



**HAL**  
open science

# Les déterminants du diagnostic et de l'initiation du traitement antidépresseur chez le sujet âgé, en médecine générale

Gabriel Smounya

## ► To cite this version:

Gabriel Smounya. Les déterminants du diagnostic et de l'initiation du traitement antidépresseur chez le sujet âgé, en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-03963128

**HAL Id: dumas-03963128**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03963128v1>**

Submitted on 27 Apr 2023

**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 - NoDerivatives 4.0 International License

**ANNEE 2023 - N° 23 – 006**

*Les déterminants du diagnostic et de l'initiation du traitement antidépresseur chez le sujet  
âgé, en médecine générale*

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement  
le **24 janvier 2023** à 11 h 00  
pour obtenir le Diplôme d'État de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

*Gabriel SMOUNYA*

Né(e) le 21/12/1991 à Besançon (*Doubs*)

**La composition du jury est la suivante :**

|                                |                           |                       |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| <b>Président :</b>             | Pr. Pierre VANDEL         | Professeur            |
| <b>Directeur de la thèse :</b> | Dr. Jean-Pierre CAPITAIN  | Praticien Hospitalier |
| <b>Juges :</b>                 | Dr. Thomas RODRIGUEZ      | Maître de conférences |
|                                | Dr Thierry LEPETZ         | Maître de conférences |
|                                | Dr Isabelle CUSSEY-VITALI | Médecin coordinateur  |





**ANNEE 2023 - N° 23 – 006**

*Les déterminants du diagnostic et de l'initiation du traitement antidépresseur chez le sujet  
âgé, en médecine générale*

**THÈSE**

présentée et soutenue publiquement

le **24 janvier 2023** à 11 h 00

pour obtenir le Diplôme d'État de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

*Gabriel SMOUNYA*

Né(e) le 21/12/1991 à Besançon (*Doubs*)

**La composition du jury est la suivante :**

|                                |                           |                       |
|--------------------------------|---------------------------|-----------------------|
| <b>Président :</b>             | Pr. Pierre VANDEL         | Professeur            |
| <b>Directeur de la thèse :</b> | Dr. Jean-Pierre CAPITAIN  | Praticien Hospitalier |
| <b>Juges :</b>                 | Dr. Thomas RODRIGUEZ      | Maître de conférences |
|                                | Dr Thierry LEPETZ         | Maître de conférences |
|                                | Dr Isabelle CUSSEY-VITALI | Médecin coordinateur  |





UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ  
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE  
BESANÇON

---

---

|                            |                                   |                      |
|----------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| DIRECTEUR                  | <b>PROFESSEUR THIERRY MOULIN</b>  |                      |
| DIRECTEURS ADJOINTS        | <b>PROFESSEUR XAVIER BERTRAND</b> | DOYEN PHARMACIE      |
|                            | <b>PROFESSEUR EMMANUEL HAFFEN</b> | DIRECTEUR DES ETUDES |
| RESPONSABLE ADMINISTRATIVE | <b>MME CAROLE COINTEAU</b>        |                      |

**DEPARTEMENT MEDECINE**

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN      | DIRECTEUR DES ÉTUDES           |
| PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS    | ASSESEUR 1ER CYCLE             |
| PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE | ASSESEURS 2EME CYCLE           |
| PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE   | ASSESEURS 3EME CYCLE           |
| PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE    | COORDINATEUR MEDECINE          |
| PROFESSEUR BENOIT DE BILLY      | COORDINATEUR CHIRURGIE         |
| PROFESSEUR BENOIT DINET         | COORDINATEUR MEDECINE GENERALE |

**DEPARTEMENT PHARMACIE**

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| PROFESSEUR XAVIER BERTRAND  | DOYEN PHARMACIE        |
| PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI | DIRECTEUR DES ETUDES   |
| PROFESSEUR SAMUEL LIMAT     | COORDINATEURS 3E CYCLE |
| PROFESSEUR VIRGINIE NERICH  |                        |

**DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE**

|                                       |                            |
|---------------------------------------|----------------------------|
| BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME) | COORDINATEURS PEDAGOGIQUES |
|---------------------------------------|----------------------------|

**DEPARTEMENT ODONTOLOGIE**

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST) | COORDINATEURS PEDAGOGIQUES |
| DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)  |                            |
| PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER    |                            |

**DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE**

|                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| ALAIN DEVEVEY (MCF)    | COORDINATEURS PEDAGOGIQUES |
| PROFESSEUR ELOI MAGNIN |                            |

**DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE**

|                                                        |                            |
|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON)           | COORDINATEURS PEDAGOGIQUES |
| ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF) |                            |
| YOSHIMASA SAGAWA (MCF)                                 |                            |

**DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE**

|                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| GAELE BLERVAQUE (MAST)  | COORDINATRICES PEDAGOGIQUES |
| JULIE LAPREVOTTE (MAST) |                             |

## **DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES**

|                                              |                              |
|----------------------------------------------|------------------------------|
| ALINE CHASSAGNE (MCF)                        | COORDINATEURS PEDAGOGIQUES   |
| CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)      |                              |
| DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN<br>(MCU-PH) |                              |
| PROFESSEUR FABRICE VUILLIER                  | COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA |

## **DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE**

|                                  |                      |
|----------------------------------|----------------------|
| PROFESSEUR CLEMENT PRATI         | RESPONSABLE          |
| PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY | CENTRE DE SIMULATION |
| PROFESSEUR BENOIT DINET          |                      |
| DOCTEUR FRANK VERHOEVEN          |                      |
| STEPHANIE PARIS (MAÏEUTIQUE)     |                      |
| MARC PUDLO (PHARMACIE)           |                      |
| ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)      |                      |
| VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION) |                      |
| LAURENCE GANDON (INFIRMIER)      |                      |

## **RELATIONS HUMAINES DE L'UFR**

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF | ASSESEUR |
|---------------------------|----------|

## **COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR**

|                             |                                 |
|-----------------------------|---------------------------------|
| PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL | ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE |
| PROFESSEUR FREDERIC AUBER   | VICE-PRESIDENT                  |

## **CHARGES DE MISSIONS**

### *FORMATION CONTINUE*

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| MME SYLVIE DEVAUX (MCF) | COORDINATEURS |
|-------------------------|---------------|

### *HISTOIRE DE LA MEDECINE*

|                         |               |
|-------------------------|---------------|
| PROFESSEUR LAURENT TATU | COORDINATEURS |
| DOCTEUR PHILIPPE MERCET |               |

### *RELATIONS INTERNATIONALES*

|                                    |               |
|------------------------------------|---------------|
| PROFESSEUR KATY JEANNOT            | COORDINATEURS |
| DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)      |               |
| DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH) |               |

### *ALUMNI-USB*

|                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| PROFESSEUR GILLES CAPELLIER          | COORDINATEUR        |
| PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE) | PRESIDENT HONORAIRE |

---

# MÉDECINE

---

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

### – PRATICIENS HOSPITALIERS

|     |            |                      |                                                                             |
|-----|------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| M.  | Olivier    | <b>ADOTEVI</b>       | IMMUNOLOGIE                                                                 |
| M.  | Frédéric   | <b>AUBER</b>         | CHIRURGIE INFANTILE                                                         |
| M.  | François   | <b>AUBIN</b>         | DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE                                                        |
| M.  | Sébastien  | <b>AUBRY</b>         | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE (DISPONIBILITE)                             |
| M.  | Jamal      | <b>BAMOULID</b>      | IMMUNOLOGIE                                                                 |
| Mme | Cindy      | <b>BARNIG</b>        | PNEUMOLOGIE                                                                 |
| Mme | Djamila    | <b>BENNABI</b>       | PSYCHIATRIE ADULTES                                                         |
| M.  | Guillaume  | <b>BESCH</b>         | ANESTHESIE REANIMATION                                                      |
| M.  | Frédéric   | <b>BIBEAU</b>        | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES                                         |
| Mme | Alessandra | <b>BIONDI</b>        | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE                                             |
| M.  | Christophe | <b>BORG</b>          | CANCÉROLOGIE                                                                |
| M.  | Hatem      | <b>BOULAHDOUR</b>    | BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE                                           |
| M   | Gilles     | <b>CAPELLIER</b>     | MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION                                              |
| Mme | Catherine  | <b>CHIROUZE</b>      | MALADIES INFECTIEUSES                                                       |
| M.  | Romain     | <b>CHOPARD</b>       | CARDIOLOGIE                                                                 |
| M   | Sidney     | <b>CHOCRON</b>       | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE                                    |
| Mme | Cécile     | <b>COURIVAUD</b>     | NÉPHROLOGIE                                                                 |
| M.  | Siamak     | <b>DAVANI</b>        | PHARMACOLOGIE CLINIQUE                                                      |
| M.  | Benoît     | <b>DE BILLY</b>      | CHIRURGIE INFANTILE                                                         |
| M.  | Eric       | <b>DECONINCK</b>     | HÉMATOLOGIE                                                                 |
| M   | Eric       | <b>DELABROUSSE</b>   | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE                                             |
| M.  | Thibaut    | <b>DESMETTRE</b>     | MÉDECINE D'URGENCE                                                          |
| M.  | Vincent    | <b>DI MARTINO</b>    | HÉPATOLOGIE                                                                 |
| M.  | Didier     | <b>DUCLOUX</b>       | NÉPHROLOGIE                                                                 |
| M.  | Jean-Paul  | <b>FEUGEAS</b>       | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE                                           |
| M   | Patrick    | <b>GARBUIO</b>       | CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE                                   |
| M.  | Emmanuel   | <b>HAFFEN</b>        | PSYCHIATRIE d'ADULTES                                                       |
| M.  | Georges    | <b>HERBEIN</b>       | VIROLOGIE                                                                   |
| M.  | Bruno      | <b>HEYD</b>          | CHIRURGIE GÉNÉRALE                                                          |
| M.  | Didier     | <b>HOCQUET</b>       | HYGIÈNE HOSPITALIÈRE                                                        |
| Mme | Katy       | <b>JEANNOT</b>       | BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE                                                   |
| M   | François   | <b>KLEINCLAUSS</b>   | UROLOGIE                                                                    |
| M.  | Paul       | <b>KUENTZ</b>        | HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE                                     |
| M.  | Zaher      | <b>LAKKIS</b>        | CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE                                            |
| M.  | Daniel     | <b>LEPAGE</b>        | ANATOMIE                                                                    |
| M.  | Eloi       | <b>MAGNIN</b>        | NEUROLOGIE                                                                  |
| Mme | Nadine     | <b>MAGY-BERTRAND</b> | MEDECINE INTERNE                                                            |
| M.  | Frédéric   | <b>MAUNY</b>         | BIostatistiques, INFORMATIQUE MÉDICALE                                      |
| M.  | Nicolas    | <b>MENEVEAU</b>      | CARDIOLOGIE                                                                 |
| M.  | Christophe | <b>MEYER</b>         | CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE                                   |
| M.  | Fabrice    | <b>MICHEL</b>        | MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)                        |
| Mme | Laurence   | <b>MILLON</b>        | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE                                                  |
| Mme | Elisabeth  | <b>MONNET</b>        | EPIDÉMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION<br>(RETRAITE LE 01/11/22) |



|     |              |                       |                                                             |
|-----|--------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| M.  | Thierry      | <b>MOULIN</b>         | NEUROLOGIE                                                  |
| M   | Sylvie       | <b>NEZELOF</b>        | PÉDOPSYCHIATRIE                                             |
| M   | Laurent      | <b>OBERT</b>          | CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE                   |
| M.  | Andréas      | <b>PERROTTI</b>       | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE                    |
| M.  | Sébastien    | <b>PILI-FLOURY</b>    | ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION                                 |
| M.  | Gaël         | <b>PITON</b>          | MEDECINE INTENSIVE REANIMATION                              |
| M.  | Clément      | <b>PRATI</b>          | RHUMATOLOGIE                                                |
| M   | Jean-Luc     | <b>PRETET</b>         | BIOLOGIE CELLULAIRE                                         |
| M.  | Rajeev       | <b>RAMANAH</b>        | GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE                                   |
| M.  | Simon        | <b>RINCKENBACH</b>    | CHIRURGIE VASCULAIRE                                        |
| M.  | Christophe   | <b>ROUX</b>           | BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION |
| M   | Emmanuel     | <b>SAMAIN</b>         | ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION                                 |
| M.  | François     | <b>SCHIELE</b>        | CARDIOLOGIE                                                 |
| Mme | Marie-France | <b>SERONDE</b>        | CARDIOLOGIE                                                 |
| M   | Laurent      | <b>TATU</b>           | ANATOMIE                                                    |
| M.  | Laurent      | <b>TAVERNIER</b>      | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE                                      |
| M.  | Thierry      | <b>THEVENOT</b>       | HÉPATOLOGIE                                                 |
| M.  | Laurent      | <b>THINES</b>         | NEUROCHIRURGIE                                              |
| M.  | Gérard       | <b>THIRIEZ</b>        | PÉDIATRIE                                                   |
| M.  | Antoine      | <b>TRACQUI</b>        | MEDECINE LEGALE                                             |
| M.  | Pierre       | <b>TIBERGHEN</b>      | IMMUNOLOGIE                                                 |
| M.  | Eric         | <b>TOUSSIROT</b>      | THÉRAPEUTIQUE                                               |
| M.  | Pierre       | <b>VANDEL</b>         | PSYCHIATRIE d'ADULTES                                       |
| M.  | Fabrice      | <b>VUILLIER</b>       | ANATOMIE                                                    |
| Mme | Lauriane     | <b>VULLIEZ COADY</b>  | PEDO-PSYCHIATRIE                                            |
| Mme | Lucine       | <b>VUITTON</b>        | GASTRO-ENTEROLOGIE                                          |
| M.  | Daniel       | <b>WENDLING</b>       | RHUMATOLOGIE                                                |
| Mme | Virginie     | <b>WESTEEL-KAULEK</b> | PNEUMOLOGIE                                                 |

## PROFESSEURS EMÉRITES

|     |            |                 |                                                             |
|-----|------------|-----------------|-------------------------------------------------------------|
| M.  | Jean-Luc   | <b>BRESSON</b>  | BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION |
| M.  | Jean-Luc   | <b>CHOPARD</b>  | MEDECINE LEGALE                                             |
| M.  | Alain      | <b>CZORNY</b>   | NEUROCHIRURGIE                                              |
| M.  | Bernard    | <b>DELBOSC</b>  | OPHTALMOLOGIE                                               |
| M.  | Gilles     | <b>DUMOULIN</b> | PHYSIOLOGIE                                                 |
| M.  | Dominique  | <b>FELLMANN</b> | CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE                                     |
| M.  | Georges    | <b>MANTION</b>  | CHIRURGIE GÉNÉRALE                                          |
| Mme | Christiane | <b>MOUGIN</b>   | BIOLOGIE CELLULAIRE                                         |
| M.  | Bernard    | <b>PARRATTE</b> | ANATOMIE                                                    |
| M.  | Patrick    | <b>PLESIAT</b>  | BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE                                   |
| M.  | Daniel     | <b>SECHTER</b>  | PSYCHIATRIE D'ADULTES                                       |
| Mme | Dominique  | <b>VUITTON</b>  | IMMUNOLOGIE                                                 |

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

|      |              |                         |                                                                                    |
|------|--------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Mme  | Clotilde     | <b>AMIOT</b>            | HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE                                            |
| Mme  | Anne-Pauline | <b>BELLANGER</b>        | PARASITOLOGIE                                                                      |
| M.   | Matthieu     | <b>BEREAU</b>           | THERAPEUTIQUE                                                                      |
| Mme  | Sophie       | <b>BOROT</b>            | ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES                                   |
| Mme  | Malika       | <b>BOUHADDI</b>         | PHYSIOLOGIE                                                                        |
| M.   | Kévin        | <b>BOUILLER</b>         | MALADIES INFECTIEUSES (DELEGATION MISSION D'ETUDE)                                 |
| M.   | Yann         | <b>CHAUSSY</b>          | CHIRURGIE INFANTILE                                                                |
| M.   | Alain        | <b>COAQUETTE</b>        | VIROLOGIE                                                                          |
| Mme  | Elsa         | <b>CURTIT</b>           | CANCÉROLOGIE                                                                       |
| M.   | Etienne      | <b>DAGUINDAU</b>        | HEMATOLOGIE                                                                        |
| M.   | Maxime       | <b>DESMARETS</b>        | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION                                 |
| Mme  | Anne-Sophie  | <b>GAUTHIER</b>         | OPHTALMOLOGIE                                                                      |
| M.   | Quentin      | <b>LEPILLER</b>         | BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE                                      |
| M.   | François     | <b>LOISEL</b>           | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE                                          |
| Mme  | Elisabeth    | <b>MEDEIROS</b>         | NEUROLOGIE                                                                         |
| M.   | Nicolas      | <b>MOTTET</b>           | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE                                                            |
| M    | Patrice      | <b>MURET</b>            | PHARMACOLOGIE CLINIQUE                                                             |
| Mme  | Charlée      | <b>NARDIN</b>           | DERMATOLOGIE                                                                       |
| M.   | Fabien       | <b>PELLETIER</b>        | DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE                                                               |
| Mme  | Isabelle     | <b>PLUVY</b>            | CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE<br>(DELEGATION MISSION D'ETUDE) |
| Mme  | Anaïs        | <b>POTRON</b>           | BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE                                                          |
| Mme  | Lucie        | <b>SALOMON DU MONT</b>  | CHIRURGIE VASCULAIRE                                                               |
| M.   | Antoine      | <b>THIERY-VUILLEMIN</b> | CANCÉROLOGIE                                                                       |
| M.   | Frank        | <b>VERHOEVEN</b>        | RHUMATOLOGIE                                                                       |
| Mme. | Delphine     | <b>WEIL- VERHOEVEN</b>  | HEPATOLOGIE                                                                        |

### ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

|     |                       |                      |                                          |
|-----|-----------------------|----------------------|------------------------------------------|
| M.  | Régis                 | <b>AUBRY</b>         | PR associé THÉRAPEUTIQUE                 |
| M.  | Rémi                  | <b>BARDET</b>        | PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE             |
| M.  | Francis               | <b>BERTHIER</b>      | PR associé ANESTHESIE-REANIMATION        |
| Mme | Anne-Lise             | <b>BOLOT</b>         | MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE            |
| M.  | Benoît                | <b>DINET</b>         | PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE             |
| M.  | Edouard               | <b>EUVRARD</b>       | PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE) |
| M.  | Chong Hun<br>Stephano | <b>KIM</b>           | PR associé ONCOLOGIE                     |
| Mme | Aurore                | <b>LEBEAU-JEUNET</b> | MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE            |
| M.  | Thierry               | <b>LEPETZ</b>        | MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE            |
| M.  | José-Philippe         | <b>MORENO</b>        | PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE             |
| M.  | Jean-Michel           | <b>PERROT</b>        | PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE             |
| M.  | Thomas                | <b>RODRIGUEZ</b>     | MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE            |
| Mme | Esther                | <b>SZWARC</b>        | MCF associé SANTE AU TRAVAIL             |
| Mme | Anne-Lise             | <b>TREMEAU</b>       | MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE            |

# PHARMACIE

## PROFESSEURS

|     |                 |                       |                                   |
|-----|-----------------|-----------------------|-----------------------------------|
| M.  | Xavier          | <b>BERTRAND</b>       | MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE     |
| Mme | Céline          | <b>DEMOUGEOT</b>      | PHARMACOLOGIE                     |
| Mme | Francine        | <b>GARNACHE-OTTOU</b> | HÉMATOLOGIE                       |
| Mme | Corine          | <b>GIRARD</b>         | PHARMACOGNOSIE                    |
| M.  | Yann            | <b>GODET</b>          | IMMUNOLOGIE                       |
| M.  | Frédéric        | <b>GRENOUILLET</b>    | PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE           |
| M.  | Yves            | <b>GUILLAUME</b>      | CHIMIE ANALYTIQUE                 |
| M.  | Lhassane        | <b>ISMAILI</b>        | CHIMIE ORGANIQUE                  |
| M.  | Samuel          | <b>LIMAT</b>          | PHARMACIE CLINIQUE                |
| M.  | Frédéric        | <b>LIRUSSI</b>        | PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE       |
| M.  | Dominique       | <b>MEILLET</b>        | PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE         |
| Mme | Virginie        | <b>NERICH</b>         | PHARMACIE CLINIQUE                |
| M.  | Yann            | <b>PELLEQUER</b>      | PHARMACIE GALÉNIQUE               |
| M.  | Bernard         | <b>REFOUVELET</b>     | CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE |
| M.  | Philippe        | <b>SAAS</b>           | IMMUNOLOGIE                       |
| Mme | Marie-Christine | <b>WORONOFF-LEMSI</b> | PHARMACIE CLINIQUE                |

## PROFESSEUR EMÉRITE

|     |          |              |                     |
|-----|----------|--------------|---------------------|
| Mme | Laurence | <b>NICOD</b> | BIOLOGIE CELLULAIRE |
|-----|----------|--------------|---------------------|

## MAITRES DE CONFÉRENCES

|     |              |                         |                                                    |
|-----|--------------|-------------------------|----------------------------------------------------|
| Mme | Aurélié      | <b>BAGUET</b>           | BIOCHIMIE                                          |
| M.  | Arnaud       | <b>BEDUNEAU</b>         | PHARMACIE GALÉNIQUE                                |
| M.  | Laurent      | <b>BERMONT</b>          | BIOCHIMIE                                          |
| M.  | Oleg         | <b>BLAGOSKLONOV</b>     | BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE                   |
| Mme | Oxana        | <b>BLAGOSKLONOV</b>     | GÉNÉTIQUE                                          |
| Mme | Céline       | <b>BOUVIER-SLEKOVEC</b> | HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX              |
| M.  | Eric         | <b>CAVALLI</b>          | CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE                        |
| MME | Anne-Laure   | <b>CLAIRET</b>          | SCIENCES DU MEDICAMENT                             |
| M.  | Jean-Patrick | <b>DASPET</b>           | BIOPHYSIQUE                                        |
| Mme | Sylvie       | <b>DEVAUX</b>           | PHYSIOLOGIE                                        |
| Mme | Jeanne       | <b>GALAINÉ</b>          | SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES   |
| Mme | Marie        | <b>KROEMER</b>          | SCIENCES DU MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTE |
| Mme | Isabelle     | <b>LASCOMBE</b>         | BIOCHIMIE / ISIFC                                  |
| Mme | Carole       | <b>MIGUET ALFONSI</b>   | TOXICOLOGIE                                        |
| M.  | Johnny       | <b>MORETTO</b>          | PHYSIOLOGIE                                        |
| M.  | Brice        | <b>MOULARI</b>          | PHARMACIE GALÉNIQUE                                |
| M.  | Frédéric     | <b>MUYARD</b>           | PHARMACOGNOSIE                                     |
| M.  | Marc         | <b>PUDLO</b>            | CHIMIE THÉRAPEUTIQUE                               |
| M.  | Florian      | <b>RENOSI</b>           | SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES   |
| MME | Nathalie     | <b>RUDE</b>             | BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES                |
| M.  | François     | <b>SENEJOUX</b>         | PHARMACOGNOSIE                                     |
| Mme | Perle        | <b>TOTOSON</b>          | PHARMACOLOGIE                                      |

## ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

|     |          |                    |                                       |
|-----|----------|--------------------|---------------------------------------|
| M   | Lionel   | <b>PAZART</b>      | PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT |
| Mme | Florence | <b>VAN LANDUYT</b> | PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE    |

---

## PROFESSIONS DE SANTE

---

|     |           |                      |                                                                                      |
|-----|-----------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Mme | Aline     | <b>CHASSAGNE</b>     | MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES                                           |
| M.  | Alain     | <b>DEVEVEY</b>       | MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE-<br>ORTHOPHONIE                               |
| M.  | Alexandre | <b>KUBICKI</b>       | MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION<br>ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE |
| M.  | Yoshimasa | <b>SAGAWA JUNIOR</b> | MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION<br>ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE |
| MME | Geneviève | <b>MERELLE</b>       | MAST EN ORTHOPHONIE                                                                  |
| MME | Sophie    | <b>SALTARELLI</b>    | MAST EN ORTHOPHONIE                                                                  |
| MME | Christine | <b>BRET-LEGRAND</b>  | MAST EN ORTHOPHONIE                                                                  |
| MME | Alice     | <b>BOULLAUD</b>      | PROFESSEUR CERTIFIEE - ERGOTHERAPIE                                                  |
| MME | Gaelle    | <b>BLERVAQUE</b>     | MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE                                                    |
| MME | Julie     | <b>LAPREVOTTE</b>    | MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE                                                    |

---

## AUTRES ENSEIGNANTS

---

|     |              |                |                            |
|-----|--------------|----------------|----------------------------|
| MME | Lise         | <b>FIARDET</b> | PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS |
| MME | Vanessa      | <b>MARTIN</b>  | PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS |
| M.  | Nicolas      | <b>MICHAUD</b> | PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS  |
| M.  | Charles Dale | <b>SANTANA</b> | PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS  |

Mise à jour 8/09/2022



## **REMERCIEMENTS**

### **À mon président du jury, Monsieur le Professeur Pierre VANDEL**

Merci d'avoir accepté la présidence de ce jury. Vous faites un très grand honneur à ce travail, en l'enrichissant de vos connaissances et par l'intérêt que vous y avez porté.

### **À mon directeur, Monsieur le Docteur Jean-Pierre CAPITAIN**

Merci pour votre temps et votre soutien dans ce travail. Votre expérience et ces quelques mois passés à travailler à vos côtés au CHS, ont été très bénéfiques dans l'élaboration de cette thèse.

### **À mon juge, Monsieur le Docteur Thomas RODRIGUEZ**

C'est un plaisir de travailler à vos côtés. Je vous remercie pour vos conseils et d'avoir eu l'amabilité de participer à ce jury.

### **À mon juge, Monsieur le Docteur Thierry LEPETZ**

Veuillez trouver dans ce travail, l'expression de mes sincères remerciements pour votre disponibilité et votre participation à ce jury.

### **À mon juge, Madame le Docteur Isabelle CUSSEY-VITALI**

Soyez assurée de ma gratitude et de profond mon respect, pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et à mes compétences professionnelles.

À ma plus fidèle supportrice, Marion. Tu as su me comprendre et m'encourager durant toutes ces années de dur labeur et de tâches ménagères... Tu nous as également donné deux merveilleux enfants, Adèle et Auguste, qui font notre bonheur au quotidien et nos nuits blanches.

À mes parents, pour votre soutien éternel.

À mes beaux-parents, sur qui nous pouvons toujours compter.

À mon beauf, pour ses connaissances profondes en anatomie et ma belle-sœur. Toujours disponibles pour notre famille. À Charlipette et à votre Marceau tout neuf.

À mon frère et ma belle-sœur, merci pour vos précieux encouragements et votre soutien tout au long de ce parcours. Sans oublier mes neveux, Robin et Maël.

Aux Jujus et leurs conjoints respectifs, Corentin et Michaël. Amis de longue date, merci pour votre soutien. Je n'oublierai pas ces longues discussions philosophiques et houblonnées.

À Poussin et Michou et leurs muses respectives, Mathilde et Gaëlle. Merci d'avoir parcouru cet internat à mes côtés et d'avoir partagé vos connaissances en gériatrie...Longue vie à vous !

À Cédric, mon camarade. Merci pour ton soutien tout au long de ces études, des premiers schémas d'anatomie à la réalisation de cette thèse. On y est arrivé !

À mon épicier préféré et ami d'enfance, Rémi. Tu as eu le courage de t'expatrier et tu as trouvé le bonheur auprès de ton épouse. Vivez heureux.

Au Dr Mélanie PARENT, pour tes encouragements et ton enthousiasme. Travailler à tes côtés fut un réel plaisir.

Au Dr Maxime PAYSANT, pour ses bons conseils dans la réalisation de ce travail

À la MSP de Pesmes et de Pagney, pour votre accueil et votre bienveillance durant ces années de remplacement.

Merci à toutes et à tous.

## *SERMENT D'HIPPOCRATE*

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, 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 dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*





# **SOMMAIRE**

- Liste des abréviations
- I. Introduction
- II. Contexte de l'étude
- III. Matériel et méthodes
- IV. Résultats
- V. Discussion
- VI. Conclusion
- VII. Annexes
- VIII. Bibliographie
- IX. Plan détaillé

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

APA : American Psychiatric Association

BDNF: Brain-Derived Neurotrophic Factor

CSDD : Cornell Scale Depression and Dementia

CDOM : Conseil Departemental de l'Ordre des Médecins

ECT : Electro-Convulsivo-Thérapie

EDM : Épisode Dépressif Majeur

EMS : Établissement Médico-Sociaux

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

DPA : Dépression de la Personne Agée

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

GDS : Geriatric Depression Scale

IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

ISRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et Noradrénaline

MG : Médecin Généraliste.

MA : Maladie d'Alzheimer

MMSE : Mini-Mental State Examination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personne Agée

PEC : Prise En Charge

SiADH : Sécrétion Inappropriée de l'Hormone Anti-Diurétique

TAD : Traitement Anti-Dépresseur

TC : Troubles Neuro-Cognitifs

## I. INTRODUCTION

La dépression représente l'une des pathologies mentales les plus fréquentes chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Sa prévalence avoisine les 3% en population générale et jusqu'à 30% en institution. Elle est jusqu'à trois fois plus fréquente que dans la population âgée de 18 à 65 ans (1).

En France, le retentissement de la dépression est majeur, tant sur le plan humain que sur le plan économique. Elle est responsable d'une majoration du risque suicidaire, avec une surreprésentation de cette tranche d'âge, parmi les décès par suicide. Elle constitue également une charge sanitaire importante avec une perte d'autonomie et une institutionnalisation croissante(1).

Le médecin généraliste (MG) tient une place centrale dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la dépression de la personne âgée (DPA). Selon le baromètre santé de 2005, il représente le premier professionnel de santé consulté dans la prise en charge de la dépression, tout âge confondu, devant les psychiatres et les psychologues avec respectivement 21,1 %, 13,3 % et 7,1 % des recours (2). Une étude menée en 2011 précise que, parmi les patients présentant une souffrance psychique, la dépression représente 67 % des consultations hebdomadaires de médecine générale. Lorsque les MG sont interrogés dans cette étude, neuf sur dix déclarent en assurer seul la prise en charge (3).

En lien avec des particularités cliniques bien décrites dans la littérature, la personne âgée (PA) dépressive est exposée au sous diagnostic, retardant ainsi l'initiation du Traitement Antidépresseur (TAD). Une méta-analyse souligne en effet, une moindre capacité à reconnaître la dépression chez la PA en soins primaires, par rapport au sujet jeune (4). De plus, on estime que seulement 30 % des PA dépressives bénéficient d'un TAD et qu'il est adéquat dans un quart des cas, avec des doses et des durées souvent infrathérapeutiques (5) (6) .

Comme dans beaucoup de domaines en médecine générale, le diagnostic et le traitement de la DPA sont donc influencés par des facteurs médicaux et non médicaux, s'articulant autour de la relation MG-patient (7) (8).

**L'objectif principal de ce travail de thèse est de mettre en avant les principaux déterminants du diagnostic et du traitement initial de la DPA.**

**L'objectif secondaire est de savoir s'il existe des différences significatives entre les médecins qui prescrivent initialement le TAD et ceux qui s'abstiennent, selon leur formation et leur condition d'exercice.**

**Il est important de noter que la prise en charge non médicamenteuse de la DPA ne sera pas abordée dans ce travail.**

## II. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

### 1. Définitions et facteurs de risque de dépression

#### a. Personne âgée et vulnérabilité

Dans la littérature actuelle, il n'existe pas de définition simple ni consensuelle de la personne âgée. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est l'âge civil de 65 ans voire 60 ans et plus, qui est retenu pour définir une personne comme « âgée ». Ce seuil donnant l'accès à l'ensemble des prestations sociales et sanitaires spécifiques à cet âge. Il encadre également souvent la période de cessation des activités professionnelles (avec des limites encore floues à l'heure actuelle pour le départ à la retraite...).

Cette notion de limite d'âge ne paraît pourtant plus adaptée à la population actuelle de « papy-boomer » vieillissante en bonne santé grâce au progrès de la médecine. En effet, aujourd'hui l'espérance de vie en France est de 85,4 ans chez les femmes et de 79,3 ans chez les hommes. Les PA de plus de 65 ans représentaient ainsi 20,5 % de la population française au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Selon le scénario central des projections de population publié par l'INSEE en 2016, elles pourraient occuper 27,8 % de la population dans notre pays en 2070 (avec un regain particulier attendu pour les plus de 75 ans). Une croissance démographique qui n'épargne également pas la population européenne puisque les plus de 65 ans représentaient 19,7 % dans l'Union Européenne en 2018. Elle pourrait atteindre les 29,8 % en 2070 (9).

En médecine gériatrique, c'est finalement l'âge « physiologique » qui est davantage considéré que l'âge civil. Il correspond à l'âge à partir duquel la probabilité de survenue de problème de santé aiguë et/ou de décompensation de pathologie chronique en cascade est plus grande ; soit en général à partir de 75 ans ou de 65 ans avec polyopathie (10).

#### b. Les facteurs de risques dépressogènes

##### ❖ Le vieillissement : une vulnérabilité à part entière

Il s'agit d'un processus progressif et irréversible correspondant à l'ensemble des mécanismes physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme soumis à des facteurs génétiques et environnementaux tout au long de sa vie (10).

Sur le plan neurobiologique, il a été constaté une déplétion préférentielle des voies de neurotransmissions sérotoninergique et dopaminergique sous-tendues par une perte neuronale et déficit en facteur neurotrophique (BDNF), en lien étroit avec les manifestations cognitives de la vieillesse. D'autres mécanismes moléculaires et cellulaires sont impliqués dans l'altération de la neurogénèse et plasticité cérébrale au cours du vieillissement. On observe entre autres une dysfonction mitochondriale causant l'excès de radicaux libres de l'oxygène (RLO) ainsi qu'une dysrégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénale avec une tendance à l'hypercortisolisme. Ces modifications biologiques prédisposent à la dépression et peuvent être favorisées par certaines situations pathologiques ; comme les affections cérébro-

vasculaires (exemple de la dépression post AVC) ou les maladies inflammatoires chroniques (11).

Sur le plan fonctionnel, le vieillissement est marqué par une réduction des capacités et des réserves rendant plus difficile l'adaptation du sujet âgé aux stress extérieurs. Il peut être caractérisé par un affaiblissement des capacités sensorielles avec une presbycusie et des troubles visuels qui l'isolent de son environnement. Une flexibilité mentale amoindrie se reflétant par des difficultés mnésiques et exécutives. Une marche plus instable et des gestes malhabiles qui l'exposent davantage aux chutes...(10) .

Sans pour autant être synonymes de dépression, les manifestations corporelles et psychiques du vieillissement, auxquelles viennent s'ajouter les maladies chroniques, peuvent être source de fragilité. La PA devient ainsi dépendante de son environnement.

❖ Facteurs psychosociaux et environnementaux :

En plus des pertes fonctionnelles et d'autonomie auxquelles peut être soumise la personne âgée au cours de son vieillissement, il existe des pertes inéluctables sur le plan social qui l'expose au risque de dépression tel que le deuil. Une prévalence particulière de la dépression est ainsi reconnue chez la femme âgée veuve (12).

La retraite et l'institutionnalisation contribuent aussi à l'isolement social et au risque de dépression. On peut citer par ailleurs : le faible niveau culturel, économique, la vie en milieu rural et le tabac qui sont aussi plus souvent associés à la DPA (12).

La dépendance de la PA malade, particulièrement en cas de démence type Alzheimer, est source de vulnérabilité psychique et de dépression pour son aidant principal qui est bien souvent l'épouse et qui est elle-même âgée (13).

Véhiculant souvent une image péjorative de « déclin », la vieillesse peut ainsi être perçue comme une véritable crise existentielle et une perte de l'estime de soi, favorisant la survenue de la dépression chez le sujet âgé.

❖ Polypathologie et polymédication :

Le cumul de maladies chroniques peut précipiter ou prédisposer à la dépression de la personne âgée fragile. À cette polypathologie répond bien souvent une polymédication, source de iatrogénie et aggravant le risque de dépression. L'intrication d'une pathologie chronique peut-être relativement complexe avec la dépression, selon son mode évolutif, pouvant se constituer cause ou conséquence de celle-ci. On peut citer entre autres la dépression d'origine vasculaire, dont les caractéristiques sont développées plus loin. Motif également fréquent de consultation chez la PA, les douleurs rhumatismales chroniques peuvent générer de la dépression, en particulier gonalgies et lombalgies. Elles multiplient aussi le risque iatrogénique avec la prescription itérative d'antalgiques et d'anti-inflammatoires (14).

Sans être exhaustifs, les principales comorbidités et médicaments reconnus dans la dépression ainsi qu'un schéma général récapitulant les facteurs de risque de DPA ont été représentés par G. Alexopoulos (cf. figure 1 et figure 2) (15).

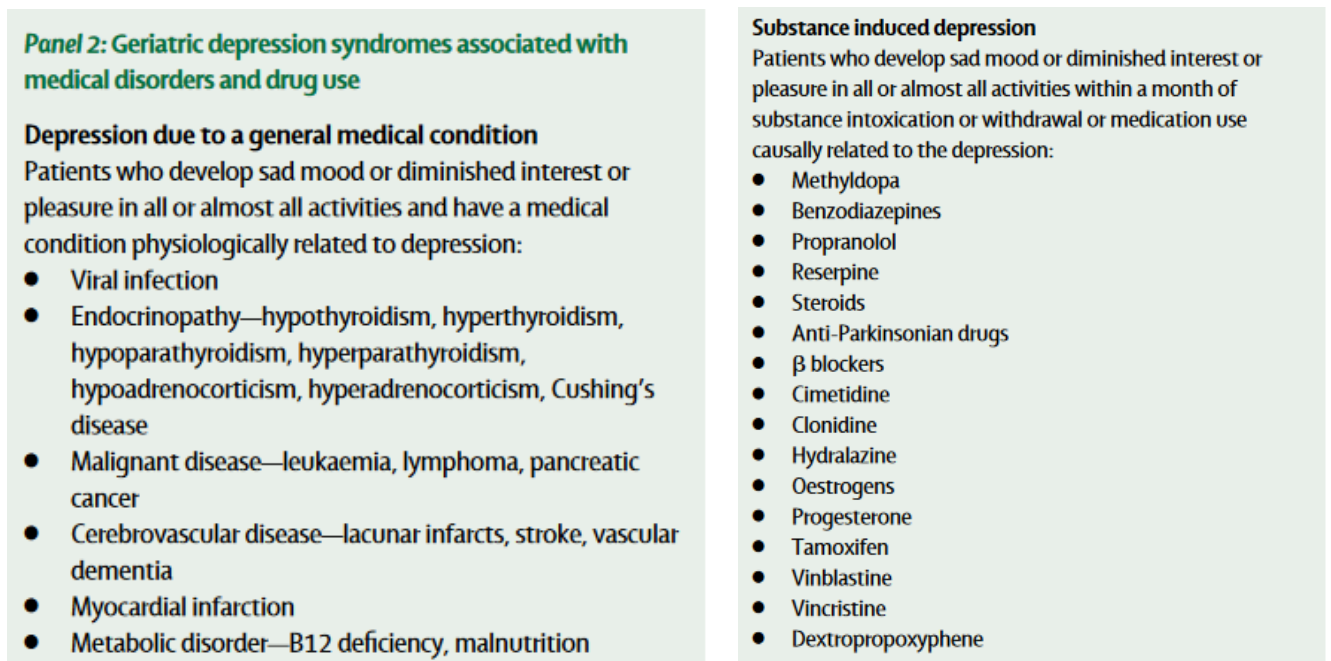


Figure 1 : Principales pathologies et médicaments « dépressogènes » chez la personne âgée (15).

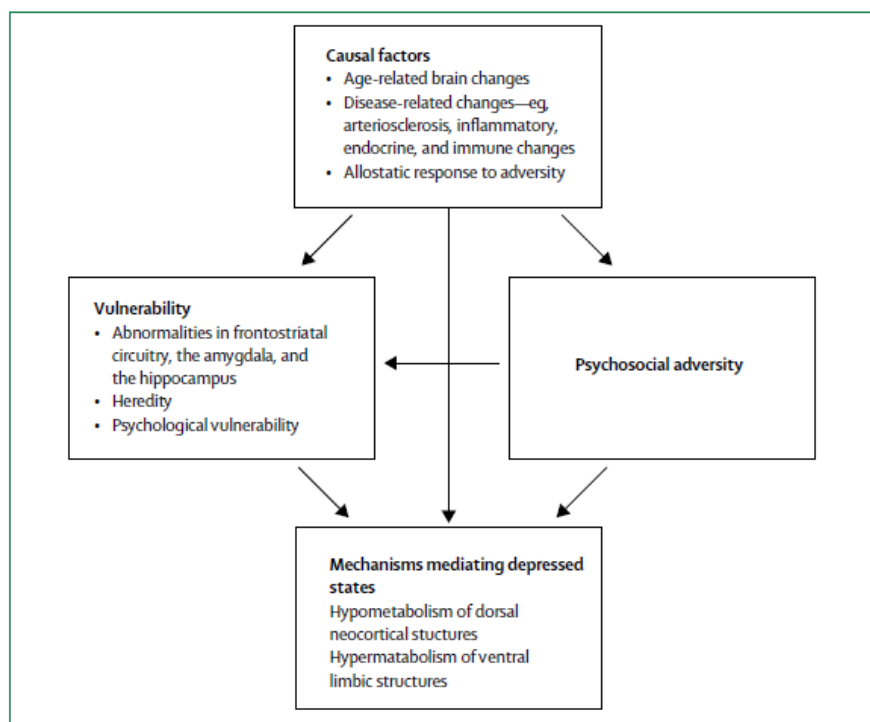


Figure 2 : Schéma représentant les facteurs de risque de dépression chez le sujet âgé selon G. Alexopoulos (15).

## 2. Dépression ; épidémiologie et conséquences chez la PA

### a. Impact sanitaire

Les troubles dépressifs arrivent en tête des affections mentales chez les personnes âgées. Selon les critères diagnostiques utilisés, sa prévalence est très variable. On note une nette prédominance de celle-ci chez la femme et les PA en institution. En 2017, le « baromètre santé » rapportait une dépression au cours des douze derniers mois, chez respectivement 7,9 % des femmes et 2,7 % des hommes âgés de 65 à 75 ans. La cohorte de grande envergure « PAQUID » menée en Aquitaine montrait une prévalence de 13 % en population générale, 30 % chez les patients hospitalisés et jusqu'à 50 % en institution (16).

Au niveau mondial, elle représente 7 % de la population, et elle est responsable de 5,7 % des incapacités totales selon les chiffres de l'OMS (17).

La DPA est par ailleurs source de dépendance puisque, selon l'intensité de ses manifestations, elle dégrade la qualité de vie et la capacité de récupération (18).

Une étude américaine a montré une augmentation significative des coûts en santé (+ 1000 à + 1700 USD) alloués à la prise en charge ambulatoire comme hospitalière de la DPA, par rapport au reste des PA non dépressives (19).

### b. Complications spécifiques

Outre son retentissement sur le plan fonctionnel majorant le risque d'hospitalisation et d'institutionnalisation, la DPA présente des complications particulières lourdes de conséquences :

#### ❖ DPA et maladies cardio-vasculaires :

Dans la littérature, elle constitue un facteur de risque cardio-vasculaire non négligeable, car elle est associée de manière significative à la survenue de diabète, d'AVC et d'IDM avec un Odd Ratio respectivement de 2,2 ; 4,5 et, 2,7 selon les études (20).

#### ❖ DPA et suicide :

La France présentait en 2008 l'un des taux les plus élevés d'Europe occidentale en ce qui concerne le suicide accomplis chez la PA, soit deux fois plus qu'en population générale. À noter qu'à partir de 85 ans, le taux de suicide est six fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. (21)

Les pensées suicidaires sont reliées aux états dépressifs dans 23 % des cas, derrière l'isolement social, constituant les deux premiers facteurs de risque de suicide chez la PA (22).

Le suicide chez la PA possède des caractéristiques cliniques qui lui sont propres, constituant un réel enjeu en termes de dépistage. Ainsi, avec l'âge, la crise suicidaire est atténuée. A contrario de l'intentionnalité suicidaire et de la détermination, qui sont en générale, plus grandes. En lien avec une fragilité accrue, le ratio tentative de suicide / suicide accompli tend alors à s'inverser avec l'âge (21) (23).



Selon certaines études, il est également noté que le suicide paraît plus important en maison de retraite (notamment par pendaison) qu'à domicile, un sujet encore peu évoqué dans la littérature (24).

❖ DPA et chute :

La DPA réduit la vitesse de marche ainsi que la hauteur des pas. Le temps de double appui se trouve de surcroît prolongé, favorisant l'accrochage du pied aux différents obstacles et précipitant la chute.

L'anhédonie, l'anxiété, les troubles du sommeil ainsi que la dénutrition induits par la dépression, peuvent accentuer la fragilité psychomotrice avec une vitesse de marche particulièrement réduite (25).

À l'inverse après une chute chez la PA, on note une véritable peur de rechuter, entraînant un repli sur soi, pouvant précéder l'apparition de troubles thymiques et posturaux à l'origine du syndrome post-chute (26).

### 3. Diagnostic de la dépression de la personne âgée

#### a. Définition et outils diagnostiques

Pourtant trois fois plus fréquent que chez le sujet jeune, l'épisode dépressif caractérisé (EDC), tel qu'il est défini par l'OMS et l'APA dans la CIM-10 et le DSM-V respectivement, paraît plus difficilement identifiable chez la personne âgée en pratique (cf. annexe 1 et annexe 2) (27), (28). En effet, il comporte les aspects cliniques de « tristesse de l'humeur » et « de perte d'intérêt » évoluant sur au moins deux semaines, comme des critères diagnostiques obligatoires. Considérés à tort comme l'expression d'une vieillesse grandissante, les affects dépressifs sont cependant plus frustes chez la PA. On note ainsi une tristesse et une anhédonie moins verbalisées et susceptibles d'être négligées, voire banalisées par les professionnels de santé, l'entourage ou la PA dépressive elle-même. Le diagnostic de dépression peut en être ainsi méconnu jusqu'à 40 % des cas (29). Les autres critères cités dans ces référentiels tels que le « ralentissement psychomoteur », « l'asthénie » et leur « retentissement cliniquement significatif » sont également plus complexes à apprécier dans le quotidien d'une PA démente et en autonomie réduite. Une étude suédoise a montré que les TC et le déclin fonctionnel influençaient significativement les critères diagnostiques du DSMV/CIM-10 chez la PA (30).

Enfin, les manifestations somatiques de la dépression peuvent aisément se confondre avec la polypathologie et polymédication justifiant davantage à cet âge, la réalisation d'un bilan initial rigoureux afin d'éliminer les « effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale ».

Les autres états ou équivalents dépressifs, qui ne rencontrent pas en totalité les critères du DSM5, sont regroupés sous les termes de « dépression mineure », « sub-syndromique ». Deux à trois fois plus fréquents chez la PA que les EDC « typiques », ces formes atténuées de dépression remettent ainsi en question l'application des critères « officiels » en pratique (31).

Des outils de dépistage ont été validés comme premier repérage de la DPA, comme la Geriatric Depression Scale 30 et 15 items (GDS 30/ GDS 15) et sa version simplifiée à quatre items ; le mini-GDS, rapide et simple d'utilisation en soins primaires (32) (33) (34) (cf. annexe 3 et annexe 4). La sensibilité diagnostique des versions courtes varie entre 88,9 % et 100 % pour les EDC et entre 63,8 % et 97,9 % pour les dépressions mineures (35). Cette échelle historique qui s'intègre à l'Évaluation Gériatrique Standardisée et exclue les manifestations somatiques la dépression, perd son intérêt en présence de TC sévères avec MMSE inférieur à 15 (36). Dans ce cas, les échelles d'hétéroévaluation de Cornell (CSDD) ou l'Inventaire Neuro-Psychiatrique (NPI) semblent plus discriminantes, en présence de détériorations cognitives et troubles du comportement. Elles sont particulièrement adaptées pour les établissements médico-sociaux (cf. annexes 5 et annexe 6) (32) (36).

#### b. Spécificités gériatriques

La dépression chez la personne âgée comporte une expression somatique plus floride que chez le sujet jeune, présente jusqu'à 60 % des cas. Prenant ainsi le « masque » de pathologies diverses et variées ; les plaintes somatiques s'étendent des troubles fonctionnels jusqu'aux algies chroniques inexplicables, dont le retentissement émotionnel et fonctionnel apparaissent disproportionnés dans les formes « hypochondriaques » (29). Une étude prospective en Amérique Latine a montré que la douleur physique était présente dans 72,6 % des cas, en particulier chez les femmes, parmi les sujets âgés rencontrant les critères DSM de l'EDC. Ces algies concernaient dans la plupart des cas les céphalées, cervicalgies et lombalgies et leurs intensités et leur retentissement sur la qualité de vie, étaient significativement proportionnelles à l'intensité des symptômes dépressifs (37). On peut souligner également les plaintes de la sphère bucco-pharyngées, notamment chez la femme, comme les classiques « glossodynies », révélatrices d'un syndrome dépressif dans un tiers des cas (38). Il en est de même pour l'insomnie avec des réveils très précoces, présente jusqu'à 76 % dans les états dépressifs constitués, considérée par certaines études comme un facteur indépendant de rechute et de chronicisation de la dépression (39).

Les troubles cognitivocomportementaux occupent aussi une place prépondérante dans le spectre de la dépression gériatrique et ont un impact majeur sur son diagnostic et son pronostic, souvent associés à une moindre efficacité thérapeutique. Il peut s'agir d'agressivité et d'agitation prédominante dans les formes « hostiles », en passant par une inhibition psychomotrice et un désinvestissement pour la vie relationnelle dans les formes « dysexécutive » ou « conative », avec un retentissement fonctionnel plus marqué (29).

La présentation dépressive chez la PA peut se limiter à un refus alimentaire, de prise médicamenteuse, ou une alcoolisation tardive constituant une rupture, parfois discrète avec le comportement habituel, qu'il convient de rechercher (1).

Il existe des formes cliniques plus bruyantes qui constituent une urgence psycho gériatrique. C'est le cas des présentations psychotiques avec mélancolie délirante pouvant aller jusqu'aux idées de préjudices, voire de ruine et des hallucinations qui sont retrouvées jusqu'à 5 % des cas (1). À l'extrême, des idées de négation d'organe peuvent être rencontrées dans le syndrome de Cotard (1) (29). Enfin, proche d'une forme de dépression mélancolique selon

certaines auteurs, on peut observer un « syndrome de glissement ». Il s'agit d'un terme francophone, d'utilisation souvent abusive en pratique, réservé à une détérioration rapide et profonde de l'état général et d'issue souvent fatale. Il survient au décours d'un traumatisme physique ou psychique (hospitalisation, décès d'un proche...) et comporte la triade symptomatique ; anorexie-adipsie / troubles génitosphinctériens / état confuso-dépressif (1) (40).

### c. Associations pathologiques fréquentes

Quelques pathologies courantes du grand âge s'associent volontiers à la dépression et peuvent réunir l'ensemble des formes cliniques précédemment décrites.

On peut citer parmi celles-ci :

#### ❖ Dépression vasculaire :

Autrefois considérée comme un concept, elle est actuellement reconnue comme une entité clinique à part entière et répond à des critères diagnostiques précis, proposés par des études antérieures (cf. annexe 7) (41). Une étude prospective, réalisée à Nancy en 2012 dans le cadre du protocole hospitalier de recherche ADELAHYDE II, a montré l'existence de lésions cérébro-vasculaires, induites en particulier par l'HTA chez 89 % des sujets âgés dépressifs (42).

La prévalence de la dépression vasculaire peut atteindre un tiers des patients, selon les séries, en phase aiguë après un AVC. Son début est plus tardif et il n'y a peu ou pas d'antécédent dépressif. Sous-tendue par un mécanisme de micro angiopathie cérébrale au niveau striato-frontal, elle se répercute en clinique par une atteinte préférentielle des fonctions exécutives, avec ralentissement psychomoteur et baisse de fluence verbale. À l'imagerie, elle se caractérise par des lésions de type lacunaires et démyélinisantes de la substance blanche à l'IRM (leucariose et classification de Fazekas) (20) (41).

#### ❖ Dépression et troubles cognitifs :

Chez la personne âgée, l'association démence et dépression est fréquente. Le pronostic est d'autant plus sombre que les capacités fonctionnelles sont réduites dans de nombreux domaines, particulièrement sur le comportement (figure 3) (43).

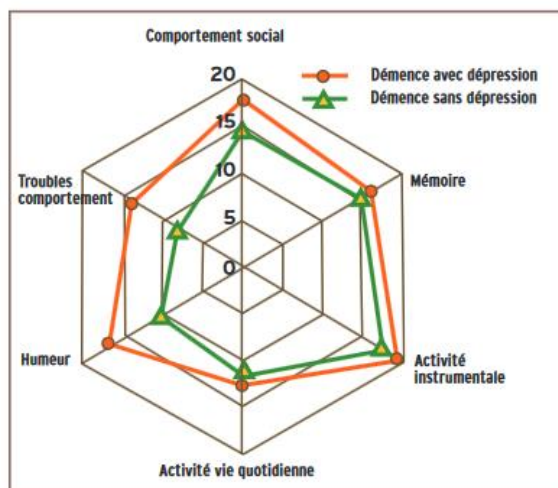


Figure 3 : Échelle de NOSGER utilisée sur 321 malades déments dépressifs ou non (43)

D'importantes variations de prévalence sont retrouvées selon les séries avec des états dépressifs pouvant affecter 20 à 30 % des patients souffrant de maladie d'Alzheimer (MA). Dans la maladie de Parkinson, la dépression peut atteindre entre 20 à 50 % des cas. On la retrouve associée également à la démence fronto-temporale et à la démence à corps de Lewy (44) .

La distinction entre la détérioration cognitive liée aux troubles thymiques et les manifestations psychocomportementales de la démence peut relever du défi en pratique. L'hypothèse que la dépression serait un prodrome à la démence notamment dans la MA, dite alors « pseudo-démentielle », prédomine dans de nombreuses études (44). Dans ce cas, la dépression se distingue principalement par son mode évolutif. Elle est marquée au stade précoce par l'atteinte de la mémoire épisodique en particulier dans le rappel indicé et de la fluence verbale. À un stade plus avancé, l'atteinte cognitive prédomine (44) (45). De plus, des manifestations psychotiques à type de délires ou hallucinations ont pu être plus fréquemment observées chez les patients dépressifs atteints de MA (46). Dans la démence « sans dépression », l'apathie et l'agitation sont plus marquées et, il n'y a ni tristesse permanente, ni dévalorisation ou idées suicidaires. Dans ce cas, le TAD n'a que peu d'efficacité (47).

#### ❖ Dépression et Anxiété :

Suivant de près les troubles de l'humeur parmi les affections psychiatriques les plus rencontrées chez le sujet âgé, l'anxiété en particulier dans sa forme généralisée, peut réaliser un continuum avec la dépression (29). Une étude néerlandaise a montré que les troubles anxieux pouvaient être associés à la DPA jusqu'à 47,5 % des cas. L'isolement social est un des principaux dénominateurs communs qui a été retrouvé, pérennisant le syndrome anxio-dépressif chez la PA (48) (49).

L'ensemble du spectre de la dépression gériatrique, décrit ci-dessus, est résumé dans le Tableau I.

Tableau I : Résumé des formes cliniques de la DPA (49).

| Type de dépression     | Caractéristiques                                                                                                                                                                           |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Majeure                | Présence d'au moins 5 symptômes décrits dans le DSM-V                                                                                                                                      |
| Mineure                | Présence d'au moins 3-4 symptômes décrits dans le DSM-V                                                                                                                                    |
| Somatique              | Prédominance de plaintes somatiques, déni de sentiments de dépression, absence apparente de tristesse                                                                                      |
| Syndrome de glissement | Désinvestissement totale de sa vie                                                                                                                                                         |
| Hypocondriaque         | Dominance de symptômes physiques, inquiétude exacerbée, égocentrisme, revendicateur                                                                                                        |
| Syndrome de Cotard     | Forme extrême avec délire de négation d'organes                                                                                                                                            |
| Délirante              | Les thèmes des délires sont variés : incurabilité, auto-accusation, persécution, jalousie ( & antécédents)                                                                                 |
| Pseudo-déméntielle     | Les troubles cognitifs sont prédominants et améliorés par la prise d'antidépresseurs                                                                                                       |
| Hostile                | Violence verbale/physique hétéro- ou aut centré, agressivité, susceptibilité, agitation, méfiance, comportements passifs agressifs, harcèlement                                            |
| Anxieuse               | Les symptômes anxieux sont prédominants : inquiétude permanente, appréhension, difficultés à se détendre                                                                                   |
| Conative               | La démotivation est au premier plan (désengagement relationnel et affectif, apathie, négligence, dépendance croissante)                                                                    |
| Vasculaire             | Secondaire à une pathologie cérébrale vasculaire. Ralentissement psychomoteur marquée, peu d'introspection, apathie marquée, difficultés dans les tâches cognitives, anosognosie fréquente |

#### 4. Prise en charge de la Dépression de la personne âgée

##### a. Stratégies thérapeutiques

Quelle que soit la stratégie thérapeutique qui sera adoptée devant une DPA, elle doit résulter d'une évaluation du sujet âgé dans sa globalité, de la gravité des symptômes dépressifs et des risques associés (suicidaire, nutritionnel, fonctionnel...). Selon la HAS, les principes thérapeutiques rejoignent ceux du sujet plus jeune, qui sont orientés par l'intensité des symptômes dépressifs. Le traitement antidépresseur n'est à envisager qu'à partir des formes modérées à sévère, ou lors d'un premier échec de prise en charge non médicamenteuse d'un EDC léger (cf. annexe 8) (16) (50).

La stratégie non médicamenteuse est d'indication plus large. Elle repose sur une intervention psychosociale, quelle que soit la gravité, avec une psychothérapie adaptée aux capacités cognitives de la personne âgée (50). Associée au TAD, elle a une efficacité supérieure à une

stratégie médicamenteuse seule (51) (52). Victime de nombreux préjugés à cet âge, comme la perte de la capacité ou la motivation au changement, la psychothérapie est peu réalisée en pratique (1). Le sujet âgé s'est révélé pourtant sensible à cette méthode notamment la thérapie cognitivocomportementale (TCC) et les thérapies de groupe (52). Une étude a montré l'impact significatif de la TCC sur l'échelle GDS et les schémas cognitifs inadaptés, tels que l'abandon, le désengagement ou la vulnérabilité, qui prédominent chez la DPA (53).

En ce qui concerne la sismothérapie ou l'électro-convulsivothérapie (ECT), elle trouve son indication en première intention dans les formes sévères ou en seconde intention devant une dépression chimiorésistante. L'ECT est formellement contre-indiquée en présence d'hypertension intracrânienne. Les risques de saignements (infarctus récent, anévrisme, anticoagulants...) plus fréquents chez la PA, doivent également faire discuter son indication (1).

#### b. Choix du traitement antidépresseur

##### ❖ Principes généraux :

En lien avec les modifications des paramètres pharmacocinétiques / dynamiques et la présence accrue de comorbidités liées au vieillissement, le sujet âgé est particulièrement vulnérable au risque de iatrogénie médicamenteuse.

Selon une étude de la HAS en 2002, le taux de médicaments consommés quotidiennement chez les plus de 65 ans et les plus de 80 ans s'élevait en moyenne à 3,9 et 4,4 respectivement. Les psychotropes arrivant en seconde position des médicaments les plus consommés chez la personne âgée (54). Paradoxalement, on estime que seulement 15 % des patients âgés sont correctement traités pour un EDC (posologie et/ou durée de traitement insuffisante). De plus, les antidépresseurs constituent une classe médicamenteuse peu exploitée dans les essais cliniques chez les sujets de plus de 65 ans, en raison d'effets indésirables potentiels et des résultats peu extrapolables à partir des sujets plus jeunes (1) (16).

Le choix du traitement doit également être guidé par des réponses antérieures aux antidépresseurs et être clairement expliqué au patient âgé, afin d'en limiter le risque de mésusage. Une revue de la littérature de 2014 a souligné l'importance de la relation « médecin-malade » en montrant les cinq principaux axes autour desquels s'articule la prise en charge de la DPA. Ils correspondent à : l'alliance thérapeutique, la précocité du traitement, la globalité de la prise en charge, le suivi et la limitation thérapeutique (55).

Avec les particularités pharmacologiques du vieillissement citées précédemment, la réponse au TAD est plus allongée chez la PA et doit être prise en compte dans sa durée. Sa posologie initiale doit aussi être réduite de moitié par rapport au sujet jeune, et augmenter progressivement, respectant le principe du : « start slow, go slow ». Aussi, la monothérapie et les modifications de molécules doivent être privilégiées aux augmentations de posologie (1) (16).

On considère ainsi une phase « d'attaque » de quatre à huit semaines visant la rémission, d'au moins de moitiés, de la symptomatologie dépressive. Si celle-ci est atteinte, une deuxième

phase dite de consolidation prévenant les rechutes, prolonge le traitement pendant un minimum. Une dernière phase de « maintenance », de durée plus aléatoire et controversée chez la PA, peut être envisagée afin de limiter les récurrences. Enfin, l'arrêt du TAD doit être progressif et le plus adapté possible à la PA pour prévenir d'éventuels symptômes de sevrage aux antidépresseurs (16) (50).

❖ Classes médicamenteuses :

Le traitement antidépresseur représente ainsi, un enjeu majeur de la prise en charge de la dépression du sujet âgé, devant allier efficacité et profil de sécurité optimal.

Les recommandations de bonnes pratiques sont ainsi en faveur de l'utilisation des Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine / Noradrénaline ( ISRS/ISRSNa) en première intention (50). Leur utilisation est entre autres privilégiée pour leur maniabilité et leurs propriétés, tantôt psychostimulante telle que la Fluoxétine ou neutre comme la Sertraline. La composante douloureuse est plus spécifiquement accessible aux ISRSNa comme la Duloxétine. La Vortioxétine peut être privilégiée lorsque les plaintes cognitives de la dépression sont au premier plan (16) (56).

Leurs effets indésirables les plus fréquemment rencontrés sont les troubles digestifs et l'hyponatrémie par Sécrétion Inappropriée de l'Hormone Antidiurétique (SIADH). Il existe également un risque commun de saignement et d'allongement de l'intervalle QT, potentialisés en cas d'interactions médicamenteuses (IM) avec les anticoagulants et les antiarythmiques respectivement. À ce titre, les molécules les plus sujettes aux interactions sont la Paroxétine, Fluvoxamine et Fluoxétine. Parmi les ISRSNa, on note un risque plus élevé d'hypertension artérielle imposant une surveillance rapprochée de celle-ci, en particulier sous Venlafaxine. Le syndrome sérotoninergique (confusion, hyperthermie, hyperactivité neuro-musculaire) est à redouter lors de certaines associations, tels les Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase IMAO ou le Tramadol (16) (56).

La classe des « autres antidépresseurs » de première intention comprend également la Miansérine et la Mirtazapine aux propriétés sédatives, privilégiant leur emploi le soir. Une activité orexigène est attribuée plus spécifiquement à la Mirtazapine. Leur utilisation est à préférer devant les ISRS/Na, lorsqu'il existe un risque important d'hyponatrémie ou d'IM. Toutefois, cette classe d'antidépresseur comporte un risque rare d'agranulocytose qu'il convient de mentionner (16) (56).

Les Antidépresseurs Tricycliques (ATC) ou Imipraminiques ne sont à envisager qu'en seconde intention devant leur toxicité cardiaque et leurs propriétés anticholinergique et antihistaminique, particulièrement confusiogènes. Ils peuvent trouver en revanche, leur indication dans les douleurs chroniques (16) (56).

Les IMAO sélectifs et réversibles, dont le seul représentant est la Moclobémide, sont réservés aux dépressions résistantes (16) (56). Avec un risque important d'IM, leur usage est limité.

#### ❖ Traitements associés

Largement prescrites chez la personne âgée souvent même en monothérapie, devant l'association courante aux troubles anxieux, les Benzodiazépines doivent être limitées dans leur durée et leur posologie, en raison de leur iatrogénie favorisant la somnolence et les chutes.

Quant aux antipsychotiques atypiques comme la Risperidone , avec un risque iatrogène également élevé à cet âge, leur utilisation spécialisée se limite aux situations avec trouble du comportement (16) (56) (57).

Les classes médicamenteuses de la DPA sont répertoriées dans l'annexe 9.



### III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

#### 1. Choix de l'étude et population

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive portant sur une population cible de 1088 médecins généralistes thésés, remplaçants ou non, exerçant en Franche-Comté. Les médecins ayant une pratique spécialisée exclusive ont été exclus. Une enquête préliminaire, menée auprès de dix médecins de la région préalablement sélectionnés, estimait un taux de réponse de 20 à 25 %.

#### 2. Recherche documentaire et élaboration du questionnaire

Le thème de la dépression de la PA a été abordé, via les ressources numériques disponibles sur le Service Commun de Documentation de l'Université de Franche-Comté incluant principalement Pubmed®, Google Scholar® et ScienceDirect®. Pour affiner la recherche, un criblage du sujet a été réalisé en associant les opérateurs suivants « dépression », « personne âgée/ later life / older people », « médecine générale/general practice » et « prise en charge/management ». Le logiciel de bibliographie de l'enseignement supérieur SUDOC® a également été consulté pour la recherche de thèse antérieure sur le sujet.

Le questionnaire préliminaire comportait 24 questions, portant sur les connaissances des MG et la prise en charge des PA en situation de dépression. Ce questionnaire a été ensuite restructuré, afin d'être moins orienté sur un contrôle des « bonnes pratiques ».

Ainsi recentré sur les déterminants et les difficultés rencontrées, le questionnaire final (annexe 10) comportait 17 questions fermées avec une expression libre en fin d'item. Les questions s'articulaient autour de deux axes principaux ; « diagnostic » et « prise en charge initiale ». L'intérêt porté pour chaque déterminant a été quantifié via une échelle de Likert.

#### 3. Recueil et analyse des données

Le questionnaire a été ensuite diffusé par mail aux MG inscrits aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la région, après accord préalable. Pour élargir le champ des répondants, le questionnaire a également été diffusé au Centre Régional des Généralistes Enseignants (CRGE).

L'enquête a été menée du 20 juillet 2022 au 24 octobre 2022. Couvrant une partie des vacances estivales, un mail de relance a également été envoyé début septembre. L'élaboration du questionnaire et le recueil des données se sont effectués avec l'aide du logiciel SphinxDeclic2®. Toutes les réponses étaient anonymes.

Quant à l'analyse statistique des données, la plupart des variables étudiées étaient qualitatives et ont été analysées en appliquant le test du Khi carré ou Khi-2 de Pearson, intégrés au logiciel SphinxDeclic2®. La marge d'erreur, pour l'interprétation des tests statistiques, était généralement fixée au seuil de 5 %.

## IV. RÉSULTATS

### 1. Participation et caractéristiques des médecins

Notre questionnaire de thèse a été diffusé à 1088 médecins généralistes inscrits sur les listes des CDOM de Franche-Comté, dont 575 dans le département du Doubs, 209 dans la Haute-Saône, 90 dans le Territoire de Belfort et 214 dans le Jura. Soixante-six médecins appartenaient au CRGE.

Nous avons obtenu 146 réponses, soit un taux de participation de 13 %.

Parmi eux, deux médecins ont été exclus de l'enquête, ayant une pratique hospitalière ou spécialisée exclusive, dont un psychiatre. Notre base de sondage incluait finalement 144 répondants. À noter que les questionnaires qui n'ont pas été complètement ou correctement remplis, ont été tout de même comptabilisés et représentaient 5.8% des réponses.

#### a. Données sociodémographiques et exercice des MG

Parmi les 144 médecins participants à notre enquête, 55 % étaient des femmes et 45 % étaient des hommes. Nous constatons que la tranche d'âge la plus représentée était celle des 31 -50 ans avec 54 % de répondants.

Une répartition équitable des réponses a été observée selon leur milieu d'exercice puisque 34% des MG exerçaient en secteur rural, 33 % en secteur semi-urbain et 30 % en secteur urbain.

Quand on regarde leur mode d'exercice, 44 % des MG exerçaient en groupe, contre 25 % et 22 % en MSP ou seul respectivement. Quatre médecins exerçaient exclusivement en Établissement Médico Social (EMS), représentés en totalité par les EHPAD. Les six pour cent restant étaient représentés par des médecins remplaçants ou des médecins ayant une pratique mixte cabinet et EMS/Hôpital. Parmi les MG exerçant en cabinet, la plupart ne réalisaient pas plus de 25 consultations quotidiennes et déclaraient avoir entre 25 et 50 % de PA parmi leur patientèle.

La répartition des répondants selon les caractéristiques démographiques et le mode d'exercice a été résumée dans le tableau II. Les catégories ou classes les plus représentées apparaissent en caractères gras.

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et exercices des médecins

| CARACTÉRISTIQUES                              | EFFECTIVES (%) |
|-----------------------------------------------|----------------|
| <b>1/SEXE</b>                                 |                |
| ➤ <b>FEMMES</b>                               | <b>78 (54)</b> |
| ➤ HOMMES                                      | 66 (46)        |
| <b>2/AGE</b>                                  |                |
| ➤ MOINS DE 30 ANS                             | 13 (9)         |
| ➤ <b>31-50 ANS</b>                            | <b>77 (53)</b> |
| ➤ 51-65 ANS                                   | 42 (29)        |
| ➤ PLUS DE 65 ANS                              | 11 (8)         |
| <b>3/LIEU D'EXERCICE</b>                      |                |
| ➤ RURAL                                       | 49 (34)        |
| ➤ SEMI-URBAIN                                 | 47 (33)        |
| ➤ URBAIN                                      | 43 (30)        |
| ➤ NON FIXE                                    | 5 (3)          |
| <b>4/TYPE D'EXERCICE</b>                      |                |
| ➤ SEUL EN CABINET                             | 31 (22)        |
| ➤ <b>CABINET DE GROUPE</b>                    | <b>63 (44)</b> |
| ➤ MSP                                         | 35 (24)        |
| ➤ EMS                                         | 4 (3)          |
| ➤ MIXTE/REMPLAÇANT                            | 9 (6)          |
| ➤ NON-RÉPONSE                                 | 2 (1)          |
| <b>5/PERSONNE ÂGÉE PARMİ PATIENTÈLE</b>       |                |
| ➤ MOINS DE 25%                                | 55 (38)        |
| ➤ <b>25 % -50 %</b>                           | <b>74 (51)</b> |
| ➤ PLUS DE 50 %                                | 15 (10)        |
| <b>6/NOMBRE DE CONSULTATIONS QUOTIDIENNES</b> |                |
| ➤ MOINS DE 15                                 | 13 (9)         |
| ➤ <b>15 - 25</b>                              | <b>68 (47)</b> |
| ➤ 26 - 40                                     | 57 (40)        |
| ➤ PLUS DE 40                                  | 5 (3)          |
| ➤ NON-RÉPONSES                                | 1 (1)          |
| <b>TOTAL</b>                                  | <b>144</b>     |

b. Formation continue et encadrement universitaire

On a pu remarquer que 19 % des MG ont bénéficié d'une formation en gériatrie et/ou psychiatrie au cours de leur cursus. Les formations spécifiques détaillées étaient les suivantes: la capacité de gériatrie/ gérontologie, les formations continues sur la TCC et thérapies brèves, les stages d'internat en gériatrie ou psychiatrie, l'hypnose, l'onco-gériatrie, Diplôme Inter Universitaire de soins palliatifs, DU d'éducation thérapeutique et DU de la douleur. À noter que trois MG ont déclaré avoir au moins deux diplômes ou plus et deux médecins n'ont pas précisé les formations qu'ils ont suivies.

Pour faciliter l'analyse statistique, nous avons arbitrairement regroupé selon les réponses libres, quatre catégories de formation suivantes; stages d'internat (gériatrie ou psychiatrie), FMC/thérapies, capacité de gériatrie/gérontologie, diplômes multiples (au moins deux).

La formation la plus fréquente était représentée par les stages de gériatrie et/ou psychiatrie au cours de l'internat, pour 38 % des répondants (Figure 4).

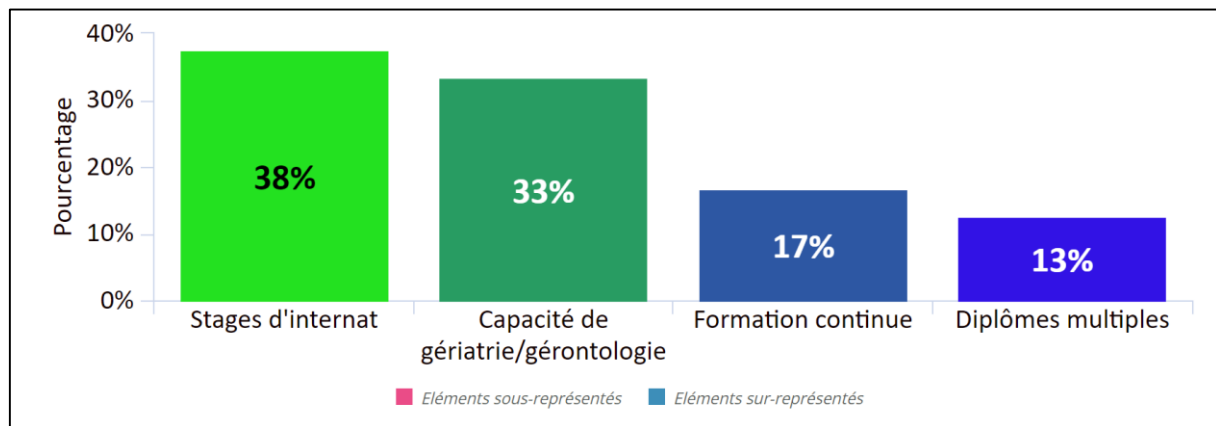


Figure 4 Principales catégories de formation des MG

Il y avait également parmi les répondants, 41 % des MG qui étaient Maître de Stage Universitaire (MSU).

Enfin, la plupart des MG n'étaient jamais consultés dans l'année par des représentants médicaux ou de laboratoires ; ils représentaient 44,4% des réponses. Une visite au moins annuelle ou trimestrielle était déclarée par 20,1 % et 13,2 % des MG, respectivement. Parmi les 5% de MG ayant répondu « autres propositions » à cet item, la plupart ont déclaré recevoir la visite d'un représentant au moins une fois par semaine.

## 2. Reconnaissance de la DPA

### a. Difficultés et freins diagnostiques

La majorité des MG avaient peu de difficultés pour repérer la DPA (Figure 5). Ils représentaient ainsi 54 % des réponses pour la fréquence « occasionnellement ». Un seul MG a déclaré avoir très souvent des difficultés diagnostiques ( $p < 0,01$ ).

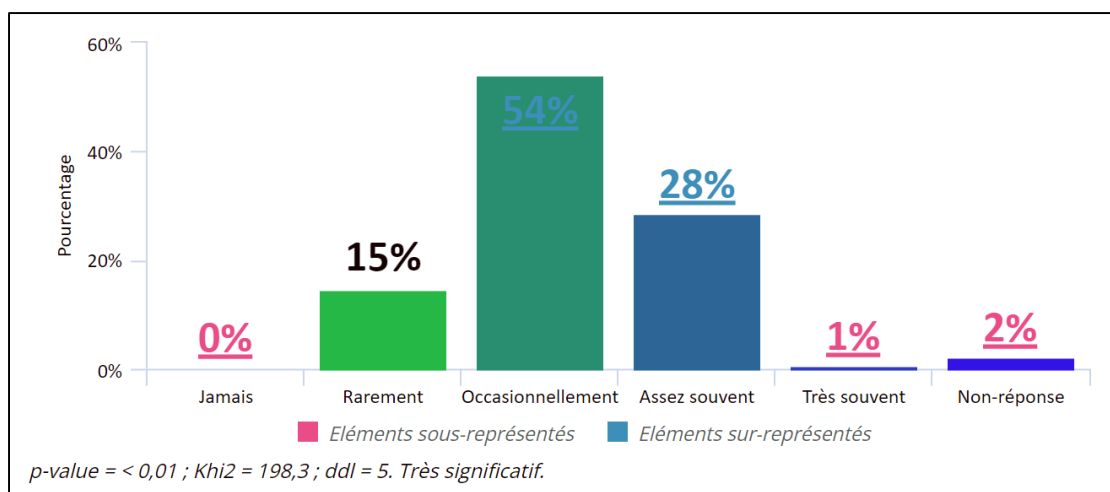


Figure 5 : Difficultés ressenties dans le diagnostic de DPA

Lorsque les MG ont été interrogés sur les obstacles rencontrés dans la reconnaissance de la DPA, ils ont évoqué dans 44 % des cas, la présence de TC. La poly pathologie et la présentation clinique de la dépression arrivaient en deuxième et troisième position des freins diagnostiques, avec respectivement 27 % et 20 % des réponses. Le manque de recommandations sur la dépression et la peur du jugement du patient lorsqu'elles leur étaient évoquées, représentaient moins de 1 % des freins cités pour chacun ( $p < 0,01$ ).

Parmi les obstacles ne figurant pas dans l'énoncé, un médecin a également cité le déni des symptômes dépressifs par l'entourage comme frein au diagnostic (Figure 6).

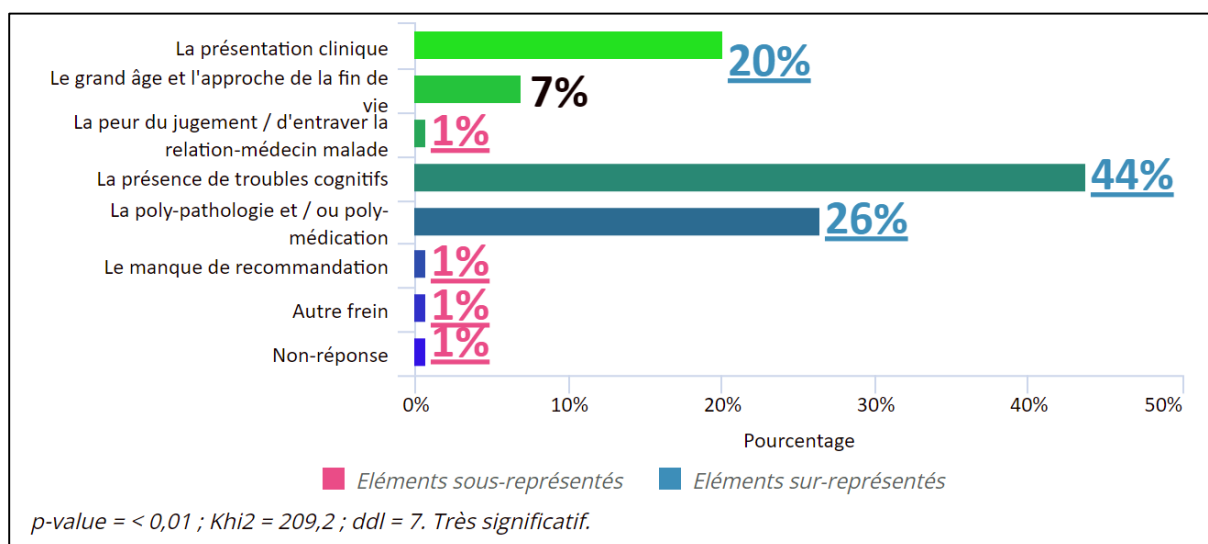


Figure 6 : Freins au diagnostic de DPA

#### b. Déterminants cliniques et dépistage de la DPA

Quand on a interrogé les MG pour savoir ce qui distinguait cliniquement, la DPA à la dépression du sujet jeune, ils ont cité en majorité: les troubles cognitivocomportementaux, les plaintes somatiques, le déclin de l'autonomie/fonctionnel et un déni dans respectivement 47 %, 42 %, 40 % et 35 % des cas ( $p < 0,01$ ) (Figure 7).

Selon les MG, l'acte suicidaire n'était pas plus présent chez la PA, avec 6% des réponses ( $p < 0,01$ ). De même qu'il n'y avait pas de prédominance féminine dans la dépression gériatrique, cité dans 1,6 % des cas. À noter qu'il n'y a eu aucune autre proposition dans l'item libre de cette question.

Parmi les déterminants contextuels ou circonstanciels motivant un dépistage de la dépression chez la PA, les MG ont répondu pour la plupart en faveur du deuil et de l'isolement social. Ils regroupaient respectivement 66 % et 63 % des réponses « tout à fait d'accord ». À noter également, l'importance de l'entrée en EHPAD et de la maladie/dépendance du conjoint motivant un dépistage de la DPA chez respectivement, 48 % et 47 % des MG ( $p < 0,01$ ) (Figure 8).

En revanche, avec 46 % des médecins « pas d'accord » et 13 % « pas du tout d'accord », l'hospitalisation de la PA pour motif aigu ne justifiait pas un dépistage en pratique. De même, dans un quart des cas, une situation socio-économique précaire ne justifiait pas une recherche de DPA en systématique.

Parmi les réponses libres, 18 MG ont rapporté des déterminants ne faisant pas partie des propositions. Leurs réponses ont fait ressortir trois autres déterminants majeurs dans le diagnostic, dont la perte de poids, l'expérience personnelle et le suivi du patient en insistant sur l'importance des visites à domicile.

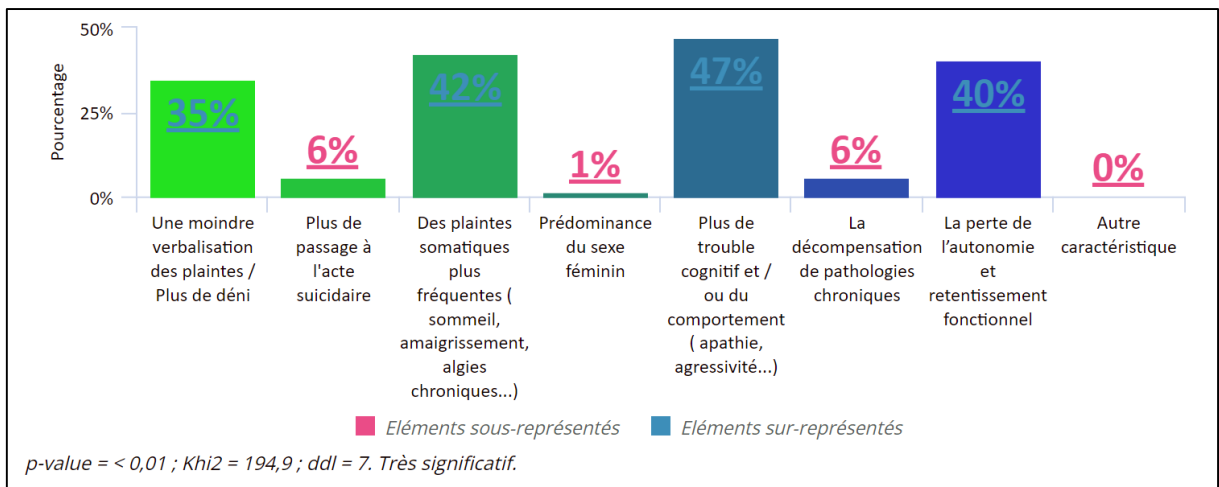


Figure 7 : Distinction entre dépression du sujet jeune et du sujet âgé

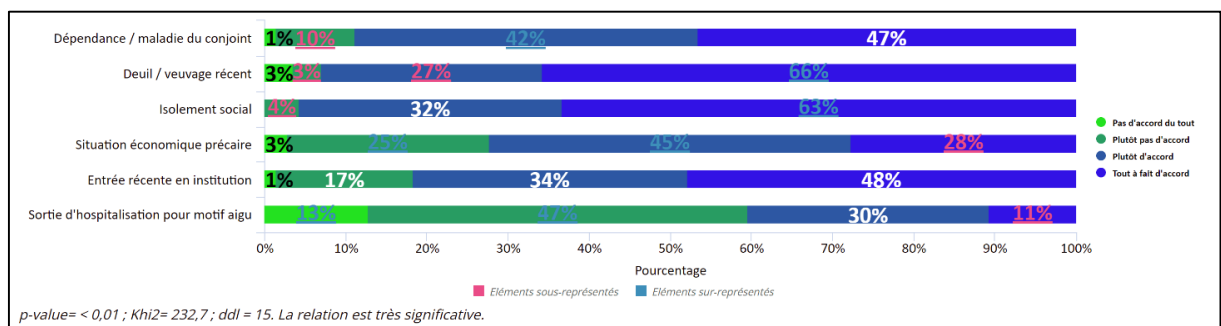


Figure 8 : Circonstances de dépistage de la DPA

### c. Solution d'aide au diagnostic de DPA

Les principaux appuis au diagnostic de DPA, émanaient de la famille et du réseau de soins, rassemblant respectivement 41 % et 47 % des réponses, pour les items « très important » ( $p < 0,01$ ) (Figure 9).

Le recours au spécialiste était plus partagé parmi les réponses, avec un tiers des MG accordant « peu d'importance » à un avis diagnostique ( $p = 0,04$ ).

Les échelles gériatriques spécifiques et les systèmes d'aide informatique étaient « sans importance » pour le diagnostic, dans 23 % et 38 % des cas ( $p < 0,01$ ) respectivement.

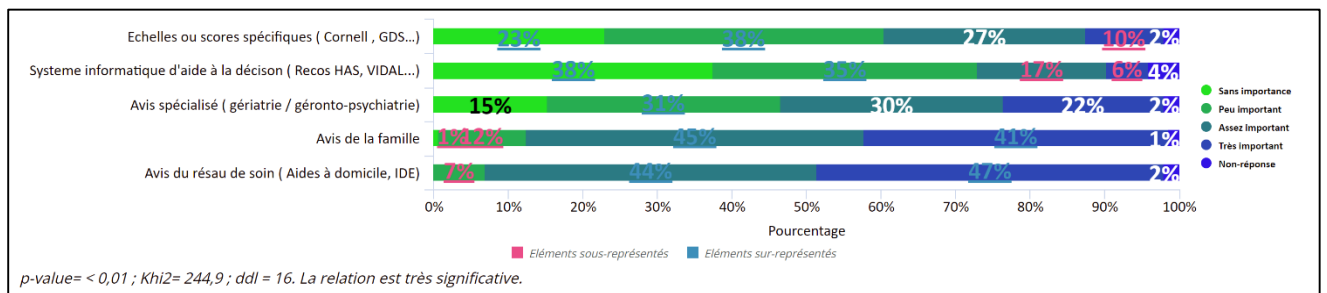


Figure 9 : Solution d'aide au diagnostic de la DPA

## 3. Prise en charge initiale de la DPA

### a. Freins et difficultés

La majorité des médecins présentaient occasionnellement des difficultés dans la PEC initiale avec 56 % des réponses. Seulement 2 % et 16 % ont déclaré, respectivement, n'avoir jamais ou rarement rencontré de difficultés ( $p < 0,01$ ) (Figure 10).

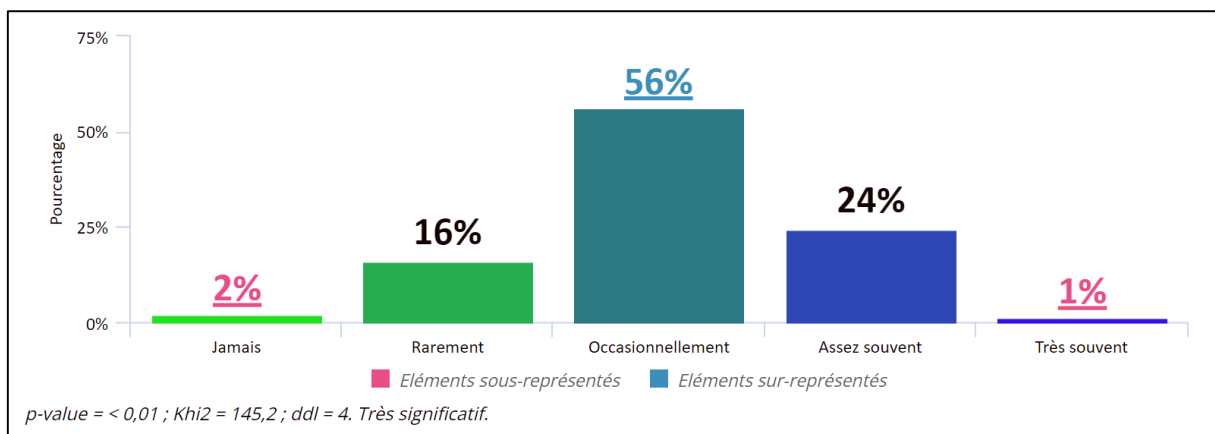


Figure 10 : Degré de difficultés dans la PEC initiale de la DPA

Les principaux freins à la PEC initiale de la DPA concernaient pour la plupart des MG, l'adhésion thérapeutique du patient comptant pour 56 % des réponses, ainsi que son orientation vers le spécialiste, pour 55 % des répondants. En ce qui concerne la réévaluation du TAD, seulement 10 % des MG avaient des difficultés ( $p < 0,01$ ) (Figure 11).

Parmi les réponses libres, un MG a déploré un accès difficile au bilan neuropsychologique. Une autre difficulté citée se rapportait au déni du conjoint (qui était abordé plus loin dans l'enquête) et sa difficulté à adhérer au TAD.

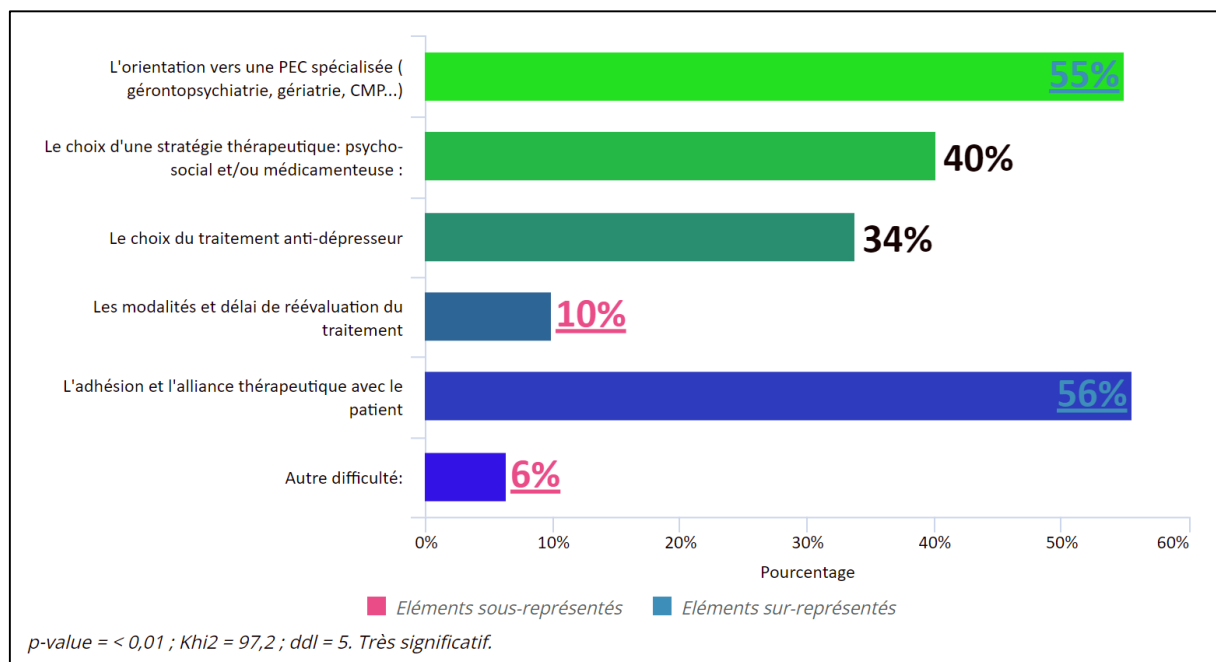


Figure 11 : Type de difficultés dans PEC de la DPA

## b. Facteurs décisionnels du TAD

### ❖ Initiation

Par rapport au sujet jeune, un tiers seulement des MG interrogés mettait initialement en place un TAD chez la PA en situation de dépression (33% ,  $p < 0,01$ ).

La décision de traiter initialement reposait alors majoritairement sur la connaissance du patient, avec une influence considérée comme « très importante » pour 64% des MG ( $p < 0,01$ ) (Figure 12).

Les antécédents dépressifs et/ou comorbidités psychiatriques ainsi que la symptomatologie clinique initiale étaient « très importants » pour le diagnostic, dans respectivement 60 % et 56 % des cas ( $p < 0,01$ ).

La maladie/dépendance du conjoint et le contexte de deuil influençaient également de manière « assez importante » la décision de traiter dans respectivement 57 % ( $p = 0,02$ ) et 55 % ( $p = 0,04$ ) des cas .

Cependant, la polyopathie et le contexte de précarité intervenaient peu sur la PEC médicamenteuse, représentant chacune 36 % des réponses « peu importante » ( $p < 0,01$ )

À noter que parmi les réponses libres, deux MG qui ont cité le risque suicidaire comme déterminant à la mise en place du TAD. Un médecin a déclaré initier un traitement empirique,



lorsque les TC s'aggravaient. Enfin, un MG a évoqué l'importance de l'intuition dans la PEC initiale.

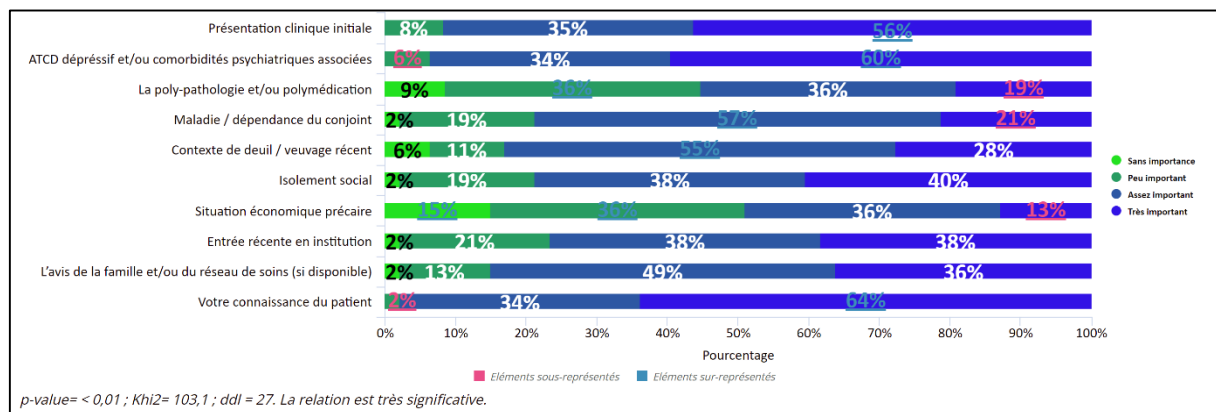


Figure 12 : facteurs intervenant dans la décision de traiter initialement la DPA

### ❖ Choix du TAD

La présentation clinique initiale était non seulement déterminante dans la stratégie thérapeutique, mais elle guidait aussi le choix du TAD (Tableau III).

- La Miansérine était la molécule la plus représentée, toute situation clinique confondue, choisie 116 fois. Elle était majoritairement prescrite pour 77 % des MG, lorsque les troubles du sommeil dominaient le tableau clinique ( $p < 0,01$ ). Elle était également prescrite par 51 % des répondants lorsque des troubles anxieux étaient présents ( $p = 0,15$ ).
- La classe des ISRS arrivait en deuxième position des molécules les plus prescrites, choisie 76 fois. Le ralentissement psychomoteur orientait principalement sa prescription dans 55 % des cas ( $p < 0,01$ ).
- La Mirtazapine a été choisie 56 fois. Elle était utilisée notamment dans les troubles de l'appétit (31 %,  $p = 0,02$ ) et du sommeil (31 %,  $p = 0,06$ ).
- Les tri-cycliques ont été choisis par 36 MG, soit 10 % des TAD cités, avec une indication significative dans les plaintes algiques et l'agitation/agressivité, pour respectivement 27 % et 25 % des répondants ( $p < 0,01$ ).
- Les ISRS/Na ont été sélectionnés 31 fois, employés significativement dans les plaintes algiques (23 %,  $p < 0,01$ ) et le ralentissement psychomoteur (19 %,  $p = 0,03$ ).
- Les autres traitements, non précisés ici, ont été cités 20 fois et ils sont prescrits majoritairement en cas d'agressivité prédominante (19 %,  $p < 0,01$ ) et de plaintes algiques diffuses (15 %,  $p = 0,02$ ).
- À noter que 14 MG étaient indifférents au traitement.

Une fois instauré, le TAD était réévalué plus rapidement que chez le sujet jeune pour quasiment la moitié des MG (48 %,  $p < 0,01$ )

Tableau III : Choix de la molécule selon la symptomatologie au premier plan

|                                         | ISRS ( PAROXÉTINE...) |                  | ISRS-NA ( DULOXÉTINE...) |                  | IMIPRAMINIQUE/ TTI-CYCLIQUE ( LAROXYL...) |                  | MIANSÉRINE |                  | MIRTAZAPINE |                  | AUTRE MOLÉCULE |                  | INDIFFÉRENT |                  |
|-----------------------------------------|-----------------------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------------------------------|------------------|------------|------------------|-------------|------------------|----------------|------------------|-------------|------------------|
|                                         | %                     | TEST STATISTI... | %                        | TEST STATISTI... | %                                         | TEST STATISTI... | %          | TEST STATISTI... | %           | TEST STATISTI... | %              | TEST STATISTI... | %           | TEST STATISTI... |
| Anxiété prédominante                    | 30%                   | 0,63             | 9%                       | 0,56             | 6%                                        | 0,16             | 51%        | 0,15             | 17%         | 0,61             | 6%             | 0,84             | 4%          | 0,81             |
| Trouble du sommeil prédominant          | 4%                    | <0.01            | 2%                       | 0.02             | 15%                                       | 0,82             | 77%        | <0.01            | 31%         | 0,06             | 0%             | 0.03             | 2%          | 0,28             |
| Ralentissement psychomoteur prédominant | 58%                   | <0.01            | 19%                      | 0.03             | 2%                                        | 0.03             | 17%        | <0.01            | 13%         | 0,28             | 2%             | 0,18             | 2%          | 0,38             |
| Trouble de l'appétit prédominant        | 27%                   | 0,78             | 6%                       | 0,31             | 0%                                        | <0.01            | 40%        | 0,90             | 31%         | 0.02             | 0%             | 0.04             | 13%         | <0.01            |
| Agitation/ agressivité prédominante     | 17%                   | 0,07             | 6%                       | 0,23             | 25%                                       | <0.01            | 40%        | 0,70             | 17%         | 0,49             | 19%            | <0.01            | 4%          | 0,75             |
| Plaintes algiques diffuses              | 23%                   | 0,62             | 23%                      | <0.01            | 27%                                       | <0.01            | 19%        | <0.01            | 8%          | 0.04             | 15%            | 0.02             | 4%          | 0,83             |
| TOTAL                                   |                       |                  |                          |                  |                                           |                  |            |                  |             |                  |                |                  |             |                  |

■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

p-value= < 0,01 ; Khi2= 140,4 ; ddl = 30. La relation est très significative.

### ❖ Abstention thérapeutique

Parallèlement aux MG qui initiaient systématiquement un TAD chez la personne âgée dépressive, nous nous sommes intéressés au deux tiers restants, qui se sont abstenus et aux raisons invoquées (Figure 13) .

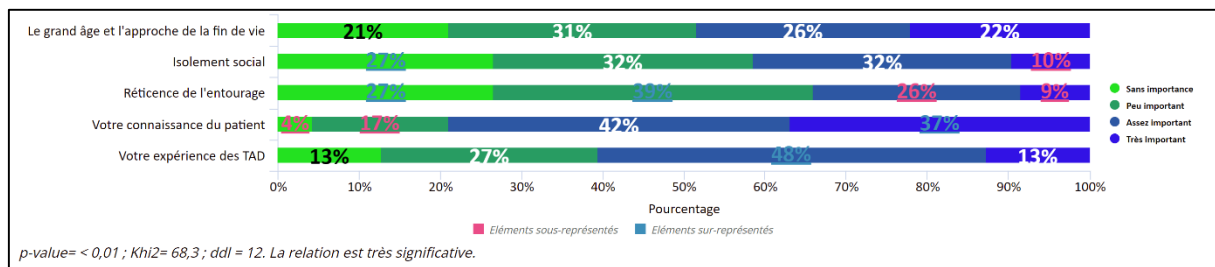


Figure 13 : Causes de l'abstention du TAD

La connaissance du patient était le facteur qui importait le plus, pour différer le TAD, avec 48% des réponses « très important » (  $p < 0,01$ ). Venait ensuite l'expérience du clinicien, considéré comme « importante » dans la décision, dans 37 % des cas ( $p < 0,01$ ).

La réticence de l'entourage ainsi que l'isolement de la PA n'avaient pas d'importance dans la décision de ne pas mettre en place un TAD, avec 27 % des réponses chacune « sans importance » ( $p = 0,02$ ).

Nous nous sommes également penchés sur les comorbidités chez la PA dépressive pouvant influencer de manière significative l'abstention thérapeutique ( Figure 14).

On a constaté que la présence de TC/maladies neurodégénératives freinait alors 41 % des MG à la mise en place du traitement (  $p < 0,01$ ).

À l'inverse, on a pu remarquer que les pathologies cancéreuses, rhumatismales ou métaboliques n'étaient en aucun cas des causes d'absentions thérapeutiques pour les médecins enquêtés. Ces pathologies regroupaient respectivement 0 % (  $p < 0,01$ ), 0 % ( $p = 0,04$ ) et 6,3 % ( $p = 0,04$ ), des causes d'absentions désignées.

Parmi les expressions libres, il y avait six médecins pour lesquels les comorbidités somatiques n'étaient en aucun cas, une cause d'abstention thérapeutique. Un médecin a également mentionné le contexte de soins palliatifs, « qui ne fait pas du TAD une priorité » et avec la notion de « limitation thérapeutique ».

Trente médecins ont répondu « autres causes » et se sont exprimés librement sur leur réticence au TAD initial. Les deux tiers d'entre eux mettaient en avant la présence d'une polymédication chez la PA et rejoignait le risque iatrogénique évoqué plus loin. Quatre autres MG citaient la non-adhésion et le manque de compliance au traitement.

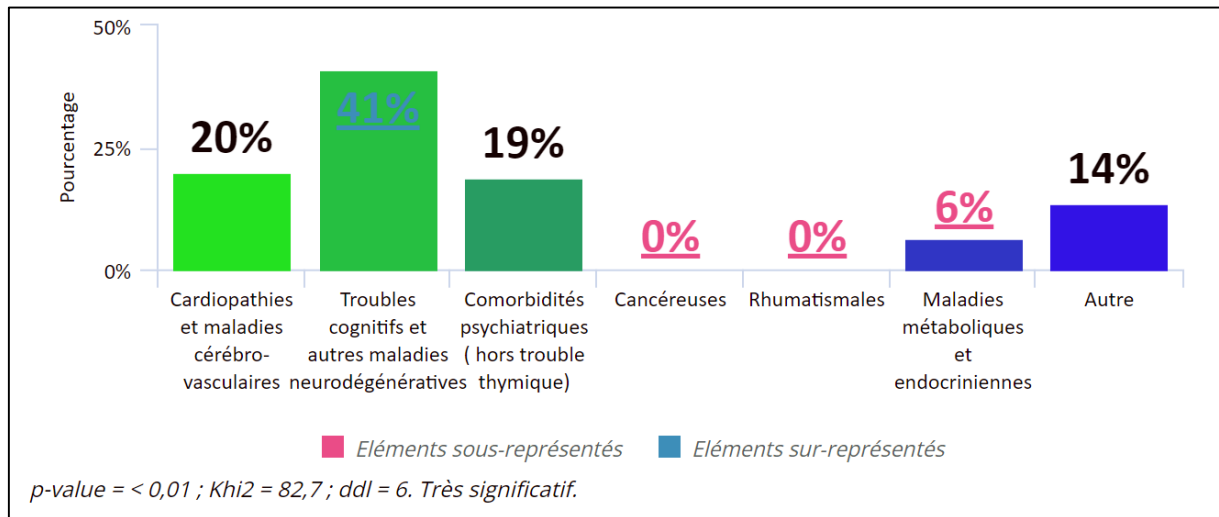


Figure 14 : Comorbidités des PA motivant l'abstention au TAD

Enfin, nous avons conclu l'étude de l'abstention thérapeutique, par le recueil des risques et des événements indésirables principalement redoutés par les MG, avec l'utilisation des antidépresseurs chez la PA.

Le risque de mésusage / de iatrogénie médicamenteuse ainsi que le risque de chute, étaient les plus redoutés en pratique, représentant 47 % et 49 % des réponses respectivement ( $p < 0,01$ ). Parmi les « autres risques » non cités, un seul médecin a ajouté le risque de passage à l'acte sous TAD dans les réponses libres (Figure 15).

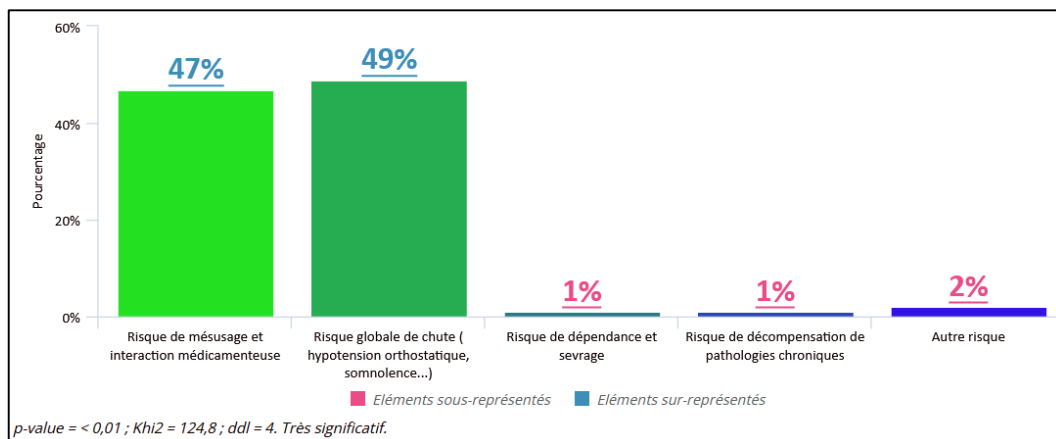


Figure 15 : Événements indésirables redoutés à l'instauration du TAD

### c. Aide à l'initiation du TAD

Au même titre que la PEC diagnostique, nous avons voulu connaître, quelles aides pouvaient être en priorité sollicitées par les MG afin d'améliorer la PEC médicamenteuse initiale de la DPA (Figure 15).

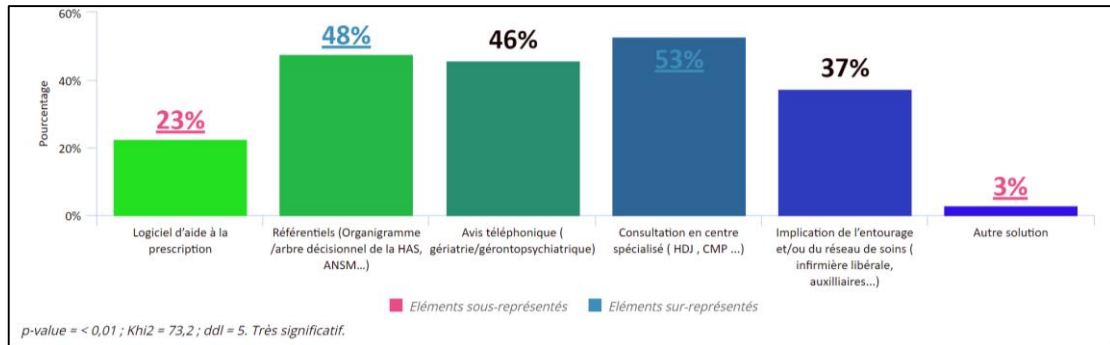


Figure 16 : Aide à la prise en charge médicamenteuse initiale

Parmi les réponses significatives, on retenait principalement une consultation en centre spécialisé à visée gérontopsychiatrique (HDJ, CMP..), citée dans 53% des cas ( $p < 0,01$ ).

En revanche, on notait un avis défavorable pour les systèmes informatiques d'aide à la décision médicale, utiles pour seulement 23 % des MG ( $p=0,02$ ).

Les opinions étaient plus partagées, concernant les avis téléphoniques spécialisés ou l'aide apportée par les référentiels consultables sur internet, utiles à la décision de traitement pour 46 % ( $p=0,05$ ) et 48 % des répondants, respectivement ( $p=0,03$ ).

### 4. Analyse comparative de la décision de traiter

Nous avons ensuite comparé les habitudes de prescription du TAD selon le profil sociodémographique et la formation des MG

#### a. Selon l'âge et le sexe des MG

On a pu ainsi constater que 64,6 % des MG qui initiaient le TAD, étaient des femmes ( $p=0,08$ ) et que la tranche des 31-50 ans représentait respectivement 43,8 % des prescripteurs et 58,9 % des non-prescripteurs ( $p=0,38$ ) (Tableau IV et V).

Tableau IV : initiation du TAD selon l'âge des MG

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 16/ QUEL ÂGE AVEZ-VOUS? |                    |                    |                | TOTAL  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|----------------|--------|
|                                                                                                                                               | MOINS DE 30 ANS         | ENTRE 31 ET 50 ANS | ENTRE 51 ET 65 ANS | PLUS DE 65 ANS |        |
| Oui                                                                                                                                           | 10,4%                   | 43,8%              | 35,4%              | 10,4%          | 100,0% |
| Non                                                                                                                                           | 8,4%                    | 58,9%              | 26,3%              | 6,3%           | 100,0% |
| TOTAL                                                                                                                                         | 9,1%                    | 53,8%              | 29,4%              | 7,7%           |        |

■ Eléments sous-représentés ■ Eléments sur-représentés

La relation n'est pas significative. p-value = 0,38 ; Khi2 = 3,10 ; ddl = 3.

Tableau V : initiation du TAD selon le sexe des MG

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 17/ QUEL EST VOTRE SEXE? |              |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|--------|
|                                                                                                                                               | FEMME                    | HOMME        | TOTAL  |
| Oui                                                                                                                                           | 64,6%                    | 35,4%        | 100,0% |
| Non                                                                                                                                           | 49,0%                    | 51,0%        | 100,0% |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>54,2%</b>             | <b>45,8%</b> |        |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

La relation est peu significative.  $p$ -value = 0,08 ;  $\text{Khi}^2 = 3,15$  ;  $\text{ddl} = 1$ .

b. Selon la formation des MG et encadrement universitaire

Il a été noté que les MG disposant de la capacité de gériatrie représentaient ainsi la majorité des MG à ne pas initier le traitement ( $p=0,05$ ) (Tableau VI).

Selon l'encadrement universitaire, on n'observait parmi les prescripteurs que : 38.3 % des MG étaient MSU et 42,7 % ne l'étaient pas ( $p=0,61$ ) (Tableau VII)

On a également constaté que 63 % des MG prescrivait le TAD lorsqu'ils recevaient des visiteurs médicaux au moins une fois tous les trois mois. Lorsque ces visites étaient hebdomadaires, représentées par les « autres fréquences », les MG étaient 71% à débiter le TAD ( $p<0,01$ ) (Tableau VIII).

Tableau VI : Initiation du TAD selon le type de formation

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | SI OUI, CITEZ LA OU LES FORMATION(S) SUIVIE(S)* |                                  |                    |                    |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|--------------------|--------|
|                                                                                                                                               | STAGES D'INTERNAT                               | CAPACITÉ DE GÉRIATRIE/GÉRONTO... | FORMATION CONTINUE | DIPLÔMES MULTIPLES | TOTAL  |
| Oui                                                                                                                                           | 62,5%                                           | 0,0%                             | 12,5%              | 25,0%              | 100,0% |
| Non                                                                                                                                           | 25,0%                                           | 50,0%                            | 18,8%              | 6,3%               | 100,0% |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>37,5%</b>                                    | <b>33,3%</b>                     | <b>16,7%</b>       | <b>12,5%</b>       |        |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

La relation est peu significative.  $p$ -value = 0,05 ;  $\text{Khi}^2 = 7,63$  ;  $\text{ddl} = 3$ .

Tableau VII : Relation entre encadrement universitaire et initiation du TAD

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 14/ ETES-VOUS MAÎTRE DE STAGE UNIVERSITAIRE (MSU) ? |              |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|--------|
|                                                                                                                                               | OUI                                                 | NON          | TOTAL  |
| Oui                                                                                                                                           | 38,3%                                               | 61,7%        | 100,0% |
| Non                                                                                                                                           | 42,7%                                               | 57,3%        | 100,0% |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>41,3%</b>                                        | <b>58,7%</b> |        |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

La relation n'est pas significative.  $p$ -value = 0,61 ;  $\text{Khi}^2 = 0,25$  ;  $\text{ddl} = 1$ .

Tableau VIII : Initiation du TAD et fréquence des visiteurs médicaux

| 12/ A QUELLE FRÉQUENCE RECEVEZ-VOUS DES VISITEURS MÉDICAUX ET / OU LABORATOIRES ? | 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? |            |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|
|                                                                                   | OUI                                                                                                                                           | NON        | TOTAL |
| Jamais                                                                            | 25%                                                                                                                                           | 75%        | 100%  |
| Au mois une fois an                                                               | 24%                                                                                                                                           | 76%        | 100%  |
| Au moins une fois tous les 3 mois                                                 | 63%                                                                                                                                           | 37%        | 100%  |
| Au moins une fois par mois                                                        | 32%                                                                                                                                           | 68%        | 100%  |
| Autre                                                                             | 71%                                                                                                                                           | 29%        | 100%  |
| <b>TOTAL</b>                                                                      | <b>33%</b>                                                                                                                                    | <b>67%</b> |       |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

*La relation est très significative. p-value = < 0,01 ; Khi2 = 15,3 ; ddl = 4.*

c. Selon la gestion de la patientèle

La majorité des MG prescripteurs et non-prescripteurs réalisait entre 15 et 25 consultations quotidiennes (45,8 % et 48,4% respectivement,  $p=0,63$ ) et comptait entre 25 %-50 % de PA dans leur patientèle (respectivement 54,2 % et 50 %,  $p=0,33$ ) (Tableau IX et X).

Tableau IX : Initiation du TAD selon le nombre de consultations quotidiennes

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 11/ COMBIEN DE CONSULTATIONS RÉALISEZ-VOUS EN MOYENNE QUOTIDIENNEMENT? |                |                |             | TOTAL  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|-------------|--------|
|                                                                                                                                               | MOINS DE 15                                                            | ENTRE 15 ET 25 | ENTRE 26 ET 40 | PLUS DE 40  |        |
| Oui                                                                                                                                           | 6,3%                                                                   | 45,8%          | 45,8%          | 2,1%        | 100,0% |
| Non                                                                                                                                           | 10,5%                                                                  | 48,4%          | 36,8%          | 4,2%        | 100,0% |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>9,1%</b>                                                            | <b>47,6%</b>   | <b>39,9%</b>   | <b>3,5%</b> |        |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

*La relation n'est pas significative. p-value = 0,63 ; Khi2 = 1,75 ; ddl = 3.*

Tableau X : décision de traiter selon le nombre de PA suivies

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 10/ COMBIEN DE PERSONNES ÂGÉES ESTIMEZ-VOUS AVOIR DANS VOTRE PATIENTÈLE? |                  |              | TOTAL  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|--------|
|                                                                                                                                               | MOINS DE 25%                                                             | ENTRE 25 ET 50 % | PLUS DE 50 % |        |
| Oui                                                                                                                                           | 31,3%                                                                    | 54,2%            | 14,6%        | 100,0% |
| Non                                                                                                                                           | 41,7%                                                                    | 50,0%            | 8,3%         | 100,0% |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>38,2%</b>                                                             | <b>51,4%</b>     | <b>10,4%</b> |        |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

*La relation n'est pas significative. p-value = 0,33 ; Khi2 = 2,22 ; ddl = 2.*

d. Selon les conditions d'exercice des MG

On s'est ensuite intéressé aux conditions d'exercice de la médecine générale (Tableau XI). On a pu observer que les médecins exerçant en cabinet de groupe, initiaient le TAD dans 45,5% des cas, quand ceux exerçant en EMS, MSP et seul, l'initiaient dans respectivement : 4,5 %, 22,7 % et 27,3 % des cas. Par ailleurs, la majorité des médecins qui décidait de ne pas traiter était aussi représentée par les cabinets de groupe dans 43,8 % des cas ( $p=0,72$ ).

On a pu également constater une répartition équitable des MG prescripteurs selon leur milieu d'exercice (32,6% en rural, 32,6% en urbain et 34,8% en semi-urbain,  $p=0,9$ ) (Tableau XII).

Tableau XI : décision de traiter selon le mode d'exercice

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 13/ QUEL EST VOTRE MODE D'EXERCICE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ? |                      |                                         |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|--------------------------------|
|                                                                                                                                               | SEUL EN CABINET                                              | EN CABINET DE GROUPE | EN MAISON DE SANTÉ PLURI-PROFESIONNELLE | EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL |
| Oui                                                                                                                                           | 27,3%                                                        | 45,5%                | 22,7%                                   | 4,5%                           |
| Non                                                                                                                                           | 21,3%                                                        | 48,3%                | 28,1%                                   | 2,2%                           |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>23,3%</b>                                                 | <b>47,4%</b>         | <b>26,3%</b>                            | <b>3,0%</b>                    |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

*La relation n'est pas significative.  $p\text{-value} = 0,7$  ;  $\text{Khi}2 = 1,3$  ;  $\text{ddl} = 3$ .*

Tableau XII : décision de traiter selon le lieu d'exercice

| 8/ PAR RAPPORT AU SUJET JEUNE, METTEZ-VOUS SYSTÉMATIQUEMENT EN PLACE UN TRAITEMENT ANTI-DÉPRESSEUR LORS DES PREMIÈRES CONSULTATIONS POUR DPA? | 13/ PRATIQUEZ-VOUS EN MILIEU ? |              |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------|--------------|
|                                                                                                                                               | RURAL                          | URBAIN       | SEMI-URBAIN  |
| Oui                                                                                                                                           | 32,6%                          | 32,6%        | 34,8%        |
| Non                                                                                                                                           | 36,6%                          | 30,1%        | 33,3%        |
| <b>TOTAL</b>                                                                                                                                  | <b>35,3%</b>                   | <b>30,9%</b> | <b>33,8%</b> |

■ Eléments sous-représentés    ■ Eléments sur-représentés

*La relation n'est pas significative.  $p\text{-value} = 0,9$  ;  $\text{Khi}2 = 0,2$  ;  $\text{ddl} = 2$ .*

## V. DISCUSSION

### 1. Interprétation des résultats

#### a. Le MG : acteur principal de la PEC initiale

**Les MG ont confiance en leur capacité à prendre en charge la DPA. Dans notre enquête, la plupart des MG avaient peu de difficultés et recouraient peu aux spécialistes.**

Ces résultats rejoignent ceux de la littérature où neuf MG sur dix gèrent eux-mêmes la PEC initiale de la DPA, du diagnostic au traitement. Une étude a montré que, ceux qui prenaient d'emblée l'avis d'un spécialiste, se sentaient moins efficaces dans la PEC (3). Dans notre enquête, ils représentaient 46 % et 54 %, à trouver peu d'intérêt dans le recours immédiat à un avis spécialisé, dans le diagnostic et le traitement, respectivement.

Ils déploraient des difficultés d'orientation aux spécialistes dans plus de la moitié des cas, constituant la principale difficulté de la PEC initiale. Dusmenil, et al. précise l'influence d'un exercice en zone sous-dotée en professionnels de la santé mentale, pour expliquer ce peu de recours (3). Pourtant, dans notre enquête, le lieu d'exercice était équilibré, selon qu'il soit rural ou urbain. On peut ainsi prudemment avancer, que le peu d'intérêt porté par nos enquêtés à un avis spécialisé immédiat, reflète plus la confiance qu'ils ont dans leur démarche, qu'une problématique d'accessibilité.

Une exception pour les CMP ou l'HDJ de gérontopsychiatrie, pour lesquels 54 % des MG de notre enquête leur accordaient de manière significative un intérêt dans l'évaluation thérapeutique initiale. Une proximité entre les soins primaires et les professionnels en santé mentale, qui est appliquée depuis 2015 dans la MSP de Saint Nazaire. Une demi-journée de consultation spécialisée, réalisée par une IDE en psychiatrie, y est proposée afin d'orienter les troubles mentaux dépistés vers les CMP voisins (58). Une logique de développer le parcours de soins en santé mentale, qui entraine dans le programme de 2015, de l'Agence National d'Appui aux Performances des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). L'un des principaux objectifs, était alors de renforcer l'articulation ville-hôpital-EMS (58).

#### b. Des ressources informatiques peu utilisées

**Les systèmes informatiques d'aide à la décision médicale et les échelles de dépistage de la dépression sont peu utilisés en pratique.**

Pour plus de 60 % des répondants, ces outils n'avaient pas ou peu d'intérêt dans le diagnostic. Ils comptaient encore moins dans la décision thérapeutique, intéressant 23 % des MG seulement. Nos résultats coïncident avec les données de la littérature, où l'intérêt des échelles à visée gériatrique, dont la GDS, est fortement remis en cause. Ces données soulignent leur caractère chronophage, peu adapté au suivi, voire entravant la relation médecin-patient (59) (60). À noter, que les MG sensibilisés et formés à leur utilisation semblaient y avoir recours plus souvent (59). Dans notre étude, le peu de MG formé à l'évaluation de la DPA, pouvait ainsi expliquer le manque d'intérêt pour ces outils. Des études additionnelles portant sur



l'utilisation de ces outils informatiques selon les différentes générations de MG, peuvent aussi être intéressantes.

Cependant, nous avons remarqué que nos résultats étaient plus partagés quant à l'utilisation des référentiels en accès libre sur internet (DSM, HAS...). Ils ont rassemblé de manière significative, 48 % de nos répondants. Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé de données sur l'utilisation préférentielle d'un guide de prescription. Pour renforcer le bon usage des antidépresseurs chez la PA, des études supplémentaires seraient également utiles pour orienter le choix des MG, vers le guide le plus pratique.

c. Relation médecin –malade au centre de la PEC

**La connaissance du patient intervient à tous les niveaux de la DPA.**

Dans notre étude, elle intervenait en premier lieu dans la décision thérapeutique pour 64% des répondants. Elle renforce aussi la relation médecin-malade, nécessaire à l'alliance et l'adhésion thérapeutique (55). Pourtant, c'est cette adhésion au TAD qui paraissait difficile à obtenir pour 56% des MG dans notre enquête, constituant une difficulté majeure de la PEC initiale.

Ce résultat peut s'expliquer en partie, par la polymédication et la durée prolongée des TAD pouvant freiner le prescripteur. On peut également s'attendre à une certaine résignation partagée, entre le médecin et son patient, à traiter une tristesse stigmatisée, voire banalisée à cet âge (61) (62). Lutter contre ces a priori défaitistes et prendre le temps d'expliquer le TAD aux PA dépressives, peut améliorer l'adhésion thérapeutique (62).

De plus, sept MG de notre enquête, ont mentionné parmi les réponses libres l'importance d'une écoute empathique et de leur ressenti, pour le repérage de la DPA. En effet, le MG est avant tout un « médecin de famille », attentif aux changements chez ses patients (7) (8). Ces observations sous-tendent également le rôle de l'intuition du MG et ce sens particulier de l'alarme. Il s'agit du « *gut feeling* », concept reconnu en médecine générale, qui permet de prendre des décisions en l'absence d'éléments objectifs (63).

d. Rôle ambivalent de la famille

**En lien avec la complexité de la DPA, la plupart de nos répondants ont reconnu le rôle primordial de l'entourage.**

De manière significative, ils étaient 86 % à reconnaître l'apport de la famille pour le repérage de la DPA. Une influence positive de la famille perçue en pratique, que l'on retrouve dans la littérature. Les MG lui attribuent en général, un rôle d'alerte et d'observation, d'autant plus lorsque des TC y sont associés. Les plaintes qui émanent de la famille, en particulier les changements de comportement, peuvent de fait, orienter précieusement le MG vers une DPA (7) (64).

Nos résultats étaient toutefois plus discordants, quand on évaluait auprès des MG l'implication thérapeutique de l'entourage. Alors qu'elle constitue l'un des piliers de l'intervention psychosociale de la DPA dans la littérature (55) (62) (65), nos répondants

sollicitaient la famille seulement dans un tiers des cas, pour la PEC thérapeutique. D'ailleurs, l'avis de l'entourage n'était pas pris en compte dans la décision thérapeutique, pour 67 % de nos enquêtés.

En médecine générale, une consultation sur trois est accompagnée, par les épouses notamment et surtout lorsque le patient a plus de 65 ans (64). Nous pouvons ainsi nous demander, si ces résultats ne sont pas le fait d'a priori négatif des MG sur l'entourage, interférant dans le cours de la consultation. En gênant l'expression du patient ou en ajoutant du stress, la famille peut devenir un obstacle à la PEC (64). Dans ce sens, un MG de notre enquête a précisé l'impact négatif que pouvait avoir la famille sur la PEC, surtout lorsqu'elle entretenait le déni de la pathologie dépressive. Explorer le ressenti de l'entourage face au TAD, pourrait aider les MG à renforcer son implication dans le traitement de la PA dépressive.

e. Communication privilégiée avec le réseau de soins de la PA

**Parmi les aides sollicitées, on note aussi l'importance du ressenti et de l'implication du réseau de soins, notamment paramédical, dans la PEC initiale de la DPA.**

Son aide était significative, en particulier dans le repérage de la DPA, pour 47 % des MG. Le maintien à domicile des PA étant privilégié dans la mesure du possible à l'heure actuelle, les échanges avec les soignants/auxiliaires de vie qui y interviennent permettent également le repérage d'une dépression. Une revue de la littérature a ainsi souligné le rôle des infirmières libérales, lors des soins à domicile, qui offrent un cadre privilégié au dépistage de la DPA (66).

Dans les EHPAD, la « vigilance paramédicale » est aussi fortement mise à contribution dans l'évaluation de la DPA. Une étude a montré que les soignants pouvaient détecter de manière significative, jusqu'à 29 % des dépressions parmi les résidents atteints de TC modérés à sévères. Les échelles d'hétéroévaluation comme la NPI, pourraient être appropriées dans ce cadre (67).

f. Déterminants cliniques et contextuels de la PEC initiale

**La DPA se distingue de la dépression du sujet jeune, par sa clinique atypique. Elle conditionne aussi bien la démarche diagnostique que la PEC médicamenteuse :**

À la tête des enjeux diagnostiques et thérapeutiques, on retrouvait dans notre enquête les troubles cognitivocomportementaux. Ils caractérisaient cliniquement la DPA pour 47 % des MG et étaient considérés comme un frein au diagnostic pour 44 % des répondants. Les difficultés diagnostiques ressenties par nos enquêtés lorsque les TC sont au premier plan, s'accordent avec les données de la littérature (8) (68). Le repérage de la DPA fait souvent appel dans ce contexte, à une expertise et du temps nécessaire, que le MG n'a pas forcément en pratique. Plusieurs de nos médecins répondants ont d'ailleurs insisté sur les difficultés d'accès aux bilans neuropsychologiques. Pour améliorer le repérage de la DPA, des travaux intéressants insistent sur l'importance d'une vigilance médicale et paramédicale aux changements de comportement, ainsi que sur la mise en place TAD d'épreuve (36) (47) (68). Dans notre enquête, les TC motivaient significativement une abstention au TAD, dans 41 % des cas. J.Philippe retrouvait dans son enquête nationale, 43,7 % de non-prescripteurs,

lorsque la DPA s'associait aux TC et constituait le principal recours aux spécialistes (68). Ces résultats sous-tendent deux possibilités de PEC face à des TC associés: l'une sur-optimale, avec un risque iatrogénique majeur dû aux explorations et traitements empiriques déraisonnables ou « mis-use ». L'autre sous-optimale ou « under-use », basée sur l'incurabilité et le renoncement, constituant une perte de chance pour la PA démente/dépressive (7) (54) (68).

Les plaintes somatiques itératives constituaient aussi une particularité clinique redoutable de la DPA, pour 42 % de nos répondants. Souvent présente au premier plan dans la DPA, la somatisation occupe une place importante dans l'errance diagnostique et la iatrogénie médicamenteuse avec des traitements à visée essentiellement symptomatique ou « over-use » (7) (54) (29). Par ailleurs, une étude a montré que cette forme de dépression « masquée » ou « atypique » pouvait entraîner une abstention au TAD jusqu'à 41,5 % des cas (68).

Fait important, notre étude montrait de manière significative, que seulement 6% des MG évoquaient un risque accru de suicide dans la DPA. Un manque de considération du passage à l'acte chez la PA dépressive, que l'on retrouve dans la littérature et qui peut révéler, un certain renoncement ou tabou à en discuter (7) (8). Ce résultat peut aussi s'expliquer par le déni de la maladie chez le patient lui-même, évoqué par plus d'un tiers de nos répondants. Enfin et surtout, lorsqu'elles sont exprimées, les idées suicidaires font l'objet de formes graves que le MG gèrent peu initialement, car adressées rapidement aux spécialistes.

La poly pathologie / poly médication influencent significativement la décision thérapeutique. Elle sous-tendait un risque iatrogénique, en particulier de mésusage et d'IM, redoutés par 47 % des répondants. Les MG étaient aussi significativement sensibilisés au risque de chute sous antidépresseurs (69). Une influence des comorbidités sur la prescription du TAD, que l'on retrouve dans la littérature (54) (61). D'ailleurs, un MG interrogé dans notre enquête a évoqué la notion de limitation thérapeutique, aussi applicable dans la DPA. En revanche, le grand âge et la fin de vie ne semblaient pas influencer l'abstention thérapeutique dans notre étude. Des données discordantes sont retrouvées dans la littérature, où l'avancée en âge semble plutôt freiner la prescription des antidépresseurs (70).

### **Le contexte dans lequel s'inscrit la DPA, prend aussi significativement part à l'orientation diagnostique et la décision thérapeutique :**

Les antécédents psychiatriques chez la PA, déterminaient principalement la PEC médicamenteuse de la DPA. Dans notre enquête, leur présence chez la PA dépressive, entraînait la prescription du TAD dans 60 % des cas. Indépendamment de l'âge, on retrouve plus spécifiquement l'influence majeure des antécédents anxio-dépressifs, sur la prescription du TAD (70). Étant donné la prévalence importante des dépressions vieilles, nos répondants y étaient particulièrement sensibilisés (1). À noter que parmi les comorbidités psychiatriques, l'alcoolisation tardive est également évocatrice de dépression chez la PA (71).

Le deuil est également un déterminant majeur de la PEC initiale. Le diagnostic de dépression était significativement évoqué pour 66 % des MG enquêtés, lorsque la PA y était confrontée. Aussi, sur le plan thérapeutique, le deuil motivait d'emblée une prescription d'antidépresseur pour 55 % des répondants. En accord avec les données de la littérature, le deuil influence majoritairement les prescriptions d'antidépresseurs, tout âge confondu (70). Chez la PA, le deuil pouvait encourager jusqu'à 94 % des prescriptions, selon l'enquête de J.Philippe (68). Le rôle préventif du TAD en particulier sur le suicide, expliquait son introduction quasi systématique en post deuil (68). Des résultats qui soulèvent aussi des problématiques de sur diagnostic de dépression et d'« over-use », chez une population naturellement confrontée au deuil. À noter à ce titre, l'importance de la révision du DSM en 2013, qui ne retient plus le deuil comme critère diagnostique de l'EDC (72).

La maladie / dépendance du conjoint joue également un rôle significatif dans la PEC. Dans notre enquête, elle évoquait une DPA chez 42 % des répondants et encourageait la mise en place du TAD dans plus de la moitié des cas. Des résultats montrant des MG sensibilisés au risque de surmenage et DPA, parmi les aidants principaux (73). Une étude a plus spécifiquement montré l'importance de ce dépistage dans l'entourage des PA dépressives (65).

Alors que sa présence orientait 60 % des MG de notre enquête vers une DPA, la précarité socio-économique ne constituait pas un argument suffisant pour traiter. Une différence faite avec le sujet jeune dans l'initiation du TAD, que l'on retrouve dans la littérature. L'impact des conditions socio-économiques précaires davantage considéré chez le sujet jeune peut expliquer ces différences d'attitude thérapeutique (73) (70).

Enfin, l'institutionnalisation ou une hospitalisation récente pour motif aigu, n'influençaient pas le diagnostic de DPA, ni la décision de traiter. L'étude de I. Preto réalisée en EHPAD, mettait plutôt en avant un sous-diagnostic et une tendance à l'abstention thérapeutique. Ces résultats pouvaient être le fait d'une résignation et d'un doute en l'efficacité du TAD, plus prononcés en institution (36). Étant donné la prévalence et les difficultés significatives à l'évaluation de la DPA en institution, sa recherche systématique reste discutée. Cependant, aucune donnée n'a été trouvée sur une éventuelle DPA induite par une hospitalisation.

Par ailleurs, le choix du TAD était sans difficulté pour la plupart de nos répondants. Notre étude a montré l'utilisation préférentielle des ISRS et de la Miansérine, en présence d'un ralentissement psychomoteur et de trouble du sommeil, respectivement. Ce choix reflète leur maniabilité et leur profil de sécurité intéressant en pratique (1). Ainsi, pour la plupart de nos MG enquêtés, les prescriptions étaient guidées par le tableau clinique initial et elles étaient comparables aux données de la littérature (16) (56) (74). À noter un choix non négligeable des « autres traitements » parmi les réponses. Un résultat qui peut, référer implicitement, à l'utilisation courante des benzodiazépines dans la DPA. Mais celle-ci n'était pas l'objet de ce travail.

g. Profil des prescripteurs

**Finalement, notre enquête met en avant une attitude thérapeutique majoritairement expectative dans la DPA.** Si le TAD était instauré, une réévaluation précoce était privilégiée pour la majorité des MG. Des différences d'attitude thérapeutique avec le sujet « non âgé », difficiles à expliquer dans la littérature. Dans son étude sur la PEC de la dépression, tout âge confondu, Dumesnil et al. montrait qu'un MG sur dix ne prescrivait pas d'emblée le TAD, alors qu'ils étaient 33 % dans notre enquête (3). Quant au délai de réévaluation du TAD, une fois instauré chez la PA, il ne fait pas non plus consensus dans la littérature (1) (28).

Par la suite, nous avons cherché à savoir s'il existait des différences significatives selon les caractéristiques des MG prescripteurs et non-prescripteurs du TAD. **Notre enquête nous a permis de montrer que les MG n'initiant pas d'emblée le traitement étaient plus souvent :**

➤ **Des MG disposant de la capacité de gériatrie.**

Une tendance accrue à la sous-prescription du TAD en présence de cette formation, que l'on peut supposer être en lien avec, une plus grande sensibilité aux prescriptions médicalement inappropriées et une meilleure évaluation de la DPA. Des études plus significatives s'avèrent nécessaires sur cette problématique. En accord avec les données de la littérature ; les médecins formés à la géronto-psychiatrie, utilisent significativement plus les échelles en fonction de la forme clinique, en particulier dans la DPA post-deuil et dans la DPA associée au TC (68). Ces observations peuvent sous-tendre le bénéfice d'une éventuelle formation sur la reconnaissance de la DPA, avec des prescriptions moindres, mais plus adaptées.

➤ **Des MG recevant moins régulièrement la visite de délégués pharmaceutiques.**

Dans la littérature, on retrouve une influence positive de l'industrie pharmaceutique sur les prescriptions des MG, notamment en termes de fréquence et coût (75). Une relation proportionnelle dans notre étude, entre les prescriptions d'ATD et l'accueil de délégués, qui peut rendre compte d'une certaine « pression de prescription » de la part des industries du médicament. Une notion déjà évoquée pas les MG dans les travaux qualitatifs de C.Sigaux (8). Avec une plus grande tendance à prescrire sous l'influence des industries pharmaceutiques, ces résultats supportent alors un risque iatrogénique devenant supérieur au bénéfice du TAD chez la PA.

Dans notre analyse statistique, les autres variables d'intérêt reposant en particulier sur les conditions d'exercice des MG, n'avaient pas d'influence significative sur la prescription initiale du TAD.

## 2. Forces et faiblesses de l'étude

Notre étude a inclus 144 médecins, interrogés dans leur pratique, autour de la PEC initiale de la DPA. L'objectif principal était de montrer les principaux déterminants du diagnostic et de l'initiation du TAD.

Cette enquête a rappelé avant tout, la complexité et l'importance de la relation médecin-malade dans la PEC de la DPA. Elle a mis en avant les capacités d'écoute et la vigilance empathique du médecin de famille, lui attribuant un rôle de premier recours dans la DPA.

Au risque de se confondre avec une étude qualitative, notre enquête laissait la possibilité aux MG questionnés, de s'exprimer librement sur certains items. Ce qui a permis d'apporter des précisions aux faits quantifiés et des pistes de réflexion. De plus, le questionnaire semblait bien construit, ce qui a pu limiter **les biais de mesure**, puisque l'on a trouvé seulement 1,4 % de réponses mal ou non documentées.

**Les limites** que nous avons pu relever étaient avant tout **méthodologiques**. Notre étude comportait principalement **des biais de sélection**, liés au mode recrutement non aléatoire, des MG. Certains participants de l'enquête pouvaient être connus et volontaires. Nous avons également ciblé des médecins enseignants. Cette démarche visait le plus grand nombre de répondants. Le taux de participation était finalement de 13 %, n'atteignant pas le seuil de 25 %, estimé nécessaire pour être suffisamment représentatif de la population étudiée. Les difficultés à rassembler autant de réponses tenaient en partie à la période estivale que notre recueil couvrait et à l'envoi simultané d'un grand nombre d'enquêtes aux MG, via les CDOM.

Bien que le questionnaire ait été construit de manière à ce que le répondant ne se sente pas jugé dans sa pratique, d'éventuels **biais de déclaration et d'interprétation** ne peuvent être évités dans ce type d'enquête.

Les critères d'inclusion pouvaient également faire l'objet de **biais de jugement**. Certains médecins n'ont pas répondu à l'enquête, ne trouvant pas de correspondance avec leur activité. Il aurait été intéressant de mener cette même enquête, dans des groupes distincts de MG libéraux et de MG pratiquent en établissement. Aussi, nous aurions pu élargir les critères d'inclusion aux internes, pour le retour qu'ils auraient pu apporter sur leur cursus universitaire.

Pour finir, notre étude avait également des **limites nosologiques**. La gravité de la DPA, perçue par les MG, n'a pas été prise en compte dans notre enquête. Elle conditionne fondamentalement la démarche diagnostique et thérapeutique initiale. Les déterminants de la PEC mis ainsi en évidence pouvaient ainsi se trouver logiquement modifiés, selon la sévérité de la DPA.

## VI. CONCLUSION

Notre enquête nous a permis de rappeler toute la complexité de la PEC initiale de la DPA, globale et pluridisciplinaire, s'articulant autour de la relation MG-malade. À l'écoute et sensibles aux changements chez leur patient, les MG s'appuient essentiellement sur leur expérience, pour orienter leur démarche diagnostique et thérapeutique.

Sur le plan diagnostique, cette étude souligne l'importance des troubles cognitivocomportementaux et des plaintes somatiques chroniques dans le tableau dépressif de la PA. Mais face à un type de patient exprimant peu ses affects, ces particularités cliniques peuvent constituer des obstacles majeurs au diagnostic, que l'entourage et l'équipe soignante peuvent aider à franchir. De même, un contexte de deuil, d'isolement social et de dépendance du conjoint lorsque la PA est l'aidant principal, sont dans ce cas en priorité recherchés. À noter que le risque suicidaire fait encore peu partie de l'évaluation initiale de la DPA.

Au niveau thérapeutique, l'abstention et la réévaluation précoce sont la règle pour la plupart des MG de notre enquête. Une trop faible adhésion thérapeutique et un risque iatrogénique important, en particulier chez la PA comorbide et en particulier démente, déterminent en majeure partie cette tendance au sous-traitement. En revanche, la connaissance du patient âgé et de son passé anxiodépressif suffisent pour démarrer le TAD. De même qu'en période post deuil où l'on observe plutôt une tendance au surtraitement, essentiellement à visée préventive.

Finalement, nous n'avons pas trouvé d'influence significative d'un type particulier d'exercice de la médecine générale, sur la prescription du TAD. En ce qui concerne la formation des MG, la capacité de gériatrie déterminerait une moindre prescription du TAD, initialement. Il en est de même, lorsque les MG sont moins visités par les délégués pharmaceutiques. Mais leur influence reste à éclaircir par des études disposant d'un plus grand niveau de preuve.

**Nous pouvons donc conclure, que l'attitude thérapeutique face à une DPA est avant tout adaptée au contexte et à la présentation clinique, mais également au ressenti initial et à la formation des MG.**

Pour optimiser la prescription initiale des antidépresseurs chez la PA dépressive, nous pouvons envisager les perspectives suivantes :

- Renforcer la coopération MG-spécialistes et l'accès aux soins psychiatriques de proximité, par le biais des CMP et des équipes mobiles.
- Renforcer le dépistage de la DPA, en privilégiant l'hétéro évaluation par l'équipe paramédicale et la famille, devant les formes cliniques complexes de DPA, en particulier lorsque les TC et les somatisations sont au premier plan ainsi qu'en post-deuil.
- Augmenter l'adhésion thérapeutique au TAD, en renforçant l'implication de la famille dans la PEC et explorant ses réticences.
- Renforcer la formation des MG notamment à l'utilisation des guides de bon usage des antidépresseurs chez la PA

## VII. ANNEXES

### Annexe 1 : Critères CIM-10 de l'épisode dépressif caractérisé (28)

| CIM-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>A. Critères généraux (obligatoires)</b></p> <p>G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.</p> <p>G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet.</p> <p>G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p><b>B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants :</b></p> <p>(1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines.</p> <p>(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables.</p> <p>(3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes * :</b></p> <p>(1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.</p> <p>(2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.</p> <p>(3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.</p> <p>(4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.</p> <p>(5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).</p> <p>(6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type.</p> <p>(7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.</p> <p>* : le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence d'au moins 4 symptômes (2 symptômes de la liste B et au moins 2 symptômes de la liste C ; ou 3 symptômes de la liste B et au moins 1 symptôme de la liste C).</p> |



## Annexe 2 : Critères DSM-5 de l'épisode dépressif caractérisé (27)

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

**N.B.** : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B.** : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

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

**N.B.** : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

**N.B.** : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse nor-

male à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte<sup>1</sup>.

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles spécifiés ou non spécifiés du spectre de la schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques.

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

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

## Annexe 3 : Échelle Gériatrique de Dépression 15 items GDS-15 (34)

Date \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_ Timbre \_\_\_\_\_

### Échelle de Dépression Gériatrique (GDS)

Cocher la réponse qui convient

|                                                                                             |                                  |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Etes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie ?                                       | Oui [0] <input type="checkbox"/> | Non [1] <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts ?                                | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?                                          | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ?                                                              | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?                                          | Oui [0] <input type="checkbox"/> | Non [1] <input type="checkbox"/> |
| 6. Avez-vous peur qu'il ne vous arrive quelque chose de mauvais ?                           | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 7. Êtes-vous heureux/-se la plupart du temps ?                                              | Oui [0] <input type="checkbox"/> | Non [1] <input type="checkbox"/> |
| 8. Vous sentez-vous souvent faible et dépendant ?                                           | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 9. Préférez-vous rester chez vous, plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau ? | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 10. Estimez-vous avoir plus de troubles de la mémoire que la plupart des gens ?             | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 11. Vous dites-vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment ?                      | Oui [0] <input type="checkbox"/> | Non [1] <input type="checkbox"/> |
| 12. Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui ?                                | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 13. Vous sentez-vous plein d'énergie ?                                                      | Oui [0] <input type="checkbox"/> | Non [1] <input type="checkbox"/> |
| 14. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?                             | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |
| 15. Croyez-vous que la plupart des gens soient plus à l'aise que vous ?                     | Oui [1] <input type="checkbox"/> | Non [0] <input type="checkbox"/> |

**Total points: .....**

0 - 5 points : normal

5-10 points : dépression légère à modérée

11-15 points : dépression grave

Source : Yesavage, J., Brink, T., Rose, T., Lum, O., Huang, V., Adey, M., Leirer, O. (1983) : Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J of Psych Res* 17, 37-49.

[www.addictions-et-vieillissement.ch](http://www.addictions-et-vieillissement.ch)

Un projet d'Infodrog, en collaboration avec d'autres partenaires.

**Vieillessement  
et addictions**

Annexe 4 : Version simplifiée de la GDS ; Mini GDS (33)

|                                                                                                                                                                                                         |     |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| <b>Poser les questions au patient en lui précisant que, pour répondre, il doit se resituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent</b> |     |     |
| <b>1. Vous sentez vous découragé(e) et triste ?</b>                                                                                                                                                     | Oui | Non |
| <b>2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?</b>                                                                                                                                               | Oui | Non |
| <b>3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?</b>                                                                                                                                                   | Oui | Non |
| <b>4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?</b>                                                                                                                                   | Oui | Non |
| <b>Cotation :</b><br>Question 1 : oui : 1, non : 0<br>Question 2 : oui : 1, non : 0<br>Question 3 : oui : 0, non : 1<br>Question 4 : oui : 1, non : 0                                                   |     |     |
| <b>Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.<br/>Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.</b>                                               |     |     |

## Annexe 5 : Échelle de Dépression de Cornell (32)

| Nom du patient :                                                                                                                                                                | Nom de l'aidant consulté : |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---|---|---|
| <i>Il faut coter chaque item et en faire l'addition selon le score suivant :</i>                                                                                                |                            |   |   |   |
| <i>a = impossible à évaluer - 0 = absent - 1 = modéré ou intermittent - 2 = sévère.</i>                                                                                         |                            |   |   |   |
| <b>A. SYMPTÔMES RELATIFS À L'HUMEUR</b>                                                                                                                                         |                            |   |   |   |
| 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>B. TROUBLES DU COMPORTEMENT</b>                                                                                                                                              |                            |   |   |   |
| 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 |
| <b>C. SYMPTÔMES SOMATIQUES</b>                                                                                                                                                  |                            |   |   |   |
| 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 |
| <b>D. FONCTIONS CYCLIQUES</b>                                                                                                                                                   |                            |   |   |   |
| 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 |
| <b>E. TROUBLES IDÉATOIRES</b>                                                                                                                                                   |                            |   |   |   |
| 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 |

## Annexe 6 : Échelle de NPI (32)

« Le patient/la patiente semble-t-elle triste ou déprimé(e) ? Dit-elle qu'elle se sent triste ou déprimé(e) ? »

**NON** : Passez à la case suivante

**OUI** : Posez les questions complémentaires indiquées ci-dessous

|                                                                                                                                                  |     |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| ☐ Y a-t-il des périodes pendant lesquelles le patient/la patiente pleure facilement ou sanglote, ce qui semblerait indiquer qu'elle est triste ? | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente dit-elle ou fait-elle des choses indiquant qu'elle est triste ou qu'elle n'a pas le moral ?                             | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente se rabaisse-t-elle ou dit-elle qu'elle a l'impression d'être un(e) raté(s) ?                                            | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente dit-elle qu'elle est quelqu'un de mauvais ou qu'elle mérite d'être puni(e) ?                                            | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente semble-t-elle très découragé(e) ou dit-elle qu'elle n'a pas d'avenir ?                                                  | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente dit-elle être un fardeau pour sa famille ou que sa famille serait bien mieux sans lui/elle ?                            | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente exprime-t-elle son désir mourir ou parle-t-elle de se suicider ?                                                        | oui | non |
| ☐ Le patient/la patiente montre-t-elle d'autres signes de dépression ou de tristesse ?                                                           | oui | non |

Si la réponse à la question préliminaire se trouve confirmée, déterminez la fréquence et le degré de gravité de cet état dépressif.

### FRÉQUENCE

« Maintenant je voudrais savoir avec quelle fréquence se produisent ces choses (utilisez le comportement qui pose le plus de problèmes). Diriez-vous qu'elles se produisent... »

|                                                                  |   |
|------------------------------------------------------------------|---|
| Quelques fois : moins d'une fois par semaine                     | 1 |
| Assez souvent : environ une fois par semaine                     | 2 |
| Fréquemment : plusieurs fois par semaine mais pas tous les jours | 3 |
| Très fréquemment : tous les jours ou pratiquement tout le temps  | 4 |

### GRAVITÉ

« Maintenant je voudrais connaître le degré de gravité de ces comportements. Par gravité, je veux dire : à quel point ces comportements sont-ils perturbants ou invalidants pour le patient/la patiente ? Diriez-vous que leur degré de gravité est ... »

|                                                                                                                                                                                                                     |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| <b>Léger</b> : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente mais il est généralement possible de l'atténuer en attirant l'attention du patient/de la patiente vers autre chose ou en la/la rassurant. | 1 |
| <b>Moyen</b> : l'état dépressif est éprouvant pour le patient/la patiente ; les symptômes dépressifs sont exprimés spontanément par le patient/la patiente et sont difficiles à soulager.                           | 2 |
| <b>Important</b> : l'état dépressif est très éprouvant et représente une source majeure de souffrance pour le patient/la patiente.                                                                                  | 3 |

### RETENTISSEMENT

A quel point ce comportement est-il perturbant pour vous au plan émotionnel ? (pour vous, en tant que soignant, entourage)

|             |   |            |   |                              |   |
|-------------|---|------------|---|------------------------------|---|
| Pas du tout | ☐ | Légerement | 2 | Sévèrement                   | 4 |
| Minimum     | 1 | Modérément | 3 | Très sévèrement, extrêmement | 5 |

Annexe 7 : Critères de la dépression vasculaire (41)

**Une dépression peut être de type vasculaire si le patient répond au critère A et à au moins 1 des 3 critères B**

**A.** Dépression majeure survenant dans un contexte clinique ou d'imagerie de maladie cérébrovasculaire ou de déficit neuropsychologique

**B1.** Manifestations cliniques incluant une histoire d'accident vasculaire cérébral constitué ou transitoire, des signes neurologiques focaux

**B2.** Imagerie cérébrale montrant des hyperintensités en substance blanche ou grise (score de Fazekas > 2 ou des lésions > 5 mm de diamètre et irrégulières), des lésions confluentes en substance blanche ou des infarctus corticaux ou sous-corticaux

**B3.** Troubles cognitifs comprenant une altération des fonctions exécutives (planification, organisation, abstraction), de la mémoire et de la rapidité de traitement de l'information.

Le diagnostic est appuyé par la présence des signes suivants :

Un épisode maniaque débutant après 50 ans. L'absence d'histoire familiale de troubles de l'humeur. Une restriction dans les activités instrumentales ou l'autonomie.

## Annexe 8 : Stratégie thérapeutique selon l'intensité de l'épisode dépressif caractérisé (50)

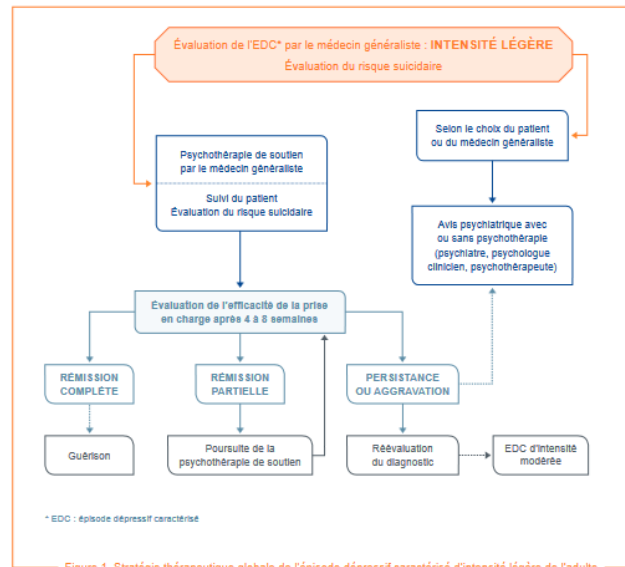


Figure 1. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère de l'adulte

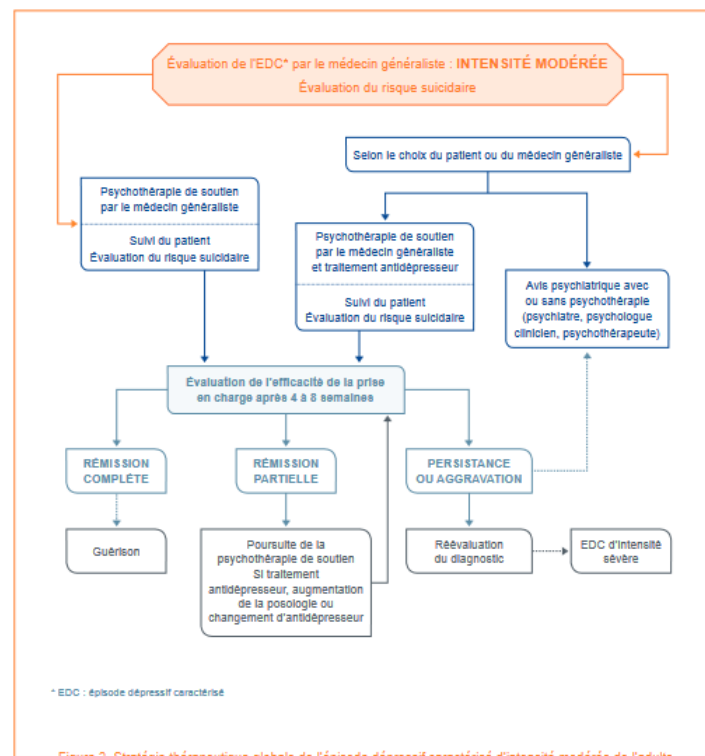


Figure 2. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée de l'adulte

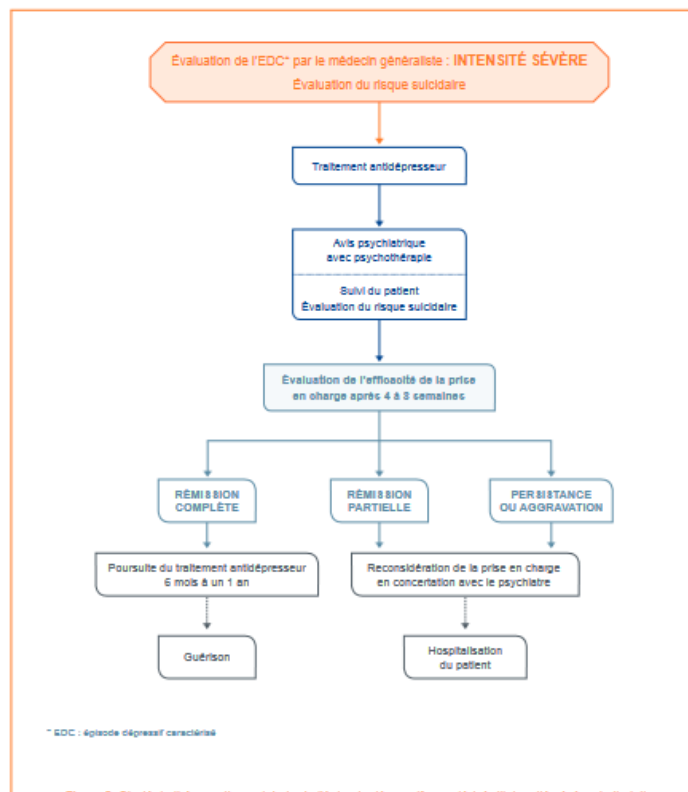


Figure 3. Stratégie thérapeutique globale de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère de l'adulte



Annexe 9 : Principales classes d'antidépresseurs utilisées chez la personne âgée avec leurs posologies et leurs effets indésirables courants (1)

| Antidépresseur | Mode d'action principal                                                | Effets secondaires les plus fréquents                                                                          | Posologie initiale (mg) | Posologie quotidienne moyenne (mg) |
|----------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| Citalopram     | 5HT                                                                    | Nausées et vomissements, dyspepsie, douleurs abdominales, diarrhée, céphalées, effets sur la libido            | 20                      | 20–40                              |
| Escitalopram   | 5HT                                                                    | Identiques à ceux du citalopram                                                                                | 5                       | 10                                 |
| Sertraline     | 5HT                                                                    | Identiques à ceux du citalopram                                                                                | 50                      | 50–150                             |
| Fluoxétine     | 5HT                                                                    | Identiques à ceux du citalopram mais insomnie et agitation plus fréquemment observées                          | 20                      | 20                                 |
| Paroxétine     | 5HT                                                                    | Identiques à ceux du citalopram mais somnolence et effets anticholinergiques également rapportés               | 20                      | 20                                 |
| Fluoxamine     | 5HT                                                                    | Identiques à ceux du citalopram mais nausées plus fréquemment rapportées                                       | 50–100                  | 100–200                            |
| Moclobémide    | MAO                                                                    | Troubles du sommeil, nausées, agitation                                                                        | 300                     | 300–400                            |
| Venlafaxine    | NA 5HT                                                                 | Nausées, insomnie, vertiges, sécheresse buccale, somnolence, élévation et diminution de la pression artérielle | 75                      | 150                                |
| Minecipran     | NA 5HT                                                                 | Nausées, insomnie, vertiges, sécheresse buccale, somnolence, élévation et diminution de la pression artérielle | 100                     | 100–200                            |
| Dulaxétine     | NA 5HT                                                                 | Nausées, insomnie, vertiges                                                                                    | 30                      | 60                                 |
| Mirtazapine    | Blocage alpha 2<br>Antagoniste sélectif des récepteurs 5HT2 et 5HT3    | Augmentation de l'appétit, prise de poids, somnolence, céphalées                                               | 30                      | 30                                 |
| Miansérine     | Alpha 2                                                                | Somnolence                                                                                                     | 30                      | 30–90                              |
| Tianeptine     | 5HT++                                                                  | Géstralgies, insomnie ou somnolence                                                                            | 25                      | 25                                 |
| Agomélatine    | Agoniste mélatoninergique (récepteurs MT1 et MT2)<br>Antagoniste 5HT2c | Nausées, vertiges, troubles du sommeil, troubles gastro-intestinaux                                            | 25                      | 25–50                              |
| Amitriptyline  | 5HT++ NA+                                                              | Somnolence, effets anticholinergiques, hypotension orthostatique, tachycardie/arythmie                         | 25–50                   | 75–100                             |
| Clomipramine   | 5HT++ NA+                                                              | Identiques à ceux de l'amitriptyline mais moindre somnolence                                                   |                         | 75–100                             |
| Imipramine     | NA++, 5HT+                                                             | Identiques à ceux de l'amitriptyline mais moindre somnolence                                                   | 25                      | 75–100                             |

NA : noradrénaline ; 5HT : sérotonine ; MT : mélatonine ; MAO : inhibiteur de la monoamine-oxydase.

## Annexe 10 : Questionnaire Dépression chez la Personne Agée

### **PARTIE I : RECONNAISSANCE DE LA DÉPRESSION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

**1/ De manière générale dans votre pratique, à quelle fréquence avez-vous des difficultés à reconnaître la dépression de la personne âgée ?**

- Jamais       Rarement       Occasionnellement       Assez souvent       Très souvent

**2/ En pratique, qu'est-ce qui vous freine dans le diagnostic de DPA par rapport au sujet jeune ?**

- La présentation clinique  
 Le grand âge et l'approche de la fin de vie  
 La peur du jugement / d'entraver la relation-médecin malade  
 La présence de troubles cognitifs  
 La poly-pathologie et / ou poly-médication  
 Le manque de recommandation  
 Autre frein

Autre frein :

*1 seule réponse possible*

**3/ Si vous deviez définir cliniquement la DPA, par quoi la distingueriez-vous du sujet jeune ?**

- Une moindre verbalisation des plaintes / Plus de déni  
 Plus de passage à l'acte suicidaire  
 Des plaintes somatiques plus fréquentes ( sommeil, amaigrissement, algies chroniques...)  
 Prédominance du sexe féminin  
 Plus de trouble cognitif et / ou du comportement ( apathie, agressivité...)  
 La décompensation de pathologies chroniques  
 La perte de l'autonomie et retentissement fonctionnel  
 Autre caractéristique

Autre caractéristique :

*2 réponses maximum*

**4/ En l'absence de symptôme, dans quel contexte allez-vous dépister une dépression chez la personne âgée ?**

|                                          | Pas d'accord du tout |   |   | Tout à fait d'accord |
|------------------------------------------|----------------------|---|---|----------------------|
| Dépendance / maladie du conjoint         | 0                    | 1 | 2 | 3                    |
| Deuil / veuvage récent                   | 0                    | 1 | 2 | 3                    |
| Isolement social                         | 0                    | 1 | 2 | 3                    |
| Situation économique précaire            | 0                    | 1 | 2 | 3                    |
| Entrée récente en institution            | 0                    | 1 | 2 | 3                    |
| Sortie d'hospitalisation pour motif aigu | 0                    | 1 | 2 | 3                    |

*Pondérer votre réponse pour chaque proposition*

**5/ En pratique, sur quoi vous appuyez-vous pour conforter votre diagnostic ?**

|                                                                  | Sans importance |   |   | Très important |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|---|---|----------------|
| Echelles ou scores spécifiques ( Cornell , GDS...)               | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Systeme informatique d'aide à la décision ( Recos HAS, VIDAL...) | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Avis spécialisé ( gériatrie / géro-psycho-geriatrie)             | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Avis de la famille                                               | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Avis du réseau de soin ( Aides à domicile, IDE)                  | 0               | 1 | 2 | 3              |

*Indiquez le niveau d'influence dans le diagnostic pour chaque proposition*

**Autre aide au diagnostic de DPA :**

*Réponse non obligatoire*

**PARTIE II : PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE INITIALE DE LA DÉPRESSION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE**

**6/ En pratique, à quelle fréquence avez-vous des difficultés pour la prise en charge de la DPA lors des premières consultations ou visites ?**

- Jamais       Rarement       Occasionnellement       Assez souvent       Très souvent

**7/ Une fois le diagnostic présumé ou posé, à quel stade de la PEC initiale de la DPA, rencontrez-vous des difficultés ?**

- L'orientation vers une PEC spécialisée ( géro-psycho-geriatrie, gériatrie, CMP...)  
 Le choix d'une stratégie thérapeutique: psycho-social et/ou médicamenteuse :  
 Le choix du traitement anti-dépresseur  
 Les modalités et délai de réévaluation du traitement  
 L'adhésion et l'alliance thérapeutique avec le patient  
 Autre difficulté:

Autre difficulté :

*une ou plusieurs réponses possibles*

**8/ Par rapport au sujet jeune, mettez-vous systématiquement en place un traitement anti-dépresseur lors des premières consultations pour DPA?**

- Oui  
 Non

**a/ Quels déterminants (contextuels ou cliniques) motivent votre décision de traiter d'emblée une personne âgée dépressive ?**

|                                                               | Sans importance |   |   | Très important |
|---------------------------------------------------------------|-----------------|---|---|----------------|
| Présentation clinique initiale                                | 0               | 1 | 2 | 3              |
| ATCD dépressif et/ou comorbidités psychiatriques associées    | 0               | 1 | 2 | 3              |
| La poly-pathologie et/ou polymédication                       | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Maladie / dépendance du conjoint                              | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Contexte de deuil / veuvage récent                            | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Isolement social                                              | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Situation économique précaire                                 | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Entrée récente en institution                                 | 0               | 1 | 2 | 3              |
| L'avis de la famille et/ou du réseau de soins (si disponible) | 0               | 1 | 2 | 3              |
| Votre connaissance du patient                                 | 0               | 1 | 2 | 3              |

*Indiquez le niveau d'influence dans votre décision pour chaque proposition*

**Autre déterminant dans la décision de traitement**

*Réponse non obligatoire*

**b/ En fonction de la symptomatologie au premier plan chez la personne âgée dépressive , quelle molécule choisissez-vous?**

|                                          | ISRS (Paroxétine...)     | ISRS-Na (Duloxétine...)  | Imipramine/ Tétracycline (Laroxyl...) | Miansérine               | Mirtazapine              | Autre molécule           | Indifférent              |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anxiété prédominante                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trouble du sommeil prédominant           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ralentissement psycho-moteur prédominant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trouble de l'appétit prédominant         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Agitation/ agressivité prédominante      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plaintes algiques diffuses               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*Une ou deux réponses possibles par proposition*

**c/ Réévaluez-vous plus souvent le traitement par rapport au sujet jeune ?**

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

a/ En dehors de déterminants cliniques, quels contextes motivent votre **décision d'abstention thérapeutique** initiale chez une personne âgée dépressive ?

|                                             | Sans importance |   | Très important |   |
|---------------------------------------------|-----------------|---|----------------|---|
| Le grand âge et l'approche de la fin de vie | 0               | 1 | 2              | 3 |
| Isolement social                            | 0               | 1 | 2              | 3 |
| Réticence de l'entourage                    | 0               | 1 | 2              | 3 |
| Votre connaissance du patient               | 0               | 1 | 2              | 3 |
| Votre expérience des TAD                    | 0               | 1 | 2              | 3 |

*Indiquez le niveau d'influence dans votre décision pour chaque proposition*

Autre déterminant dans l'abstention thérapeutique:

*Réponse non obligatoire*

b/ Quelle maladie évolutive chez la personne âgée motive en priorité votre abstention thérapeutique, parmi les catégories de pathologies suivantes ?

- Cardiopathies et maladies cérébro-vasculaires
- Troubles cognitifs et autres maladies neurodégénératives
- Comorbidités psychiatriques (hors trouble thymique)
- Cancéreuses
- Rhumatismales
- Maladies métaboliques et endocriniennes
- Autre

Autre :

*Une seule possible*

c/ Quel risque redoutez-vous en priorité avec l'usage des anti-dépresseurs chez la personne âgée?

- Risque de mésusage et interaction médicamenteuse
- Risque globale de chute (hypotension orthostatique, somnolence...)
- Risque de dépendance et sevrage
- Risque de décompensation de pathologies chroniques
- Autre risque

Autre risque :

*Une seule réponse possible*

9/ Qu'est ce qui pourrait vous aider dans la prise en charge médicamenteuse initiale de la DPA ?

- Logiciel d'aide à la prescription
- Référentiels (Organigramme /arbre décisionnel de la HAS, ANSM...)
- Avis téléphonique (gériatrie/gérontopsychiatrique)
- Consultation en centre spécialisé (HDJ, CMP...)
- Implication de l'entourage et/ou du réseau de soins (infirmière libérale, auxiliaires...)
- Autre solution

Autre solution :

*Une ou plusieurs réponses possibles*

**12/ A quelle fréquence recevez-vous des visiteurs médicaux et / ou laboratoires ?**

- Jamais
- Au mois une fois an
- Au moins une fois tous les 3 mois
- Au moins une fois par mois
- Autre

Autre :

*Approximativement*

**13/ Pratiquez-vous en milieu ?**

- Rural
- Urbain
- Semi-urbain
- Autre

Autre :

**13/ Quel est votre mode d'exercice de la médecine générale ?**

- Seul en cabinet
- En cabinet de groupe
- En maison de santé pluri-professionnelle
- En établissement médico-social
- Autre

Autre :

**14/ Etes-vous maître de stage universitaire (MSU) ?**

- Oui
- Non

**15/ Avez-vous suivi une formation spécifique en gériatrie et/ou psychiatrie dans votre cursus ?**

- Oui
- Non

Si oui, citez la ou les formation(s) suivie(s)

Si oui, citez la ou les formation(s) suivie(s)<sup>±</sup>

**16/ Quel âge avez-vous?**

- Moins de 30 ans
- Entre 31 et 50 ans
- Entre 51 et 65 ans
- Plus de 65 ans

**17/ Quel est votre sexe?**

- Femme
- Homme

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Roblin J. Les dépressions du sujet âgé : du diagnostic à la prise en charge. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2015;15(88):206-18.
2. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mars 2007;55(3):222-7.
3. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Études et Résultats*. 2012;(810):1-8.
4. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. *Psychother Psychosom*. 2010;79(5):285-94.
5. Martinez L, I G, Xavier L, Chneiweiss L, B H, MH R, et al. La prescription des antidépresseurs ISRS en France: conformité aux recommandations de bonne pratique. Enquête nationale auprès de 473 médecins généralistes. *La Revue du Praticien - Médecine Générale*. 1 janv 2003;17:1093-8.
6. Wang PS, Schneeweiss S, Brookhart MA, Glynn RJ, Mogun H, Patrick AR, et al. Suboptimal antidepressant use in the elderly. *J Clin Psychopharmacol*. avr 2005;25(2):118-26.
7. Christelle A. La dépression de la personne âgée perception et prise en charge par les médecins généralistes de l'ouest lyonnais [med]. *Claude Bernard-Lyon 1*; 2016.
8. Sigaux C. Le ressenti des médecins généralistes face à la dépression du sujet âgé. [Med]. [Besançon]: Franche-Comté; 2018.
9. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française [Internet]. 2018 [cité 12 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
10. poly-geriatrie.pdf [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
11. Masse C. Intérêt de la détermination du profil cognitif au cours de la dépression du sujet âgé [Internet] [phdthesis]. Université Bourgogne Franche-Comté; 2020 [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03252465>
12. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L, Jessen F, Maier W, Fuchs A, et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *Journal of Affective Disorders*. déc 2008;111(2-3):153-63.
13. Thomas Ph, Hazif-Thomas C, Delagnes V, Bonduelle P, Clément JP. Environnement contenant chez la personne âgée démente – Étude Pixel. *L'Encéphale*. juin 2007;33(3):317-25.

14. Brahem M, Ben Salem A, Hachfi H, Sarraj R, Ardhaoui M, Marwa H, et al. Troubles de l'humeur chez le sujet âgé en milieu rhumatologique. *Revue du Rhumatisme*. 1 déc 2020;87:A248-9.
15. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 4 juin 2005;365(9475):1961-70.
16. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie AS, 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.
17. Santé mentale et vieillissement [Internet]. [cité 13 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
18. Cronin-Stubbs D, de Leon CF, Beckett LA, Field TS, Glynn RJ, Evans DA. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. *Arch Intern Med*. 13 nov 2000;160(20):3074-80.
19. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2003;60(9):897-903.
20. Santos M, Kövari E, Hof PR, Gold G, Bouras C, Giannakopoulos P. The impact of vascular burden on late-life depression. *Brain Research Reviews*. déc 2009;62(1):19-32.
21. Letonturier D, Suicide des personnes âgées. *Med 2014*; 1089:160-165.
22. Roche J, Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées. 2014. [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018>
23. Pitchot W. Le suicide chez la personne âgée. *Rev Med Liège* 2014;69(5):390-394.
24. Saliou DG. Suicide des personnes âgées et EHPAD : facteurs de risque et prévention. DIU:Université René Descartes;2009.
25. Tinetti ME, Franklin Williams T, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *The American Journal of Medicine*. mars 1986;80(3):429-34.
26. Fromage B. Représentation de soi chez des sujets âgés chuteurs et non chuteurs. *L'Encéphale*. nov 2005;31(5):601-8.
27. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
28. HAS. Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm\\_ald23\\_troubles\\_depressifs\\_webavril2009.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-04/gm_ald23_troubles_depressifs_webavril2009.pdf)
29. Rigaud AS, Bayle C, Latour F, Lenoir H, Seux ML, Hanon O, et al. Troubles psychiques des personnes âgées. *EMC - Psychiatrie*. 1 nov 2005;2(4):259-81.



30. Sjöberg L, Karlsson B, Atti AR, Skoog I, Fratiglioni L, Wang HX. Prevalence of depression: Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2017;221:123-31.
31. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, Ten Have TR, Katz IR, Drayer R, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2006;144(7):496-504.
32. Lacoste L, Trivalle C. Echelles d'évaluation de la dépression en consultation gériatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. avr 2005;5(26):44-51.
33. Lonzo AC. The Spanish version of the Yesavage abbreviated questionnaire (GDS) to screen depressive dysfunctions in patients older than 65 years. [cité 17 oct 2022]; Disponible sur: [https://www.academia.edu/11674372/The\\_Spanish\\_version\\_of\\_the\\_Yesavage\\_abbreviated\\_questionnaire\\_GDS\\_to\\_screen\\_depressive\\_dysfunctions\\_in\\_patients\\_older\\_than\\_65\\_years](https://www.academia.edu/11674372/The_Spanish_version_of_the_Yesavage_abbreviated_questionnaire_GDS_to_screen_depressive_dysfunctions_in_patients_older_than_65_years)
34. Vieillesse et addiction. Echelle de dépression gériatrique. [Internet]. [cité 17 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.addictions-et-vieillesse.ch/files/content/pdf-fr/echelle-depression-geriatrique-gds\\_f.pdf](https://www.addictions-et-vieillesse.ch/files/content/pdf-fr/echelle-depression-geriatrique-gds_f.pdf)
35. Jongenelis K, Pot AM, Eisses AMH, Gerritsen DL, Derksen M, Beekman ATF, et al. Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. nov 2005;20(11):1067-74.
36. Preto I. Comment améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes âgées institutionnalisées démentes ? [med]. Paris7-Denis Diderot; 2009.
37. Muñoz RA, McBride ME, Brnabic AJM, López CJ, Hetem LAB, Secin R, et al. Major depressive disorder in Latin America: the relationship between depression severity, painful somatic symptoms, and quality of life. *J Affect Disord*. 2005;86(1):93-8.
38. Gallarda T. Les plaintes somatiques chez le sujet âgé : approche géronto-psychiatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. 2005;5(30):10-5.
39. Nicolas A, Dorey JM, Charles E, Clement JP. Sleep and depression in elderly people. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. 2010;8(3):171-8.
40. Bazin N. Syndrome de glissement: un équivalent dépressif? *La Revue Du Gériatre*. 2002;(27):371-2.
41. Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The Vascular Depression Hypothesis: Mechanisms Linking Vascular Disease with Depression. *Mol Psychiatry*. 2013;18(9):963-74.

42. CORD'HOMME P. Dépression vasculaire: évaluation du lien entre dépression d'apparition tardive et lésions cérébrovasculaires chez les personnes âgées, hypertendues traitées [med]. [Nancy]: Lorraine; 2012.
43. Thomas Ph, Hazif-Thomas C. Dépression de la personne âgée. *La revue du praticien*. 2008;58:6.
44. Invernizzi S, Simoes Loureiro I, Kandana Arachchige KG, Lefebvre L. Late-Life Depression, Cognitive Impairment, and Relationship with Alzheimer's Disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2021;50(5):414-24.
45. Van Damme A, Declercq T, Lemey L, Tandt H, Petrovic M. Late-life depression: issues for the general practitioner. *Int J Gen Med*. 2018;11:113-20.
46. Zubenko GS, Zubenko WN, McPherson S, Spoor E, Marin DB, Farlow MR, et al. A collaborative study of the emergence and clinical features of the major depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2003;160(5):857-66.
47. Thorpe L, Dépression ou démence? Comment aborder l'évaluation du patient. *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*. 2009 [Internet]. [cité 3 déc 2022]. Disponible sur: [http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue\\_pages/AD\\_Review/adPDFs/2009/Septembre2009/17.pdf](http://www.stacomcommunications.com/customcomm/Back-issue_pages/AD_Review/adPDFs/2009/Septembre2009/17.pdf)
48. Beekman ATF, de Beurs E, van Balkom AJLM, Deeg DJH, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communalities of Risk Factors. *AJP*. 2000;157(1):89-95.
49. Affre C. Evaluation des symptômes de dépression et de l'anxiété chez la personne âgée : une revue systématique de la littérature [med]. Liège; 2021.
50. HAS. Dépression adulte fiche de synthèse prise en charge en soin de premier recours. 2017. [Internet]. [cité 20 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_fiche\\_de\\_synthese\\_pec.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf)
51. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 2014;13(1):56-67.
52. Gum A, Areán PA. Current status of psychotherapy for mental disorders in the elderly. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6(1):32-8.
53. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Thérapie des schémas du sujet âgé : impact sur la dépression, l'anxiété et les schémas cognitifs typiques. *L'Encéphale*. 2013;39(6):393-400.
54. Legrain. Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé. 2005 [Internet]. [cité 21 oct 2022]. Disponible sur: <https://bonusagedumedicament.com/wp->

content/uploads/2020/03/SLegrain\_Consommation\_medicamenteuse\_personne\_agee-HAS-2005.pdf

55. Tonnerre O. Spécificités de la prise en charge de la dépression du sujet âgé en médecine générale: revue de la littérature [med]. Franche-Comté; 2014.
56. Cussey Vitali I. Antidépresseurs ; indications et mode d'emploi chez la personne âgée [med]. Limoges; 2019.
57. HAS. Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé. 2017 [Internet]. [cité 30 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prescription\\_psychotropes\\_sujet\\_age\\_version\\_courte\\_2007\\_11\\_07\\_\\_19\\_34\\_38\\_576.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/prescription_psychotropes_sujet_age_version_courte_2007_11_07__19_34_38_576.pdf)
58. Bec É, Cayla DF, Bel N. Santé mentale et organisation des soins. CREA-ORS 2017; 65.
59. Blanchet E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale: intérêts et obstacles. Enquête auprès de 84 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle [Med]. Henri Poincaré-Nancy 1; 2011.
60. Di Patrizio P, Blanchet E, Perret-Guillaume C, Benetos A. What use general practitioners do they tests and scales referred to geriatric? *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2013;11(1):21-31.
61. Massamba V. L'adéquation de la prescription d'antidépresseurs chez les personnes âgées qui consultent dans les services de médecine générale. 2016 [cité 8 déc 2022]; Disponible sur: <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/9569>
62. Misdrahi D, Baylé FJ. Observance thérapeutique et psychiatrie. *Act. Méd. Int. - Psychiatrie* 2000;8(17):285-289.
63. Coppens M, Barraine P, Barais M, Nabbe P, Berkhout C, Stolper E. L'intuition en médecine générale : validation française du consensus néerlandais « gut feelings ». 2010;22:5.
64. Fantino B, Wainsten JP, Bungener M, Joublin H, Brun-Strang C. Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé Publique*. 2007;19(3):241-52.
65. Martire LM, Schulz R, Reynolds CF, Karp JF, Gildengers AG, Whyte EM. Treatment of Late-Life Depression Alleviates Caregiver Burden. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(1):23-9.
66. Theiller J. Prévenir, détecter et soigner la dépression de la personne âgée, le rôle de l'infirmière à domicile. Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers : Genève; 2014.
67. Teresi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36(12):613-20.
68. Philippe J. État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes. 2021;113.

69. Demeocq T. Chute du sujet âgé : prévalence et parcours de soins en médecine générale : une étude transversale déclarative multicentrique [Med]. [Grenoble]; 2012.
70. Barré-Detrimont C. Les facteurs influençant la prescription d'antidépresseurs en médecine générale [Med]. Rouen; 2013.
71. Paille F, Personne âgée et consommation d'alcool. *Alcoologie et addictologie* 2014; 36(1):61-72
72. Calvet B, Clément JP. DSM-5 and old age psychiatry. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*. 2014;12(1):52-62.
73. Park M, Unützer J. Geriatric Depression in Primary Care. *Psychiatr Clin North Am*. j2011;34(2):469-x.
74. Merle-Bert 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. Université Claude Bernard [Med] [Lyon 1]; 2016.
75. 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.



## X. PLAN DÉTAILLÉ

### SOMMAIRES

#### LISTE DES ABRÉVIATIONS

|      |                                                             |    |
|------|-------------------------------------------------------------|----|
| I.   | INTRODUCTION .....                                          | 3  |
| II.  | CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....                                    | 4  |
| 1.   | Définitions et facteurs de risque de dépression .....       | 4  |
| a.   | Personne âgée et vulnérabilité.....                         | 4  |
| b.   | Les facteurs de risques dépressogènes .....                 | 4  |
| 2.   | Dépression ; épidémiologie et conséquences chez la PA.....  | 7  |
| a.   | Impact sanitaire.....                                       | 7  |
| b.   | Complications spécifiques .....                             | 7  |
| 3.   | Diagnostic de la dépression de la personne âgée .....       | 8  |
| a.   | Définition et outils diagnostiques .....                    | 8  |
| b.   | Spécificités gériatriques .....                             | 9  |
| c.   | Associations pathologiques fréquentes .....                 | 10 |
| 4.   | Prise en charge de la Dépression de la personne âgée .....  | 12 |
| a.   | Stratégies thérapeutiques .....                             | 12 |
| b.   | Choix du traitement antidépresseur .....                    | 13 |
| III. | MATÉRIEL ET MÉTHODES .....                                  | 16 |
| 1.   | Choix de l'étude et population .....                        | 16 |
| 2.   | Recherche documentaire et élaboration du questionnaire..... | 16 |
| 3.   | Recueil et analyse des données .....                        | 16 |
| IV.  | RÉSULTATS.....                                              | 17 |
| 1.   | Participation et caractéristiques des médecins .....        | 17 |
| a.   | Données sociodémographiques et exercice des MG .....        | 17 |
| b.   | Formation continue et encadrement universitaire.....        | 18 |
| 2.   | Reconnaissance de la DPA.....                               | 19 |
| a.   | Difficultés et freins diagnostiques.....                    | 19 |
| b.   | Déterminants cliniques et dépistage de la DPA .....         | 20 |
| c.   | Solution d'aide au diagnostic de DPA.....                   | 22 |
| 3.   | Prise en charge initiale de la DPA.....                     | 22 |
| a.   | Freins et difficultés .....                                 | 22 |
| b.   | Facteurs décisionnels du TAD.....                           | 23 |
| c.   | Aide à l'initiation du TAD.....                             | 27 |

|       |                                                                  |    |
|-------|------------------------------------------------------------------|----|
| 4.    | Analyse comparative de la décision de traiter .....              | 27 |
| a.    | Selon l'âge et le sexe des MG .....                              | 27 |
| b.    | Selon la formation des MG et encadrement universitaire.....      | 28 |
| c.    | Selon la gestion de la patientèle .....                          | 29 |
| d.    | Selon les conditions d'exercice des MG .....                     | 29 |
| V.    | DISCUSSION.....                                                  | 31 |
| 1.    | Interprétation des résultats .....                               | 31 |
| a.    | Le MG : acteur principal de la PEC initiale.....                 | 31 |
| b.    | Des ressources informatiques peu utilisées.....                  | 31 |
| c.    | Relation médecin –malade au centre de la PEC.....                | 32 |
| d.    | Rôle ambivalent de la famille .....                              | 32 |
| e.    | Communication privilégiée avec le réseau de soins de la PA ..... | 33 |
| f.    | Déterminants cliniques et contextuels de la PEC initiale .....   | 33 |
| g.    | Profil des prescripteurs .....                                   | 36 |
| 2.    | Forces et faiblesses de l'étude .....                            | 37 |
| VI.   | CONCLUSION .....                                                 | 38 |
| VII.  | ANNEXES.....                                                     | 39 |
| VIII. | BIBLIOGRAPHIE.....                                               | 54 |
| X.    | PLAN DÉTAILLÉ.....                                               | 60 |





## RÉSUMÉ

---

Nom – Prénom : SMOUNYA Gabriel

Thèse soutenue le : 24/01/2023

Titre de la thèse : **Les déterminants du diagnostic et de l'initiation du traitement antidépresseur chez le sujet âgé, en médecine générale**

Résumé :

**Contexte :** Le médecin généraliste (MG) est l'acteur principal dans la prise en charge initiale de la dépression de la personne âgée (DPA), qui reste sous diagnostiquée et sous traitée.

**Méthode :** Enquête quantitative interrogeant 144 MG de Franche-Comté dans leur pratique, afin de montrer les principaux déterminants orientant le diagnostic et la décision de traiter initialement, la personne âgée dépressive.

**Résultats et analyse :** L'expérience du praticien et la connaissance de son patient primaires, du diagnostic au traitement. Les troubles cognitivo-comportementaux, les somatisations itératives et le déni constituaient principalement le tableau clinique de la DPA. Le deuil, la maladie du conjoint et le passé anxiodépressif suffisaient, dans la majorité des cas, pour traiter d'emblée. Source majeure d'abstention par les MG, l'adhésion thérapeutique était souvent remise en question dans la DPA, notamment en présence de troubles cognitifs et de comorbidités, rendant alors le traitement déraisonnable.

**Conclusion :** L'abstention thérapeutique initiale et la réévaluation restent privilégiées chez la personne âgée dépressive. Renforcer l'implication de l'entourage, la coordination entre soignants et la formation des MG, pourrait améliorer le repérage de la DPA et augmenter les chances de succès thérapeutique.

Mots clés : Dépression personne âgée, médecine générale, repérage, décision thérapeutique, iatrogénie, coordination