

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'Etat

Par

Coraline HAASER

Née le 22/04/1994 à BLOIS (41)

**LES FREINS AU DEPISTAGE DE L'EPISODE DEPRESSIF
CARACTERISE DU SUJET AGE VIVANT A DOMICILE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES D'INDRE-ET-LOIRE EN 2022-2023**

Présentée et soutenue publiquement le 11/05/2023 Devant un jury composé de :

Président du jury : Professeur Thomas DESMIDT, psychiatre, Faculté de médecine - Tours

Membres du jury :

Dr RENOUX Cécile, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine - Tours

Dr GEORGET Sandrine, Médecine générale, PH, CH - Chinon

Directrice de thèse : *Docteur Ecaterina SANDU, Psychiatre, PH, CH - Chinon*

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Pr DESMIDT, merci de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Au Dr RENOUX, merci de m'avoir aidé à résonner sur mon sujet de thèse et pour votre bienveillance lors de l'entretien de fin de DES. Et surtout merci d'avoir accepté d'être présente pour cette dernière étape de mes études.

Au Dr GEORGET, pour qui j'ai beaucoup de respect et d'admiration. Merci pour m'avoir appris la rigueur et la vision globale des patients. J'ai beaucoup progressé à vos côtés et je suis reconnaissante d'avoir croisé votre chemin. Merci de me faire l'honneur d'être présente et de faire partie mon jury de thèse.

Au Dr SANDU, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse et d'avoir été disponible et réactive tout au long de sa réalisation. Merci pour tes précieux conseils tout au long de ce travail et d'avoir eu confiance en moi lorsque je doutais.

A ma famille :

A ma maman, mon éternelle utopiste qui sait me redonner le sourire lorsque je le perds. Ma petite maman, mon roc qui se relève toujours malgré les difficultés. Je t'aime fort ! Merci d'avoir fait de moi celle que je suis.

A mon père, les moments que nous passons ensemble me sont précieux. Merci pour ton calme et ta gentillesse. Je t'aime.

A mes frères, mes petits frères qui me dépassent maintenant. Vous aurez toujours une place dans mon cœur et la porte grande ouverte de ma maison lorsque vous en aurez besoin. Je pense souvent à vous et vous aime fort.

A ma belle-famille, Laurence et Gaël pour m'avoir tout de suite accueillie et être présents pour nous épauler et conseiller. A Audrey, Arnaud, Charline et Ronan pour votre bienveillance, votre présence et tous ces neveux et nièces qui animent nos WE !

A Gatien, mon partenaire dans la vie depuis 8 ans et pour longtemps encore j'espère. Tu as su me rassurer lorsque je doutais, essayer parfois mes larmes et me redonner courage. Et malgré des moments difficiles passés, je ne me vois pas continuer mon chemin sans toi à mes côtés. Je t'aime.

A mes amis :

A Lola cette belle rencontre de l'externat qui m'a permis de savoir regarder au-delà des a priori et qui m'accorde une place particulière dans sa vie encore aujourd'hui.

A Valentin, un copain de collège retrouvé sur les bancs de la fac devenu un ami, un confident.

Aux orléanais, Elise que j'ai redécouvert, Jeremy et Solène que j'ai appris à mieux connaître, et Mathieu qui a pris une place importante dans mon quotidien et avec qui j'espère pouvoir jouer au badminton encore un peu !

Aux copains de l'externat, Fabien pour ta simplicité et ta bonne humeur, Florian et Victoire pour votre accueil toujours chaleureux, Chloé pour faire partie de la vie de Valentin et tous ces beaux projets auxquels j'espère participer !

Et a tous ceux que j'ai rencontré durant mes études ou mes loisirs et qui ont enrichi mon quotidien : Noémie et Océane mes binômes de PACES dont je me suis éloignée mais qui ont une place dans ma mémoire et à qui je porte toujours beaucoup d'affection. Célia avec j'espère pouvoir travailler de nouveau, Geoffrey (merci pour ce WE d'intégration inoubliable ou pas), Etienne pour les discussions sur tout et rien en soirée et les tournois de bad ensemble, Etienne pour les soirées improvisées et les gardes à la pharmacie (d'ailleurs, ça fait longtemps !). Laura, Tarik, Nathan et les autres badistes qui m'ont donné goût aux interclubs surtout pour la troisième mi-temps ! Et ceux que j'ai oublié de mentionner mais qui sont présents ce soir.

RESUME :

INTRODUCTION : La dépression est la première cause d'incapacité selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). L'épisode dépressif caractérisé (EDC) n'épargne pas les patients âgés. Dans cette population, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est estimée entre 1 et 4 % et celle des symptômes dépressifs entre 8 et 16 %. Son diagnostic est plus difficile chez les patients d'âge avancée et il est essentiel car l'EDC est associé à une augmentation de la morbi-mortalité. Malheureusement, l'EDC du sujet âgé n'est pas assez dépisté. Nous nous intéressons donc aux différents freins et limitations au dépistage de l'EDC du sujet âgé vivant à domicile rencontrés par les médecins généralistes en Indre-et-Loire.

MATERIEL ET METHODES : Nous avons construit un échantillon raisonné à variation maximale nous permettant d'interroger les médecins généralistes installés en Indre-et-Loire et exerçant la médecine générale en milieu urbain, semi-rural et rural, installés seuls ou à plusieurs. Les médecins contactés sont répertoriés sur l'annuaire santé de la sécurité sociale. Les entretiens sont guidés par un questionnaire semi-directif et font l'objet d'une analyse qualitative inductive générale. Nous obtenons la participation de 14 médecins généralistes allant du jeune installé au médecin en fin de carrière, du rural à l'urbain, du cabinet à deux médecins jusqu'à la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à plus de 11 professionnels.

RESULTATS : Nous identifions plusieurs freins au diagnostic de dépression. Premièrement, ceux qui dépendent du médecin généraliste avec des contraintes d'organisation des plages de consultations, d'organisation du contenu des consultations, des difficultés à trancher entre dépression et tristesse réactionnelle ainsi que les affections somatiques pouvant être responsables de symptômes dépressifs. L'anticipation du traitement possible par le médecin fait également pencher vers l'absence de dépistage, surtout lorsque le médecin voit difficilement une issue thérapeutique une fois le diagnostic posé.

Deuxièmement, les freins qui dépendent des patients âgés avec une banalisation des symptômes, l'absence de plainte en consultation auprès du médecin et parfois le déni. Chez les patients âgés de sexe masculin, un regard chargé de préjugés sur les troubles psychiques comme la dépression peut aussi être un frein au dépistage.

Troisièmement, les limitations inhérentes à l'entourage des patients âgés. L'entourage peut alerter sur l'état de santé du patient. Il peut aussi, avec ses préjugés sur la maladie, orienter dans la mauvaise direction ou retarder la prise en charge médicamenteuse et psychologique lorsqu'elle est possible.

CONCLUSION : Le dépistage de la dépression représente un enjeu majeur dans cette population. Ce travail met en avant les différents freins au diagnostic des EDC du patient âgé et encourage les professionnels à être plus conscients de ces limites. La prise en charge de la dépression permettrait une amélioration de la qualité de vie et une meilleure prévention des passages à l'acte suicidaire dans une population à risque.

MOTS CLES : dépression, patient âgé, épisode dépressif caractérisé, diagnostic, suicide, médecine générale

LISTE DES ABREVIATIONS

CRP : Protéine C Réactive

ECG : ElectroCardioGramme

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GAJ : Glycémie A Jeun

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MSU : Maître de Stage Universitaire

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée

TP : Temps de Prothrombine

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

VHB : Virus Hépatite B

VHC : Virus Hépatite C

VIH : Virus Immuno-déficient Humain

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| APETOH Lionel | Immunologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BAKHOS David..... | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas..... | Psychiatrie ; addictologie |
| BARBIER François..... | Médecine intensive et réanimation |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERHOUEZ Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique | Physiologie |
| BOURGUIGNON Thierry | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CALAIS Gilles..... | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent..... | Psychiatrie d'adultes |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESMIDT Thomas..... | Psychiatrie |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DI GUISTO Caroline | Gynécologie obstétrique |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri..... | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan | Médecine intensive – réanimation |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FAVARD Luc..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe..... | Néphrologie |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GUERIF Fabrice..... | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUILLOIN Antoine..... | Médecine intensive – réanimation |
| GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HALIMI Jean-Michel..... | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe..... | Biologie cellulaire |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd..... | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |

| | |
|-------------------------------|--|
| MACHET Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARJANI Annabel | Dermatologie-vénéréologie |
| MEREGHETTI Laurent | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine | Pédiatrie |
| MORINIERE Sylvain | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis | Rhumatologie |
| ODENT Thierry | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent | Physiologie |
| REMERAND Francis | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe | Biologie cellulaire |
| RUSCH Emmanuel | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab | Dermatologie-vénéréologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick | Génétique |
| VAILLANT Loïc | Dermato-vénéréologie |
| VELUT Stéphane | Anatomie |
| VOURC'H Patrick | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|-----------------------------------|---|
| AUDEMARD-VERGER Alexandra | Médecine interne |
| BARBIER Louise | Chirurgie digestive |
| BINET Aurélien | Chirurgie infantile |
| BISSON Arnaud | Cardiologie (CHRO) |
| BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo | Rhumatologie (au 01/10/2021) |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DENIS Frédéric | Odontologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| ELKRIEF Laure | Hépatologie – gastroentérologie |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GOUILLEUX Valérie | Immunologie |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |

| | |
|-------------------------------------|--|
| LE GUELLEC Chantal..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEFORT Bruno..... | Pédiatrie |
| LEMAIGNEN Adrien..... | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOREL Baptiste..... | Radiologie pédiatrique |
| PARE Arnaud..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| PIVER Éric..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROUMY Jérôme..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET Bénédicte..... | Thérapeutique |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| STEFIC Karl..... | Bactériologie |
| TERNANT David..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VAYNE Caroline..... | Hématologie, transfusion |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... | Génétique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences |
| NICOGLU Antonine..... | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile..... | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| AUMARECHAL Alain..... | Médecine Générale |
| BARBEAU Ludivine..... | Médecine Générale |
| CHAMANT Christelle..... | Médecine Générale |
| ETTORI-AJASSE Isabelle..... | Médecine Générale |
| PAUTRAT Maxime..... | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe..... | Médecine Générale |
| SAMKO Boris..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

| | |
|------------------------------|--|
| BECKER Jérôme..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BOUAKAZ Ayache..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BRIARD Benoit..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| CHALON Sylvie..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| DE ROCQUIGNY Hugues..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GILOT Philippe..... | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice..... | Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GUEGUINO Maxime..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| KORKMAZ Brice..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| LATINUS Marianne..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| LAUMONNIER Frédéric..... | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| LE MERREUR Julie..... | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253 |
| MAMMANO Fabrizio..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| MEUNIER Jean-Christophe..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| PAGET Christophe..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| RAOUL William..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069 |
| SI TAHAR Mustapha..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| SUREAU Camille..... | Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| WARDAK Claire..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| DELORE Claire..... | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Ecole d'Orthoptie

| | |
|------------------------|-------------|
| BOULNOIS Sandrine..... | Orthoptiste |
|------------------------|-------------|

Pour l'Ethique Médicale

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice..... | Praticien Hospitalier |
|-----------------------|-----------------------|

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Remerciements..... | 2 |
| Résumé..... | 4 |
| Liste des abréviations..... | 5 |
| Partie I – INTRODUCTION..... | 12 |
| Partie II – MATERIEL ET METHODES..... | 14 |
| 1. Type d'études..... | 14 |
| 2. Population..... | 14 |
| 3. Analyses statistiques..... | 14 |
| Partie III – RESULTATS..... | 15 |
| 4. Caractéristiques de la population..... | 15 |
| 5. Freins identifiés..... | 16 |
| a. Du médecin généraliste..... | 16 |
| i. Organisation du temps de travail..... | 16 |
| ii. Structure des consultations..... | 17 |
| iii. Les diagnostics différentiels..... | 18 |
| iv. Le retard de prise en charge..... | 18 |
| v. Réorienter ou déléguer la prise en charge..... | 19 |
| vi. L'expérience, une alliée ?..... | 20 |
| vii. L'écoute de l'entourage..... | 20 |
| b. Du patient âgé..... | 20 |
| i. Banalité des symptômes..... | 20 |
| ii. Le déni..... | 21 |
| iii. Les troubles neurocognitifs..... | 21 |
| iv. La vision des troubles psychiques par les patients..... | 21 |
| c. De l'entourage..... | 22 |
| i. Alerter..... | 22 |
| ii. Des préjugés sur la prise en charge..... | 22 |
| Partie IV – DISCUSSION..... | 23 |
| Partie V – CONCLUSION..... | 27 |
| Bibliographie..... | 28 |
| Annexes..... | 29 |

I. INTRODUCTION

Le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (EDC) est clinique. Il s'appuie sur des critères définis par la classification internationale des maladies version 10 (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux version 5 (DSM-5), plutôt utilisé en clinique et en recherche (1) (Annexe - Tableau 1).

Dans le monde, la dépression représente la première cause d'incapacité selon l'OMS (2). En France, la population âgée est en constante augmentation (3). L'OMS définit une personne âgée par un âge supérieur à 60 ans (4). La Haute Autorité de Santé (HAS) la définit comme une personne ayant plus de 75 ans ou plus de 65 ans avec des critères de fragilité (5). En 2020, les plus de 65 ans représentaient 20,5 % de la population française. Dans cette population, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est estimée entre 1 et 4 % et celle des symptômes dépressifs entre 8 et 16 % (6). Parmi ces derniers, seulement 15 à 50 % seraient identifiés (7,8). En effet, chez le patient âgé, le diagnostic est plus difficile. Le motif de consultation du patient âgé n'est pas une humeur dépressive mais plutôt son renouvellement d'ordonnance ou une plainte somatique (9). De plus, les consultations des patients âgés sont plus complexes et plus longues car ils présentent souvent plusieurs comorbidités associées. Cependant, les facteurs de risques de dépression du patient âgé sont connus : âge, sexe féminin, isolement social, faible niveau socio-économique, l'absence de pratique religieuse, le divorce ou le veuvage dans les deux sexes mais associé à un risque de développer un épisode dépressif multiplié par trois à quatre chez l'homme (10,11). De plus, les antécédents de dépression, les comorbidités, la dépendance physique et les facteurs de risques cardiovasculaires (colocalisation des lésions d'atrophie et d'ischémie) sont des facteurs de risque d'EDC commun aux deux sexes (6).

L'EDC est associé à une forte morbi-mortalité (12). En effet, la coexistence d'un EDC et d'une affection somatique aggrave le pronostic des deux pathologies (10). Cela limite les fonctions psychosociales, diminue la qualité de vie des patients et entraîne une augmentation de la consommation du système de soins et donc un surcoût pour la société (13).

La recherche de symptômes dépressifs chez un patient âgé souffrant d'un trouble physique ou ayant vécu un évènement négatif devrait être réalisée. Malheureusement, ce dépistage est trop peu réalisé malgré des échelles courtes qui ont été validées et la possibilité de réaliser une consultation dédiée et prise en charge par la sécurité sociale par la suite pour confirmer le diagnostic et déterminer la sévérité du trouble dépressif par des échelles plus complètes (14). L'objet de ce travail de thèse est de répertorier les différents types de freins au dépistage de l'épisode dépressif caractérisé des patients âgés en médecine générale en Indre-et-Loire en 2022-2023.

II. MATERIELS ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative et observationnelle. La méthode qualitative consiste à recueillir des données à l'aide d'entretiens semi-directifs individuels réalisés à l'automne-hiver 2022-2023 et d'en faire une analyse inductive générale. Le nombre d'entretiens sera celui nécessaire pour arriver à une saturation des données, c'est-à-dire à l'absence d'émergence de nouvelle idée ou remarque sur le sujet principal, avec deux à trois entretiens supplémentaires à partir de cette saturation.

2. Population

L'échantillon de l'étude inclue des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire. Nous nous sommes basés sur l'annuaire des professionnels de santé de la sécurité sociale pour créer la liste des médecins interrogeables. Les critères d'exclusions sont : médecins retraités n'exerçant plus, médecins remplaçants et médecins ayant une autre activité exclusive (ostéopathie, homéopathie, acupuncture, etc). Une fois listés, nous avons contacté les médecins afin d'avoir un échantillon raisonné « à variation maximale » sur l'ancienneté d'exercice, le type d'exercice (urbain, semi-rural ou rural) et le mode de fonctionnement des locaux (cabinet médical jusqu'à la Maison de Santé pluriprofessionnelle (MSP)).

3. Analyses statistiques

Les entretiens sont entièrement retranscrits pour constituer le verbatim. Les données recueillies font l'objet d'une analyse qualitative inductive générale.

Pour s'imprégner de l'ambiance générale des entretiens, nous écoutons les enregistrements anonymisés. Puis l'étiquetage du verbatim est fait en double lecture à partir des retranscriptions. Une première lecture verticale, entretien par entretien, puis horizontale, thème par thème. Le codage du verbatim est également fait par un deuxième intervenant, interne en médecine générale à Tours.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques de la population

Notre échantillon compte 14 médecins généralistes allant du jeune installé au médecin expérimenté proche de la retraite. Leur exercice s'étant de l'urbain à la campagne d'Indre-et-Loire avec des installations allant d'un cabinet à deux médecins jusqu'à la maison pluriprofessionnelle à 11 praticiens. Les entretiens durent en moyenne neuf minutes et quarante-deux secondes avec un minimal à quatre minutes et maximal à vingt-deux minutes et vingt-et-une secondes.

Les autres caractéristiques sont détaillées dans le tableau ci-dessous :

| Sexe | Age (x ans) | Nombre d'années d'exercice | Type d'exercice | Type d'installation | Pourcentage de patients âgés dans la patientèle | Formation sur la dépression du patient âgé | MSU |
|------|-------------|----------------------------|-----------------|---------------------|---|--|-----------------------------|
| H | 58 | 28 | urbain | cabinet médical | 50,00 % | oui | Externe + niveau 1 + SASPAS |
| H | 41 | 10 | rural | cabinet médical | 30,00 % | oui | Niveau 1 + SASPAS |
| H | 72 | 33 | Semi-rural | maison médicale | 50,00 % | non | non |
| H | 60 | 35 | Semi-rural | cabinet médical | 50,00 % | non | non |
| H | 29 | 1 | Semi-rural | MSP | 30,00 % | non | non |
| H | 35 | 4 | urbain | cabinet médical | 40,00 % | internat | Externe + niveau 1 |
| H | 62 | 30 | rural | MSP | 30,00 % | internat | Externe + SASPAS |
| H | 31 | 2 | rural | MSP | 25,00 % | non | non |
| H | 60 | 27 | rural | MSP | 45,00 % | non | SASPAS |
| F | 36 | 5 | rural | MSP | 30,00 % | internat | non |
| H | 59 | 30 | rural | MSP | 20,00 % | FMC | SASPAS |
| F | 42 | 1 | Semi-rural | cabinet médical | 40,00 % | FMC | non |
| F | 69 | 20 | Semi-rural | cabinet médical | 50,00 % | FMC | non |
| H | 34 | 4,5 | urbain | cabinet médical | 25,00 % | non | non |

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

Dans la population deux médecins sont médecins coordinateurs d'Établissement d'hébergement pour les Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et deux autres ne travaillent pas en EHPAD. Tous les autres s'y rendent en visite pour leurs patients. Les deux médecins coordinateurs d'EHPAD sont aussi les deux médecins à avoir une formation complémentaire en gériatrie.

La moitié des médecins interrogés utilisent le test de dépistage de l'EDC d'Hamilton. Avec l'argument principal de prise en charge par la sécurité sociale. Les médecins adaptent les tests aux patients interrogés. Enfin, un grand nombre n'utilisent pas de questionnaires d'aide au dépistage de la dépression.

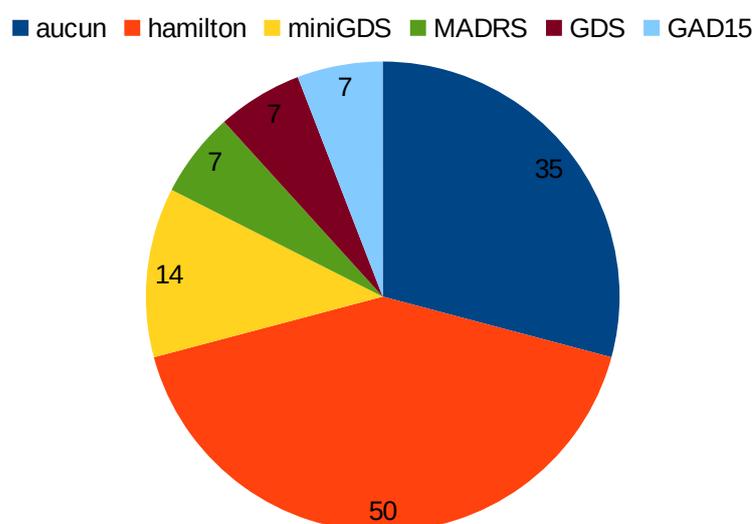


Figure 1 : pourcentage d'utilisation des tests de dépistage de l'EDC

Tous les médecins interrogés ont estimé la prévalence de l'EDC entre 10 et 30 %.

2. Freins et limites identifiés

a. Du médecin généraliste

i. Organisation du temps de travail

La majorité des médecins interrogés mettent en avant une question de temps dédié à la consultation. La majorité des créneaux de consultations ont une durée qui varie entre 15 et 20 minutes avec des plages de consultations limitées et des délais de consultation de quelques jours à quelques semaines suivant les praticiens.

Médecin A : « *En cabinet, c'est une clientèle totalement différente. On n'a pas tout à fait le temps.* »

Médecin G : « *La première limite c'est le temps dédié à la consultation de la personne âgée.* »

Médecin H : « *Le temps. Moi, c'est surtout un problème de temps.* »

Parmi les médecins participants, un d'entre eux a une attitude différente. Il redonne rendez-vous dans un délai de cinq à dix jours à ses patients en bloquant deux créneaux de rendez-vous de 20 minutes pour pouvoir faire passer un questionnaire de dépistage et effectuer l'électrocardiogramme (ECG) avant d'instaurer le traitement si cela s'avère nécessaire.

Médecin F : « *En fait, j'ai ma petite routine que j'ai faite au fil du temps. D'abord je soupçonne, donc je fais faire une prise de sang pour éliminer une origine organique, je pose des questions pour avoir des éléments pour me conforter ou pas dans mon diagnostic et puis je redonne un rendez-vous dans un délai d'une à deux semaines avec les résultats de prise de sang et on fait un test plus prolongé. Et puis en général si je diagnostique une dépression, je mets sous antidépresseur. Donc je réalise un ECG au cabinet.* »

ii. Structure des consultations

Les médecins mettent en avant la complexité des consultations de patients âgés du fait des comorbidités. Ils expriment leur difficulté à aborder tous les sujets lors d'une même consultation et surtout à penser à aborder le sujet avec leur patient âgé. Le contenu des consultations ne peut pas être exhaustif, il faut donc choisir et prioriser ce qu'on aborde lors de la consultation.

Médecin E : « *Le fait que je n'y pense pas spécialement, à me dire je vais faire une consultation dédiée à ça. C'est-à-dire qu'avec les sujets âgés, on va avoir 2 types de consultations : la consultation de suivi ou le pépin aigu. [...] Après quand il y en a qu'on voit plus seul ou si pour des patients qui sont plus solitaires où il n'y a pas d'entourage, où il n'y a pas de famille, on va plus facilement prendre le temps. Des gens [...], qui sont un peu plus demandeurs qui vont être vu plus régulièrement et du coup on discute plus facilement de ce qu'il y a autour.* »

Médecin G : « *La deuxième limite c'est le fait d'être sur une patientèle polypathologique et que ce n'est pas ce qui va nous préoccuper d'emblée* »

Médecin I : « *Mais il y a tellement d'autre chose à voir que ça on n'y pense pas forcément. Et je ne pense absolument jamais à dire « bah revenez à un moment, on va réévaluer ça ».* »

iii. Les diagnostics différentiels

Devant des symptômes dépressifs, avant de faire un questionnaire ou de poursuivre l'interrogatoire sur le registre psychiatrique ou psychologique, les médecins cherchent une cause somatique.

Médecin B : « *Et puis, de s'assurer que ce ne soit pas réactionnel. Parce que c'est quand même beaucoup le cas et que ce n'est pas toujours une indication à traiter. D'essayer de traiter la cause s'il y en a, la douleur, machin, enfin, etc, évidemment. La pathologie suivant ce qu'il y a.* »

Par ailleurs, certains témoignent de leur difficulté à cibler le moment où il faut déclencher les tests de dépistage. Par exemple, au décours d'un deuil ou d'un évènement négatif dans la vie d'un patient âgé, il peut présenter une tristesse de l'humeur. Celle-ci peut s'inscrire dans la durée et dégrader le quotidien du patient âgé en évoluant vers un EDC. Trouver ce moment de bascule où il faut intervenir représente un défi pour le médecin généraliste auquel s'ajoute la crainte de surmédicaliser des syndromes dépressifs réactionnels.

Médecin F : « *Alors du coup, ça n'entraîne pas forcément un état dépressif mais ça peut entraîner une sorte de lassitude de la vie. Et avec le recul je trouve que ça peut être une attitude compréhensible par rapport à la situation dans laquelle elles se trouvent. Qu'elles sont un peu tristes. Enfin, je me mets à leur place et je me dis peut-être que moi aussi je serais triste. Mais du coup, il y a cette espèce de morosité qu'il peut y avoir chez certaine personne âgée. Est-ce que c'est de la dépression ? Ou est-ce que ce n'est pas de la dépression ? Est-ce que je médicalise ? Est-ce que je ne médicalise pas ? C'est toujours une interrogation que j'ai et j'ai souvent du mal à trancher si je médicalise ou pas une tristesse ou une morosité chez une personne âgée.* »

iv. Le retard de prise en charge

Quelques médecins mettent en avant un retard au dépistage devant un début insidieux, des troubles somatiques ou neurodégénératifs passant au premier plan.

Médecin C : « *On balbutie, on balbutie parce que l'entrée en dépression ou la manifestation dépressive de la personne âgée est mélangée avec des problèmes d'aggravation de solitude et de dépendance et de troubles cognitifs.* »

Parmi les médecins interrogés, certains se retrouvent dans l'évitement face au dépistage d'un EDC malgré des symptômes évocateurs. Ils mettent cet évitement en lien avec l'anticipation de leur difficulté dans la prise en charge des patients : choix d'un

antidépresseur, anticipation des éventuels effets secondaires et d'importants risques de iatrogénie ainsi que le manque de lien avec les professionnels de santé mentale, par exemple. D'autres avec la conviction qu'ils ne pourront pas améliorer le quotidien de leur patient ou qu'ils seront dans l'impossibilité d'améliorer leur prise en charge une fois le diagnostic réalisé. Ils se sentent parfois impuissants face à la révélation d'une dépression : manque de moyens thérapeutiques et humains pour la prise en charge, isolement, problèmes sociaux et financiers qui ne peuvent pas être modifiés, la présence des deuils répétés ou limitations physiques les empêchant d'avoir accès des activités qui permettent une sociabilisation.

Médecin E : « *C'est vrai que je vais plus facilement adresser à un professionnel qui va être plus spécialiste puisque notamment ensuite sur la prescription je ne vais pas forcément être à l'aise moi avec l'initiation d'antidépresseur.* »

Médecin N : « *Savoir que la personne est dépressive c'est quelque chose mais la question en fait c'est plutôt qu'est-ce qu'on peut faire pour la personne. [...] C'est-à-dire : qu'est-ce que je peux faire pour la personne ? Et voilà plutôt qu'une nosographie pure qui quand on est dans l'action n'est pas forcément intéressante. Donc moi je me pose plutôt la question est-ce que donner un anti-dépresseur ou un traitement est intéressant ? Ou est-ce que faire un changement structurel de sa vie est intéressant ? Et donc du coup je passe pas forcément par me demander directement si la personne est dépressive. C'est-à-dire que si dans certains cas a priori elle pourrait l'être mais de toute façon il n'y a rien de particulier que je puisse faire et donc du coup, je ne pousserai pas l'investigation.* »

v. Réorienter ou déléguer la prise en charge

Certains médecins adressent directement au psychologue pour les tests de dépistage et la prise en charge, notamment en EHPAD. En libéral, les médecins orientent vers les psychiatres pour le diagnostic et/ou le suivi avec l'éventuelle prise en charge médicamenteuse nécessaire et vers les psychologues lorsque le patient est réceptif pour une psychothérapie.

Médecin A : « *Moi je travaille à l'EHPAD donc il y a une psychologue [...]. A l'EHPAD, oui bien sûr, c'est la psychologue qui les (échelles de dépistage) fait.* »

Médecin E : « *En fait, j'ai un accès plutôt facile aux gérontopsys. Je vais aller facilement demander quand je vois qu'il y a des troubles comme ça avec beaucoup de troubles somatoformes, [...] qui peuvent être intriqués. Donc j'ai un accès assez facile aux gérontopsys, aux psychologues également mais j'ai moins ce réflexe là pour le sujet âgé.* »

Puis, parfois l'avis spécialisé n'intervient qu'en cas d'impasse pour le médecin généraliste. Lorsque le patient n'évolue pas favorablement malgré l'essai de plusieurs lignes de traitements antidépresseurs.

Médecin D : « *J'ai plutôt le sentiment que de temps en temps la communication – on retombe sur ces histoires de communication entre les hospitaliers et puis les cliniciens – ça reste quand même un petit peu difficile.* »

vi. L'expérience, une alliée ?

Les médecins, majoritairement ceux en fin de carrière, rapportent que leur connaissance de leur patientèle est parfois un atout pour dépister la dépression mais peut aussi amener à être un désavantage.

Médecin D : « *J'ai l'impression qu'avec le métier on n'a quand même pas de difficulté majeure à faire le diagnostic de dépression.* »

Médecin M : « *Je les interroge, je discute avec eux. Et puis comme je les connais quand même depuis déjà pas mal de temps, je pige quand ça va mal.* »

Médecin M : « *Et puis parfois, c'est le remplaçant qui fait le diagnostic. Un peu comme avec l'hypothyroïdie, ça s'est installé doucement et le remplaçant il va voir des symptômes qui vont le frapper.* »

vii. L'écoute de l'entourage

Les médecins déclarent être plus attentifs aux troubles dépressifs en consultation lorsqu'ils ont été alertés par des proches, amis ou famille du patient. De ce fait, l'isolement d'un patient âgé retarde le dépistage de la dépression. De même si le médecin ne prend pas en compte les interpellations de l'entourage du patient.

Médecin G : « *Que ce soit le patient ou l'accompagnant on va avoir des signaux qui vous nous faire dire « oulala, attention » donc j'y suis assez vigilant.* »

Médecin K : « *c'est vrai que dès qu'on voit des gens un peu entourés on est probablement plus performant pour évoquer le diagnostic.* »

b. Du patient âgé

i. Banalité des symptômes

Certains médecins interrogés constatent une banalisation des symptômes dépressifs par leurs patients âgés passant par des phrases comme celle-ci : « vous savez docteur, à mon âge il n'y a plus grand-chose à attendre. »

Médecin L : « *Pour eux c'est pas une maladie.* »

Médecin M : « *Ils en parlent pas. Ils en parlent pas surtout les hommes.* »

ii. Le déni

Les médecins rapportent aussi que certains patients n'ont pas conscience de leurs symptômes et ne peuvent donc pas les exprimer. En tout cas, pas de façon adaptée et visible pour le praticien. Parfois cela s'exprime par un ralentissement psychomoteur d'installation lente, par des retards dans les démarches administratives comme par exemple la déclaration d'impôts, un désinvestissement des activités habituelles ou par une lassitude.

Médecin C : « *Et puis on a des gens dont la manifestation c'est la non-déclaration d'impôts, c'est des considérations sociales. C'est de l'isolement, c'est la dégradation physique avec chute amaigrissement, anorexie mauvaise nutrition et tout ça. Isolement, fin voilà. [...]* Changement d'attitude, voilà. *Et ça, trouble du sommeil bien sûr et j'en passe.* »

Médecin J : « *ça peut prendre d'autres formes où du coup eux ils n'ont pas forcément conscience qu'ils sont dans un épisode dépressif aussi.* »

iii. Les troubles neurodégénératifs

Certains médecins déclarent être en difficulté devant les troubles neurodégénératifs des patients qui peuvent être à l'origine d'un EDC ou l'aggraver. L'EDC peut aussi être le prodrome d'une maladie neurodégénérative non diagnostiquée. Notamment lorsque des troubles du langage apparaissent.

Médecin A : « *les limites, c'est la démence et les troubles cognitifs.* »

Médecin C : « *Et puis après, effectivement, il y a toutes ces dépressions dans le cadre d'une maladie neurologique qui apparaissent dans un second temps : Parkinson, sclérose en plaque, maladie neuromotrice sur laquelle il peut y avoir un penchant dépressif.* »

Médecin K : « *Ça peut être les troubles mnésiques associés, c'est fréquent quand même. [...]* Je dirais que les limites c'est quand même plutôt la communication. »

iv. La vision des troubles psychiques par les patients

Certains patients portent un regard plein de préjugés sur les troubles psychiques tels que la dépression et en conséquence, n'osent en parler. Ce phénomène est surtout souligné par les médecins ruraux avec une difficulté à orienter leurs patients âgés, en particulier les hommes, vers un soutien psychologique autre que celui du médecin de famille.

Médecin B : « *Le fait d'envisager un suivi psychothérapeutique c'est plus que compliqué. L'accès au psychologue en rural, il n'est pas si simple.* »

Médecin K : « *Après le soutien psychologique les choses comme ça chez les personnes âgées je trouve que c'est pas trop évident. On a une psychologue dans le cabinet mais en général même si on propose, souvent ils n'y vont même pas.* »

Médecin M : « *Faire accepter à nos grands-pères de 80 ans qu'ils dépriment, c'est une maladie honteuse. Surtout pour les hommes âgés en milieu rural, ils ne supportent pas.* »

c. De l'entourage du patient âgé

i. Alerter

La plupart des médecins généralistes pensent être plus performant dans le dépistage de la dépression du patient âgé lorsque celui-ci est entouré. En effet, les proches comme par exemple les enfants, les amis ou des professionnels de santé intervenants à domicile alertent parfois le médecin sur l'état de santé du patient. Cela permet au médecin d'être plus vigilant sur certains points lors de la consultation suivante et d'orienter la consultation.

Médecin B : « *Après, c'est clairement les professionnels de santé qui sont au contact qui vont très clairement orienter et à domicile l'aidant principal.* »

Médecin K : « *c'est un facteur important parce que souvent on est prévenu par la famille, les enfants, etc. que ça va pas quoi.* »

ii. Des préjugés sur les traitements

Parmi les médecins interrogés, certains rapportent la difficulté à dépasser les préjugés des proches lorsqu'ils accompagnent un patient âgé dépressif pour lequel un traitement est indiqué. En effet, autour des pathologies psychiatriques, l'idée que le moral dépend de la volonté du patient peut créer de grandes difficultés d'acceptation de la dépression et de son traitement psychotrope ou psychologique.

Médecin B : « *L'accès au psychologue en rural, il n'est pas si simple. Quand il y a un accès, les enfants ou la famille ou les conjoints dévalorisent l'idée du traitement. Quant au traitement médical, quand on leur explique que c'est un IRS ou que c'est un traitement anti-dépresseur, c'est un frein énorme.* »

Médecin B plus loin : « *L'accompagnant est souvent quelqu'un qui va aider au dépistage, mais qui va être un frein au traitement.* »

Médecin L : « *Ils sont aussi un peu réfractaire au psychologue.* »

IV. DISCUSSION

Au cours de ce travail, nous avons mis en évidence des éléments entravant le dépistage de l'EDC du sujet âgé et qui reflètent aussi la complexité des consultations des patients âgés. Certains de ces freins sont connus et retrouvés dans la littérature comme les notions de complexité, de polymorphisme de l'expression des symptômes et de comorbidités. Comme les troubles neurodégénératifs avec lesquels l'EDC est souvent associé : 28 à 80 % des cas d'Alzheimer, 40 à 50 % des cas de Parkinson, 30 à 50 % des cas dans les suites précoces ou tardives d'un accident vasculaire cérébral (9). Certains auteurs recommandent donc systématiquement lors du diagnostic d'EDC de réaliser un bilan biologique (hémogramme, ionogramme, créatininémie, urémie, bilan hépatique complet, TP, TSH, bilan phosphocalcique, albuminémie, CRP, bilan d'une anomalie lipidique, glycémie à jeûn, vitamine B12, vitamine B9 ± sérologies Lyme, syphilis, VHB, VHC, VIH), un ECG et une IRM cérébrale (11). Plusieurs médecins ont évoqué les troubles cognitifs comme facteur confondant et limitant le dépistage de l'EDC. Les médecins généralistes ont la possibilité d'orienter leurs patients vers le Centre Mémoire Ressource et Recherche (CMRR) du centre hospitalo-universitaire de Tours ou les consultations mémoires au centre hospitalier de Chinon pour la réalisation des explorations de ces troubles cognitifs qui peuvent être associés à un EDC. Cependant, le besoin du lien avec les gériatres hospitaliers n'a pas émergé pendant les entretiens réalisés.

La difficulté dans le choix du traitement médicamenteux et dans l'orientation des patients vers une psychothérapie est souvent soulignée. La connaissance des traitements antidépresseurs de première intention et la facilité d'orientation des patients vers une aide psychologique pourraient être bénéfiques aux patients âgés. En effet, une étude montre que le traitement médicamenteux par antidépresseurs ou psychothérapeutique pourrait être efficace dans 60 à 70 % des cas (6). En plus, l'association de ces deux traitements est deux fois plus efficace qu'un seul de ces outils (15). Les médecins interrogés au cours de ce travail mettent en avant le fait qu'ils se retrouvent dans l'évitement du diagnostic par anticipation des difficultés dans le choix du traitement et dans l'orientation vers une psychothérapie. En effet, pour accéder à une prise en charge psychothérapeutique, il faut surmonter des difficultés d'accès aux professionnels de santé mentale tel que le non remboursement des consultations, le délai souvent long pour la mise en place des consultations spécialisées et surtout la réticence des patients (16), élément qui est aussi mis en évidence dans ce travail. Dans un

contexte de difficulté d'accès aux professionnels de santé mentale en milieu rural et des préjugés plus présents chez ces patients, les médecins généralistes ruraux font souvent le choix de proposer une psychothérapie de soutien à leur patient. Par ailleurs, la participation à une Formation Médicale Continue (FMC) sur la prise en charge de l'EDC du patient âgé pourrait permettre aux médecins qui peuvent se retrouver dans l'évitement, d'être plus confiants dans leur pratique et de voir leurs prise en charge améliorée.

Par ailleurs, l'EDC fait partie des critères de fragilité des patients âgés. Cela vient renforcer son association à une forte morbi-mortalité (12) et l'intérêt d'améliorer son dépistage. Pour cela, certains médecins ont suggéré lors des entretiens l'intégration systématique de questions de pré-dépistage comme le mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS) ou le « Two-Question Screen » à leur consultation. Par exemple, en paramétrant les logiciels médicaux pour que les questions apparaissent systématiquement dans le corps de la consultation lorsque le médecin la crée. Cela pourrait faciliter le dépistage et par conséquent le diagnostic de l'EDC ainsi qu'une surveillance de l'évolution thymique régulière chez ces patients à risque. Cette intégration au sein des consultations pourrait également être un élément d'organisation et de structuration des consultations permettant un gain de temps médical.

En effet, la sensation de manquer de temps est omniprésente dans ce travail. Les médecins ressentent que la durée des plages de consultation, où le nombre de créneaux est limité et n'est jamais suffisant tout comme celle de la consultation où il faut prioriser les sujets abordés afin d'essayer de respecter les horaires de consultation. Dans ce contexte, même si les médecins souhaitent et considèrent nécessaire d'accorder plus de temps à certaines situations cliniques, c'est au détriment des patients suivants ou du temps personnel. Ce frein est peu exposé dans la littérature mais très présent dans cette enquête. Cela fait également ressortir une pression sociale dans un contexte de déficit du corps médical où la population voudrait avoir accès à un médecin de façon immédiate et permanente.

Au cours de cette enquête, nous retrouvons l'importance de l'entourage et de la sociabilisation dans la prévention mais aussi dans la prise en charge de l'EDC (17). Malgré cela, les activités sociabilisantes et accessibles aux patients âgés restent méconnues des médecins généralistes. Une meilleure visibilité des structures existantes, en collaboration avec les mairies ou le département pour la création d'un répertoire de ces structures à distribuer aux

médecins du territoire voire aux personnes âgées pourrait s'avérer bénéfique, ainsi que la réalisation de salon des associations en invitant les populations âgées à ces évènements. Cela permettrait de lutter contre l'isolement des personnes âgées et serait un levier important dans la prise en charge. Au sein de ces évènements de sociabilisation, une meilleure information et éducation de la population générale concernant la dépression pourrait amener à déconstruire les préjugés et faciliter la discussion autour des pathologies psychiatriques.

L'un des points forts de cette enquête est la cohérence de nos résultats avec la littérature. En effet, la plupart des points relevés se retrouvent dans différentes références (9, 11, 14, 16). Les éléments ressortant de l'analyse des données mettent l'accent sur la diversité des paramètres à prendre en compte, pour le dépistage de l'EDC mais aussi pour toute la médecine générale tel que la globalité du patient (pathologies somatiques et psychiatriques, niveau socio-économiques, autonomie physique et psychique, liens sociaux), les contraintes organisationnelles et personnelles des médecins (priorisation des thèmes abordés en consultation, temps de travail, vécu personnel) et la présence ou non d'un entourage en lien avec le médecin. Cette diversité est le reflet de la multiplicité des types d'exercice (médecins seuls jusqu'à la MSP) et des types d'activité (rural à urbain).

Un autre élément positif de ce travail est l'émergence d'une nouvelle idée sur les limitations au dépistage de l'EDC : l'anticipation de la prise en charge des patients. En effet, le raisonnement par arbre décisionnel fait envisager tous les axes d'amélioration et parfois sans trouver de levier d'action sur ces différents axes qui correspondent à la globalité de l'individu : vie sociale, vie personnelle, loisirs, autonomie, pathologies et médicaments. Pour diminuer l'importance de ce frein, il paraît indispensable de participer à des FMC sur les thérapeutiques médicamenteuses afin de maîtriser les traitements de première intention ainsi que de se renseigner sur ce qui est mis en place au niveau territorial pour les populations âgées.

Un dernier point positif est la mise en évidence de perspectives d'amélioration notamment par la recherche systématique des éléments dépressifs dans cette population par des tests de pré-dépistage tel que le mini-GDS (tableau 3) intégré dans les trames de consultation et qui permettrait aussi le suivi de l'évolution thymique dans une population à fort risque suicidaire (18,19).

A l'inverse, plusieurs facteurs ont limité les recherches. Ce travail aurait pu contenir plus d'entretiens individuels, notamment plus de femmes et plus de médecins urbains auxquels l'accès a été plus difficile. L'approche des praticiens, même en passant par des connaissances personnelles, a été limitée par téléphone et en présentiel par les secrétaires et par l'absence de réponse de beaucoup de médecin malgré plusieurs relances. D'autre part, des entretiens plus longs contenant des questions plus précises et formulées sous différents axes aurait certainement permis de recenser plus d'informations avec l'éventualité de la mise en lumière d'autres freins et limites plus complexes au dépistage de l'EDC du patient âgé.

Afin d'approfondir ce travail, une recherche basée sur la vision de l'EDC par les patients âgés et leur entourage pourrait être instructive. Elle permettrait de comprendre et déconstruire certaines idées préconçues que les médecins ont sur ce que les patients attendent d'une consultation lorsqu'ils ont des symptômes dépressifs. Un travail sur les facteurs déterminants à l'initiation d'une psychothérapie pourrait également permettre l'identification des leviers pour faciliter la prise en charge des patients. Un nouvel axe de recherche à explorer pourrait être une nouvelle enquête s'inspirant de ce travail mais réalisée après une formation courte des médecins généralistes participants pour évaluer leur éventuel changement de pratique. De plus, le risque suicidaire n'a pas été abordé dans ce travail. C'est pourtant une implication clinique importante qui pourrait être intégrée dans une nouvelle enquête.

Enfin, il est crucial pour les médecins généralistes de participer à des formations continues thématiques sur les sujets les moins bien maîtrisés afin d'améliorer leur pratique tout au long de leur exercice et notamment, sur les pathologies psychiatriques en population gériatrique.

V. CONCLUSION

En conclusion, le dépistage de l'EDC du sujet âgé est difficile car individuel et personnalisé en fonction du patient et du médecin généraliste. De ce fait, il est aussi complexe car plusieurs facteurs influencent la fréquence à laquelle il est réalisé par le médecin généraliste. Ce travail met en avant les différents freins au diagnostic des EDC du patient âgé et encourage les professionnels à être plus conscients de ces limites ainsi que les possibilités de changement. La prise en charge de la dépression permettrait une amélioration de la qualité de vie et une meilleure prévention des passages à l'acte suicidaires dans une population à risque.

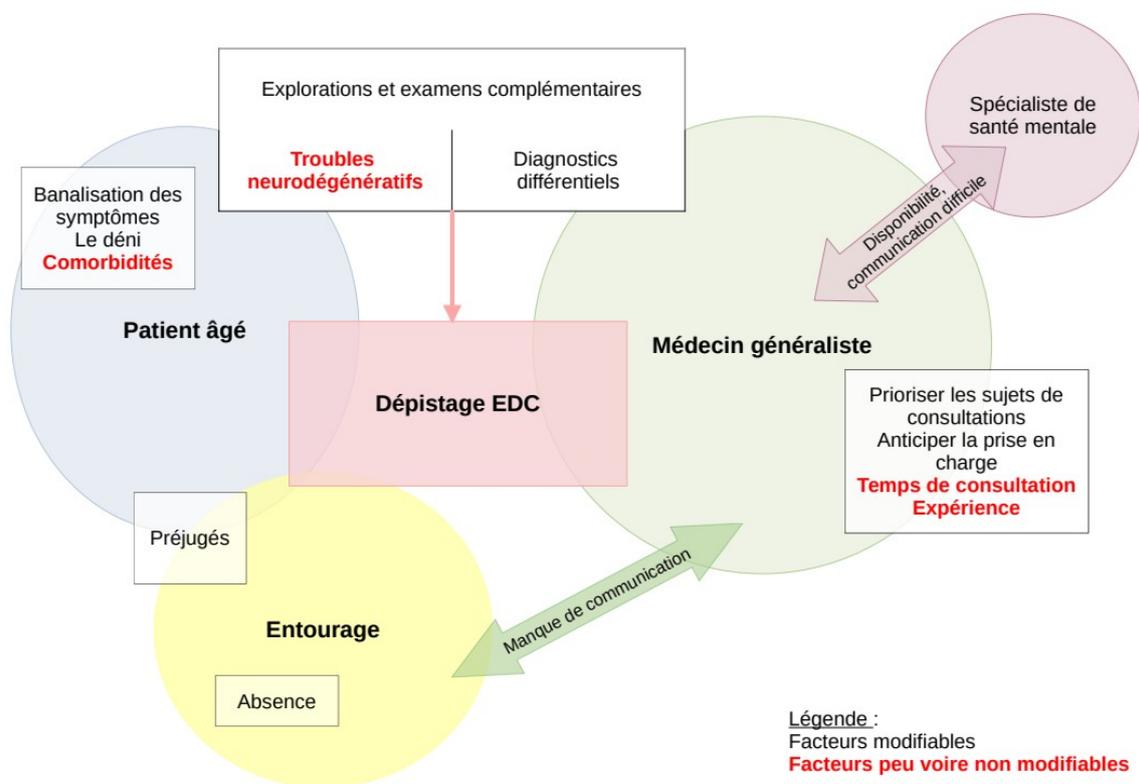


Figure 2 : Interactions des freins au dépistage de l'EDC du patient âgé

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soin de premier recours. Oct 2017.
2. OMS. Principaux repères sur la dépression. Sept 2021.
3. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee. Fev 2020.
4. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? Gerontol Soc. 6 oct 2011;34138(3):127-42.
5. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. Mars 2015.
6. Helmer C, Montagnier D, Pérès K. Épidémiologie descriptive, facteurs de risque, étiologie de la dépression du sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 sept 2004;2(1):7-12.
7. Garrard J, Rolnick SJ, Nitz NM, Luepke L, Jackson J, Fischer LR, et al. Clinical detection of depression among community-based elderly people with self-reported symptoms of depression. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. mars 1998;53(2):M92-101.
8. Pouget R, Yersin B, Wietlisbach V, Bumand B, Büla CJ. Depressed mood in a cohort of elderly medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate. Aging Milan Italy. août 2000;12(4):301-7.
9. Lleshi V, Bizzozzero T. La dépression du sujet âgé. Rev Médicale Suisse. 2009;5.
10. Pitchot W, Scantamburlo G, Anseau M. Approche clinique et thérapeutique de la dépression chez la personne âgée. Rev Med 2012;67,11,566-572
11. 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]. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 1 mars 2020;18(1):88.
12. Licht-Strunk E, van der Windt DAWM, van Marwijk HWJ, de Haan M, Beekman ATF. The prognosis of depression in older patients in general practice and the community. A systematic review. Fam Pract. avr 2007;24(2):168-80.
13. Malhi GS, Mann JJ. Depression. The Lancet. 24 nov 2018;392(10161):2299-312.
14. 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. 2011;118.
15. Cuijpers P, Quero S, Noma H, Ciharova M, Miguel C, Karyotaki E, Cipriani A, Cristea IA, Furukawa TA. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. World Psychiatry. 2021 Jun;20(2):283-293. doi: 10.1002/wps.20860. PMID: 34002502; PMCID: PMC8129869.
16. Dumesnil, H, Cortaredona, S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville: Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. L'information psychiatrique. 2014;90(5):341.
17. Blazer DG. Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship. Aging Ment Health, 2005;9:497-499
18. Infosuicide.org. Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org [Internet]. 2020.
19. Rey G. Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. 2017

A propos de vos connaissances sur la dépression du sujet âgé

11. Selon vous, quelle est la prévalence estimée (en %) de l'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé ?
12. Dans votre pratique courante, utilisez-vous des questionnaires d'aide au dépistage de la dépression ?
13. Dans votre pratique, quelles sont les limites que vous rencontrez dans le dépistage et le diagnostic de la dépression du sujet âgé ?
14. Comment prenez-vous en charge vos patients âgés chez vous avez dépister une dépression ?
15. Quels outils pourraient vous aider à la prise en charge de la dépression du sujet âgé ?
16. Seriez-vous intéressé par des outils ou formation sur ce sujet ?

3. Tableau 3, le mini- GDS

| | oui | non |
|---|-----|-----|
| Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? | 1 | 0 |
| Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | 1 | 0 |
| Etes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ? | 0 | 1 |
| Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | 1 | 0 |
| Score ≥ 1 : faire un test de dépistage | | |

4. Le « Two-question Screen »

Sur le dernier mois :

- 1) vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ?
- 2) Avez-vous souffert de manque d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?

Si une réponse positive, réaliser un test de dépistage complet.

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'G. J. du...' with a long horizontal stroke extending to the right.

*Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le*

HAASER Coraline

33 pages – 3 tableaux – 2 figures

RESUME :

INTRODUCTION : La dépression est la première cause d'incapacité selon l'OMS. L'épisode dépressif caractérisé (EDC) n'épargne pas les patients âgés. Dans cette population, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est estimée entre un et quatre pour cent et celle des symptômes dépressifs entre 8 et 16 %. Son diagnostic est plus difficile chez les patients d'âge avancée et il est essentiel car l'EDC est associé à une augmentation de la morbi-mortalité. Malheureusement, l'EDC du sujet âgé n'est pas assez dépisté. Nous nous intéressons donc aux différents freins et limitations au dépistage de l'EDC du sujet âgé vivant à domicile rencontrer par les médecins généralistes en Indre-et-Loire.

MATERIEL ET METHODES : Nous avons construit un échantillon raisonné à variation maximale nous permettant d'interroger les médecins généralistes installés en Indre-et-Loire et exerçant la médecine générale en milieu urbain, semi-rural et rural, installés seul ou à plusieurs. Les médecins contactés sont répertoriés sur l'annuaire santé de la sécurité sociale. Les entretiens sont guidés par un questionnaire semi-directif et font l'objet d'une analyse qualitative inductive générale. Nous obtenons la participation de 14 médecins généralistes allant du jeune installé au médecin en fin de carrière, du rural à l'urbain, du cabinet à deux médecins jusqu'à la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) à plus de 11 professionnels.

RESULTATS : Nous identifions plusieurs freins au diagnostic de dépression. Premièrement, ceux qui dépendent du médecin généraliste avec des contraintes d'organisation des plages de consultations, d'organisation du contenu des consultations, des difficultés de diagnostic et de l'orientation de la prise en charge. Deuxièmement, les freins qui dépendent des patients âgés avec une banalisation des symptômes avec l'âge, l'absence de plainte en consultation auprès du médecin, les troubles neurodégénératifs et parfois le déni. Troisièmement, les limitations inhérentes à l'entourage des patients âgés. L'entourage peut alerter sur l'état de santé du patient. Il peut aussi, avec ses préjugés sur la maladie, orienter dans la mauvaise direction ou retarder la prise en charge thérapeutique.

CONCLUSION : Le dépistage de la dépression représente un enjeu majeur dans cette population. Ce travail met en avant les différents freins au diagnostic des EDC du patient âgé et encourage les professionnels à être plus conscients de ces limites. La prise en charge de la dépression permettrait une amélioration de la qualité de vie et une meilleure prévention des passages à l'acte suicidaire dans une population à risque.

MOTS CLES : dépression, patient âgé, personne âgée, épisode dépressif caractérisé, EDC, dépistage, diagnostic, suicide, médecine générale, freins, limites

Jury :

Président du jury : Professeur Thomas DESMIDT

Directeur de thèse : Docteur Ecaterina SANDU

Membres du jury : Docteur Cécile RENOUX

Docteur Sandrine GEORGET

Date de soutenance : 11/05/2023