37). Il faudrait rendre ce type de sites-outils davantage visibles.

## 5. Thérapeutiques non médicamenteuses

Dans la vignette 1, 79% (n=78) des MG ont prescrit des TNM. Parmi eux, un tiers ont prescrit les TNM seules, comme recommandé par la HAS dans le cadre d'un EDC léger. Les deux tiers ont associé les TNM soit à des psychotropes, soit à de la phytothérapie ou à de l'homéopathie. Cette tendance à "prescrire" à l'issue d'une consultation rejoint une étude du Professeur David Darmon de 2015 qui a montré que 80,7% des consultations de médecine générale comportent au moins une prescription médicamenteuse (38), ce chiffre rejoignant une autre étude française qui l'estimait à 78% (39). L'étude du Professeur Darmon a également montré que la prescription était plus fréquente (entre autres) chez les femmes et les plus de 60 ans. Sur le thème de la prescription d'antibiotiques par exemple, l'étude PAIR 1 a mis en évidence onze situations à risque de prescription inappropriée, parmi lesquelles la demande du patient d'avoir des antibiotiques (40). Dans notre cas, il aurait été intéressant d'étudier si la demande du patient influence la prescription de psychotropes du médecin.

Dans la vignette 2, 55% (n=51) des MG ont prescrit une ou plusieurs TNM reconnue(s) seule(s), au-devant desquelles la psychothérapie de soutien pour près des trois quarts d'entre eux. À la différence des autres psychothérapies, la psychothérapie non structurée de soutien en soins primaires n'est pas clairement définie dans ses modalités. Une thèse qualitative de 2018 a interrogé des MG de l'Oise : si certains qualifient cette thérapie de soutien comme incontournable en médecine générale, d'autres y voient des limites (savoir-faire réduit comparé aux spécialistes de la santé mentale, défaut de formation, temps de consultation non adapté, sentiment d'obligation liée à la difficulté d'accès aux spécialistes) (41). On peut légitimement se demander s'il est dans les attributions d'un MG de mener ce type de thérapie, et si l'on pense que cela fait partie de ses attributions, lui proposer des formations adaptées en la matière. De plus, la psychothérapie de soutien ne s'inscrit pas formellement dans les thérapeutiques non médicamenteuses validées par la HAS en 2011 (42) que sont les thérapies d'inspiration analytiques ou les thérapies cognitivo-comportementales.

En ce qui concerne les pratiques de soins non conventionnelles ou PSNC, elles ont été recommandées en association aux TNM reconnues par près de la moitié de nos médecins dans la vignette 2. Les PSNC, également dénommées "MAC" (Médecines Alternatives et Complémentaires) dans la littérature, englobent toutes les approches qui ne sont pas reconnues

par la médecine conventionnelle (43). Pour le ministère de la Santé, les MAC posent problème dans la mesure où elles n'ont pas fait l'objet d'études scientifiques montrant leurs modalités d'action et leur non-dangerosité (22). Le Conseil de l'Ordre des Médecins reconnaît cependant quatre MAC : l'homéopathie, l'acupuncture, la mésothérapie et l'ostéopathie (44). Dans sa pratique, le médecin sera confronté aux MAC : soit via les questions de ses patients, quand on sait que 40% des Français auraient recours aux MAC (44), soit par intérêt personnel. Une thèse interrogeant 208 MG dans le Languedoc Roussillon a notamment relevé que 67,8% d'entre eux orientaient au moins une fois par an leurs patients vers une MAC (45). L'intérêt pour les MAC semble exister du côté des patients, mais aussi du côté des médecins : il apparaît indispensable d'améliorer la connaissance des médecins afin d'améliorer l'information aux patients.

Les TNM sont un outil dans la prise en charge d'un épisode dépressif. Dans le cas d'un aidant dépressif, un outil s'ajoute à l'arsenal d'aide : il s'agit des solutions de répit. 92% de nos MG ont proposé une ou plusieurs de ces solutions à notre patiente, notre échantillon semble donc sensibilisé au sujet. L'accueil de jour et l'hébergement temporaire sont les deux structures de répit ayant été les plus plébiscitées, ce qui rejoint une thèse de 2014 étudiant la connaissance et l'utilisation des structures de répit par les MG en Midi Pyrénées (46). Une hypothèse avancée pourrait être que ces deux solutions existent depuis longtemps et sont donc mieux connues des médecins, contrairement à l'accueil familial ou aux systèmes de garde qui sont plus récents et issus du plan Alzheimer 2008-2012.

Ces solutions de répit s'inscrivent dans un système plus large dénommé "les interventions de santé publique auprès des aidants". Une analyse de la littérature internationale menée par l'Observatoire Régional de Santé de Paris a identifié six catégories d'interventions : éducatives, sociales, psychologiques, favorisant l'activité physique, le répit, et les interventions multidimensionnelles (6). On se rend donc compte que le répit n'est que l'une des facettes de l'aide et qu'il serait bon de porter à la connaissance des médecins, pourquoi pas via des formations ou par la voix d'associations dans les Facultés, ces différentes solutions d'aides.

Nous n'avons pas demandé aux MG s'ils utilisaient un outil d'aide aux aidants existant : la consultation annuelle dédiée aux aidants de patients Alzheimer, proposée depuis 2010 par la HAS (47). Cependant des travaux de thèses ont mis en évidence que cette consultation est largement sous utilisée par les médecins, des raisons invoquées étant la difficulté de la réaliser telle que préconisée et le manque de temps (48) (49).

## CONCLUSION

La dépression est une épidémie en constante progression dans le monde. Une partie de la population est particulièrement à risque de développer des symptômes dépressifs ou anxieux : les aidants familiaux.

Le médecin généraliste, "porte d'entrée" dans le système de soins, est le professionnel de premier recours pour ces patients aidants. La prescription de psychotropes semble incontournable dans la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé. Les médecins généralistes sont néanmoins de plus en plus nombreux à prescrire des thérapeutiques non médicamenteuses, orientant parfois le patient vers des pratiques de soins non conventionnelles, certes non codifiées mais en plein essor. D'une manière générale, les thérapeutiques non médicamenteuses et en particulier celles reconnues, devraient s'inscrire systématiquement dans le projet de soin, quelle que soit la sévérité de l'épisode dépressif. Dans le cas d'un aidant en souffrance psychologique, les solutions de répit sont un soutien de plus dans son quotidien. Nous pensons que les formations médicales (initiales et continues) devraient informer davantage sur les atouts de ce socle thérapeutique non médicamenteux, afin d'éviter la surmédication en psychotropes lorsque la situation du patient le permet.

## Références

1. OMS. La dépression: parlons-en [Internet]. 2017 [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
2. Giordana JY, Roelandt JL, Porteaux C. [Mental Health of elderly people: The prevalence and representations of psychiatric disorders]. *L'Encephale*. 2010;36(3 Suppl):59-64.
3. Algava E, Blanpain N. 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée [Internet]. Insee. 2021 [cité 27 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#titre-bloc-9>
4. Légifrance. Article L113-1-3 - Code de l'action sociale et des familles [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031716507/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031716507/)
5. Besnard X, Brunel M, Couvert N, Roy D. Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2019 [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-proches-aidants-des-seniors-et-leur-ressenti-sur-laide>
6. Bigossi F, Laborde C. Santé des proches aidants et interventions en santé publique - Analyse de la littérature internationale [Internet]. L'Institut Paris Region. 2020 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/sante-des-proches-aidants-et-interventions-en-sante-publique/>
7. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. juin 2003;18(2):250-67.
8. Pinquart M, Sörensen S. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. mars 2007;62(2):P126-137.
9. Fondation Médéric Alzheimer. La Lettre de l'Observatoire - La santé des aidants familiaux [Internet]. Fondation Médéric Alzheimer. 2006 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/la-lettre-de-lobservatoire>
10. Thomas P, Lalloué F, Preux PM, Hazif-Thomas C, Pariel S, Inscale R, et al. Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *Int J Geriatr Psychiatry*. janv 2006;21(1):50-6.
11. Thomas P. L'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer - Etude

- PIXEL [Internet]. [cité 19 sept 2022]. Disponible sur: [http://catalogue.iugm.qc.ca/GED\\_IUG/194458091263/Pixel\\_etude.PDF](http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/194458091263/Pixel_etude.PDF)
12. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7:188.
  13. Gallay AL, Schmidt J. 7ème vague du baromètre des aidants BVA/Fondation APRIL [Internet]. BVA Group. 2021 [cité 20 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.bva-group.com/sondages/7eme-vague-barometre-des-aidants-bva-fondation-april/>
  14. ANSM. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France en avril 2017 - Point d'Information [Internet]. 2017 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
  15. Ory MG, Hoffman RR, Yee JL, Tennstedt S, Schulz R. Prevalence and impact of caregiving: a detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*. avr 1999;39(2):177-85.
  16. Yee JL, Schulz R. Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*. avr 2000;40(2):147-64.
  17. Bom J, Bakx P, Schut F, van Doorslaer E. Health effects of caring for and about parents and spouses. *J Econ Ageing*. 2019;14:100196.
  18. HAS. Recommandation de bonne pratique - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017. [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours)
  19. Doucet J, Legrain S. Benzodiazépines - Choix d'une benzodiazépine dans les troubles anxieux ou les troubles du sommeil chez le sujet de plus de 65 ans polypathologique ou de plus de 75 ans [Internet]. 2014 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/troubles-neuro-psychiatriques-mentaux/benzodiazepines>
  20. HAS. Organisation des parcours - Prescription d'activité physique et sportive - Dépression [Internet]. 2019 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app\\_249\\_ref\\_aps\\_depression\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/app_249_ref_aps_depression_vf.pdf)
  21. Bugaud M. Impact de l'alimentation sur les troubles dépressifs de l'adulte et leur prise en charge: synthèse de la littérature. Faculté de médecine de Grenoble; 2019.

22. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Les pratiques de soins non conventionnelles : médecines complémentaires/alternatives/naturelles [Internet]. 2021 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/securite/article/les-pratiques-de-soins-non-conventionnelles>
23. Greenwood N, Habibi R, Mackenzie A. Respite: carers' experiences and perceptions of respite at home. *BMC Geriatr.* 3 août 2012;12:42.
24. Bouet P, Gerard-Varet JF. Conseil National de l'Ordre des Médecins - Situation au 1er janvier 2021 - Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2019 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>
25. SENAT. La péréquation interdépartementale : vers une nouvelle égalité territoriale. (groupe de travail commun sur la péréquation : commission des Finances, commission des Affaires économiques et délégation à l'aménagement du territoire et au développement durable du territoire) [Internet]. 2022 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r03-040/r03-04023.html>
26. Ministère de la Santé et de la Prévention, Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Agir pour les aidants - Stratégie de mobilisation et de soutien 2020-2022 [Internet]. 2021 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/agir-pour-les-aidants>
27. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Jain S, Hansen J, Spell M, et al. Measuring the Quality of Physician Practice by Using Clinical Vignettes: A Prospective Validation Study. *Ann Intern Med.* 16 nov 2004;141(10):771-80.
28. Frigant L. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des épisodes dépressifs avec détresse anxieuse par les médecins généralistes du Languedoc-Roussillon et attentes dans l'amélioration de cette prise en charge. Faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes; 2018.
29. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. The management of depression in general medicine in the city. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;90(5):341-52.
30. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. 2017 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: <https://archiveansm.integra.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepinesPoint->

## dInformation

31. EPI-PHARE. Covid-19 : usage des médicaments de ville en France - rapport 6 [Internet]. EPI-PHARE. 2021 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/>
32. MG France. Test d'évaluation d'une dépression : Évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI [Internet]. [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/component/joodb/2-cotations/125-test-d-evaluation-d-une-depression-evaluation-par-echelle-psychiatrique-madrs-hamilton-beck-mmpi-stai-br-span-style-color-blue-font-weight-normal-font-style-italic-tarif-secteur-2-69-12-span>
33. Légifrance. Section 1 : Code de déontologie médicale (Articles R4127-1 à R4127-112) [Internet]. mai 7, 2012. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/#LEGISCTA000006190547](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190547/#LEGISCTA000006190547)
34. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Se former tout au long de sa carrière [Internet]. 2019 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/carriere/former-long-carriere>
35. Légifrance. Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé.
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. FAQ DPC - Certification périodique [Internet]. 2021 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/actualites/faq-dpc-certification-periodique>
37. L'encéphale online. Psychiatrie : déjà 8 500 visites sur l'outil en ligne d'aide au diagnostic Psychiaclic pour les généralistes [Internet]. 2022 [cité 18 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Actualites/Breves/2022/Psychiatrie-deja-8-500-visites-sur-l-outil-en-ligne-d-aide-au-diagnostic-Psychiaclic-pour-les-generalistes>
38. Darmon D, Belhassen M, Quien S, Langlois C, Staccini P, Letrilliart L. Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. *Santé Publique*. 2015;27(3):353-62.
39. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. *Études et Résultats* [Internet]. 2005 [cité 22 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-prescriptions-des-medecins-generalistes-et-leurs-determinants>
40. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, Cohen JM, Pouchain D. Infections respiratoires



présumées virales de l'adulte : comment prescrire moins d'antibiotiques. Résultats de l'étude PAAIR. 2003 [cité 22 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/archive/infections-respiratoires-presumees-virales-de-ladulte-comment-prescrire-moins>

41. Espinoza É. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise. Faculté de médecine d'Amiens; 2018.

42. HAS. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2011 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees)

43. Gaboury I, Johnson N, Robin C, Luc M, O'Connor D, Patenaude J, et al. Médecines alternatives et complémentaires. *Can Fam Physician*. déc 2016;62(12):e767-71.

44. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Quelle place pour les médecines complémentaires - Etat des lieux des pratiques et usages [Internet]. 2015 [cité 30 août 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/webzine/2015-07/www/index.html#/page-2>

45. Chamard A. Etat des lieux du recours aux médecines alternatives et complémentaires en médecine générale, dans le Languedoc-Roussillon: étude quantitative auprès de patients et de médecins. Faculté de médecine de Montpellier; 2016

46. Sabadie PL. Connaissance et utilisation par les médecins généralistes des structures de répit en Midi-Pyrénées. Faculté de médecine de Purpan; 2014.

47. HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. 2010 [cité 21 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels](https://www.has-sante.fr/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels)

48. Sprenger F. Pratique de la consultation dédiée aux aidants de patients déments en France. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2014.

49. Zegerman V. Évaluer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des aidants des personnes démentes et dans la réalisation de la consultation dédiée. Faculté de médecine Aix-Marseille Université; 2018.

# Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

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

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

# Résumé

**Introduction :** La dépression est la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. Parmi ces patients en souffrance psychologique se trouvent les aidants familiaux, dont l'état de santé psychique est particulièrement préoccupant. Par une vignette clinique, nous avons proposé d'évaluer les pratiques professionnelles des médecins généralistes des Alpes Maritimes dans leur prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé chez une aidante familiale de malade d'Alzheimer.

**Objectifs :** L'objectif principal était d'évaluer le nombre de prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes. Les objectifs secondaires étaient l'étude de l'adéquation des pratiques vis-à-vis des recommandations sur la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé, l'évaluation de la place donnée aux thérapeutiques non médicamenteuses, et l'étude de la connaissance de critères d'hospitalisation en cas d'épisode dépressif caractérisé.

**Matériel et méthode :** Nous avons mené une étude descriptive observationnelle quantitative entre le 3 mai et le 12 juin 2022 auprès de 199 médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes, sélectionnés parmi les maîtres de stages de la Faculté de Médecine de Nice et via le réseau social Facebook. Nous avons obtenu 99 réponses exploitables.

**Résultats :** L'échantillon de médecins était majoritairement jeune et féminin, de pair avec la féminisation de la profession et le recrutement sur les réseaux sociaux. Lors de l'épisode dépressif léger : 59% des médecins ont prescrit au moins un psychotrope. Lors de l'épisode dépressif modéré avec détresse anxieuse : 58% ont prescrit une benzodiazépine, 94% un antidépresseur, 49% une association des deux. Ils sont globalement en accord avec les recommandations de démarche diagnostique. On note une sous-utilisation de la CIM-10 et du DSM-5. Ils promeuvent les thérapeutiques non médicamenteuses et les solutions de répit.

**Conclusion :** La prise en charge des aidants familiaux dépressifs dans le département repose principalement sur la prescription de psychotropes, parfois prescrits en excès. Une sensibilisation des médecins via des formations et la diffusion des outils existants et à venir pourraient contribuer à prendre en charge ces patients plus précocement.

**Mots-clés :**

- ❖ médecins généralistes, aidants, dépression, médicaments psychotropes, thérapeutiques non médicamenteuses, médecines alternatives complémentaires, solutions de répit
- ❖ general practitioners, caregivers, depression, psychotropic drugs, non-drug therapies, complementary and alternative medicines, respite cares

# ANNEXES

## Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes



**Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes exerçant dans les Alpes Maritimes.**

### **Partie A : Caractéristiques des médecins généralistes**

**A1. Êtes-vous ?**

une femme

un homme

**A2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

moins de 40 ans

entre 40 et 55 ans

plus de 55 ans

**A3. Quel est votre lieu d'exercice ?**

urbain

semi rural

rural

**A4. Travaillez-vous ?**

seul(e)

en groupe

**A5. Avez-vous effectué un stage de psychiatrie durant vos études ?**

oui

non

**A6. Avez-vous pris en charge des aidants familiaux en souffrance psychologique liée à leur situation d'aide sur les trois derniers mois ?**

oui

non

**A7. Quel(s) est (sont) vos supports d'informations médicales ?**

réfèrent psychiatre

groupe local de FMC (Formation Médicale Continue)

réunions régionales ou nationales

internet

revues médicales



visiteurs médicaux	<input type="checkbox"/>
groupes de pairs	<input type="checkbox"/>
séminaires de séminaires de FPC (Formation Professionnelle Continue)	<input type="checkbox"/>
aucun	<input type="checkbox"/>

## Partie B: Evaluation des pratiques professionnelles à partir d'une vignette clinique informatisée (partie 1)

*Vous recevez une patiente de 76 ans que vous suivez depuis plusieurs années. Elle n'a pas d'antécédent particulier, ne prend pas de traitement et ne consomme pas de toxique. Elle vous consulte car elle se sent déprimée et souvent triste.*

*L'interrogatoire vous apporte les éléments suivants : elle a perdu spontanément 3kg en 2 mois, elle n'a plus tellement d'appétit. Elle a même perdu plaisir à se rendre à son cours de gymnastique hebdomadaire, qu'elle manque de temps en temps par manque d'envie. Elle se sent coupable dans le moindre de ses déplacements hors de son domicile.*

*Vous apprenez que le début de ses troubles date d'il y a environ 2 mois, ce qui coïncide avec l'aggravation des troubles cognitifs de son mari de 80 ans, atteint d'une maladie d'Alzheimer évoluant depuis 5 ans, que vous suivez également.*

### B1. Que faites-vous sur le plan diagnostique ?

écoute active	<input type="checkbox"/>
examen physique	<input type="checkbox"/>
biologie	<input type="checkbox"/>
MMSE (Mini-Mental State Examination)	<input type="checkbox"/>

### B2. Utilisez-vous un (des) test(s) afin d'affiner votre diagnostic ?

oui	<input type="checkbox"/>
non	<input type="checkbox"/>

### B3. Si vous utilisez un (des) test(s), lequel (lesquels) choisissez-vous ?

CIM-10	<input type="checkbox"/>
DSM-5	<input type="checkbox"/>
HDRS (Hamilton Depression Rating Scale)	<input type="checkbox"/>
PHQ-2	<input type="checkbox"/>
PHQ-9	<input type="checkbox"/>
BDI-II (Beck Depression Inventory)	<input type="checkbox"/>
GDS-15 (Geriatric Depression Scale)	<input type="checkbox"/>



HADS (Hospital and Anxiety Depression Scale)

MADRS (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)

**B4. Quel diagnostic posez-vous ?**

trouble anxio-dépressif

épisode dépressif caractérisé léger

épisode dépressif caractérisé modéré

épisode dépressif caractérisé sévère

épisode dépressif caractérisé avec détresse anxieuse

**B5. Face à cet épisode, quelle(s) thérapeutique(s) mettez-vous en place ?**

benzodiazépine à visée anxiolytique

hypnotique apparenté benzodiazépine (Zolpidem STILNOX®, Zopiclone IMOVANE®)

anxiolytique non benzodiazépine (Buspirone, Hydroxyzine ATARAX®)

antidépresseur

homéopathie

phytothérapie

thérapeutiques non médicamenteuses (activité physique adaptée, mesures diététiques, adressage à un professionnel de la santé mentale, sophrologie, ...)



### Partie C: Evaluation des pratiques professionnelles à partir d'une vignette clinique informatisée (partie 2)

Vous revoyez votre patiente un mois plus tard, elle a manqué le rendez-vous de suivi fixé deux semaines plus tôt. Elle vous décrit les mêmes symptômes que lors de votre précédente consultation. Elle paraît agitée, d'ailleurs elle ne cesse de bouger sa jambe droite.

Elle vous confie, en pleurs :

"Hier, mon mari a brisé mon vase préféré et s'est ouvert le doigt lors d'une crise de colère. Je sais que ce n'est pas de sa faute, mais je l'ai disputé. Après coup, j'ai eu peur qu'il s'en prenne à moi. Je loupe fréquemment mon cours de gymnastique, je vois beaucoup moins mes amies, et je n'arrive même plus à regarder mon feuilleton préféré tellement je suis préoccupée. Ma fille qui vit à l'étranger me dit de le placer mais elle ne vient jamais nous voir... Je dois faire mon devoir, je refuse qu'il soit placé !"

#### C1. Quel diagnostic posez-vous ?

- trouble anxio dépressif
- épisode dépressif caractérisé léger
- épisode dépressif caractérisé modéré
- épisode dépressif caractérisé sévère
- épisode dépressif caractérisé léger avec détresse anxieuse
- épisode dépressif caractérisé modéré avec détresse anxieuse
- épisode dépressif caractérisé sévère avec détresse anxieuse

#### C2. Suite à votre diagnostic, optez-vous pour une prise en charge médicamenteuse ?

- oui
- non

#### C3. Si vous optez pour une prise en charge médicamenteuse, optez-vous pour une benzodiazépine ?

- oui
- non



<b>C4. Si vous optez pour une benzodiazépine, laquelle choisissez-vous ?</b>	
Alprazolam (XANAX®)	<input type="checkbox"/>
Bromazépam (LEXOMIL®)	<input type="checkbox"/>
Clorazépate (TRANXENE®)	<input type="checkbox"/>
Clotiazépam (VERATRAN®)	<input type="checkbox"/>
Diazépam (VALIUM®)	<input type="checkbox"/>
Lorazépam (TEMESTA®)	<input type="checkbox"/>
Zolpidem (STILNOX®)	<input type="checkbox"/>
Oxazépam (SERESTA®)	<input type="checkbox"/>
Prazépam (LYSANXIA®)	<input type="checkbox"/>
Lormétazépam (NOCTAMIDE®)	<input type="checkbox"/>
<b>C5. Si vous optez pour une prise en charge médicamenteuse, optez-vous pour un antidépresseur ?</b>	
	oui <input type="checkbox"/>
	non <input type="checkbox"/>
<b>C6. Si vous optez pour un antidépresseur, lequel choisissez-vous ?</b>	
Citalopram (SEROPRAM®)	<input type="checkbox"/>
Escitalopram (SEROPLEX®)	<input type="checkbox"/>
Fluoxétine (PROZAC®)	<input type="checkbox"/>
Paroxétine (DEROXAT®)	<input type="checkbox"/>
Sertraline (ZOLOFT®)	<input type="checkbox"/>
Venlafaxine (EFFEXOR®)	<input type="checkbox"/>
Duloxétine (CYMBALTA®)	<input type="checkbox"/>
Miansérine	<input type="checkbox"/>
Mirtazapine (NORSET®)	<input type="checkbox"/>
Clomipramine (ANAFRANIL®)	<input type="checkbox"/>
Un IMAO	<input type="checkbox"/>





<b>C7. Si vous avez choisi une benzodiazépine, vous la prescrivez :</b>	en si besoin	<input type="checkbox"/>
	seule	<input type="checkbox"/>
	conjointement à l'antidépresseur, pour une durée de 2 semaines	<input type="checkbox"/>
	conjointement à l'antidépresseur pour une durée de 12 semaines	<input type="checkbox"/>
<b>C8. Concernant le suivi de votre patiente, vous la renvoyez :</b>	à une semaine du traitement antidépresseur	<input type="checkbox"/>
	à deux semaines du traitement antidépresseur	<input type="checkbox"/>
	à une semaine, puis à deux semaines du traitement antidépresseur	<input type="checkbox"/>
<b>C9. La patiente vous demande la durée prévisionnelle de son traitement antidépresseur. Que lui répondez-vous ?</b>	entre six mois et un an après sa rémission	<input type="checkbox"/>
	au moins un an après sa rémission	<input type="checkbox"/>
<b>C10. Optez-vous pour une (des) thérapeutique(s) non médicamenteuses ?</b>	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
<b>C11. Si oui, pour laquelle (lesquelles) optez-vous ?</b>	suivi rapproché en consultation avec psychothérapie de soutien	<input type="checkbox"/>
	adressage au psychiatre	<input type="checkbox"/>
	adressage à un psychologue	<input type="checkbox"/>
	prescription d'activité physique adaptée	<input type="checkbox"/>
	mesures diététiques	<input type="checkbox"/>
	sophrologie	<input type="checkbox"/>
	hypnose	<input type="checkbox"/>
	acupuncture	<input type="checkbox"/>
<b>C12. Proposez-vous une solution de répit à votre patiente ?</b>	oui	<input type="checkbox"/>
	non	<input type="checkbox"/>
<b>C13. Si oui, laquelle ou lesquelles ?</b>	accueil de jour de son mari dans un établissement dédié	<input type="checkbox"/>
	hébergement temporaire de son mari	<input type="checkbox"/>
	orientation de son mari en famille d'accueil	<input type="checkbox"/>



	mise en place d'aides à domicile	<input type="checkbox"/>
	baluchonnage (relai de l'aidant par un professionnel qui intervient au domicile de l'aidé)	<input type="checkbox"/>
	garde à domicile (au domicile de l'aidé)	<input type="checkbox"/>
	garde itinérante de nuit (au domicile de l'aidé)	<input type="checkbox"/>
	télé assistance	<input type="checkbox"/>
	portage des repas	<input type="checkbox"/>
	vacances de répit	<input type="checkbox"/>
<b>C14. Malgré toutes vos initiatives, l'état psychique et somatique de votre patiente se dégrade. Quel(s) critère(s) vous inciterai(en)t à lui proposer une hospitalisation ?</b>		
	la patiente pense au suicide mais n'a pas de scénario précis	<input type="checkbox"/>
	la patiente envisage le suicide et son intention est claire	<input type="checkbox"/>
	la patiente est décidée : sa planification est claire et le passage à l'acte est prévu dans les jours qui viennent	<input type="checkbox"/>
	la patiente a un risque immédiat d'auto mutilation	<input type="checkbox"/>
	la patiente a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé	<input type="checkbox"/>
	la fille de la patiente est en demande d'une hospitalisation	<input type="checkbox"/>
	la patiente présente une forte agitation anxieuse avec un manque de contrôle émotionnel ou une impulsivité	<input type="checkbox"/>
<b>Merci pour votre participation !</b>		

Annexe 2 : Critères CIM-10 et DSM-5 définissant la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé (HAS, 2017)

**Tableau 1. Critères définissant un épisode dépressif caractérisé léger, modéré ou sévère.**

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

Annexe 3 : Comparaison des symptômes d'un épisode dépressif caractérisé d'après la CIM-10 et le DSM-5 (HAS, 2017)

D'après la classification CIM-10	D'après la classification DSM
<b>Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir de la CIM-10 nécessitent :</b>	<b>Les symptômes pour diagnostiquer un épisode caractérisé à partir du DSM nécessitent la présence d'au moins cinq des symptômes suivants :</b>
<b>La présence d'au moins deux de ces trois symptômes clefs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• humeur dépressive ;</li> <li>• diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir ;</li> <li>• réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.</li> </ul>	<b>Au moins l'un des symptômes clés qui est :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• soit une humeur dépressive ;</li> <li>• soit une perte d'intérêt ou de plaisir.</li> </ul>
<b>La présence d'au moins un des sept symptômes suivants :</b>	<b>Et parmi les autres symptômes suivants :</b>
	Fatigue ou perte d'énergie
Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi	Sentiment de dévalorisation ou culpabilité excessive
Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée	
Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type	Pensées de mort, idées suicidaires
Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer	Difficultés de l'aptitude à penser, de concentration, ou indécision
Modification de l'activité psychomotrice (agitation ou ralentissement)	Agitation ou ralentissement psychomoteur
Perturbation du sommeil de n'importe quel type	Insomnie ou hypersomnie
Modification de l'appétit ou du poids (diminution ou augmentation) avec variation pondérale	Diminution ou augmentation de l'appétit ou du poids

#### Annexe 4 : Définition de la détresse anxieuse selon le DSM-5

### Spécifications pour les troubles dépressifs

*Spécifier si :*

**Avec détresse anxieuse :** Présence d'au moins deux des symptômes suivants pendant la plupart des jours au cours d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un trouble dépressif persistant (dysthymie) :

1. Sentiment d'énervement ou de tension.
2. Sentiment d'agitation inhabituel.
3. Difficultés de concentration dues à des soucis.
4. Peur que quelque chose d'horrible ne survienne.
5. Sentiment d'une possible perte de contrôle de soi.