

## Diagnostic de dépression

La capacité de diagnostic des psychiatres des formes dites « typiques » de dépression est excellente, proche de 100% pour la **dépression caractérisée post-deuil** et la **dépression mélancolique**. Pour les formes dites « atypiques », elle reste correcte dans le cadre de la **dépression avec troubles cognitifs**, mais très insatisfaisante dans le **masque somatique** avec seulement 2/3 de diagnostic.

Le recours aux échelles est important avec en premier lieu l'utilisation de la GDS-15 et de la mini-GDS, échelles effectivement de référence dans la dépression du sujet âgé. Parmi les échelles classiques de dépression chez l'adulte, c'est la MADRS qui est ici préférentiellement utilisée. L'étude des caractéristiques parmi les utilisateurs d'échelles et leur comparaison avec les psychiatres n'en utilisant pas a permis notamment de relever que leur utilisation était plus fréquente parmi les jeunes psychiatres, jeunes en termes d'âge, en termes d'années d'ancienneté parmi les médecins « seniors » et en termes de semestres déroulés parmi les internes. Nous pourrions l'interpréter comme un reflet du besoin de confirmation par rapport au doute diagnostique chez les plus jeunes psychiatres mais également comme le témoin d'une plus grande sensibilisation du recours aux échelles parmi les nouvelles générations.

## B- Orientation

L'orientation auprès d'une autre spécialité est étonnamment fréquente pour une pathologie psychiatrique. Et pourtant, la moitié de notre population avait eu une formation en psychiatrie de la personne âgée.

C'est la **dépression caractérisée post-deuil** qui a le taux le plus faible d'orientation, avec très peu d'incertitude diagnostique parmi les ¼ de répondants choisissant

l'orientation mais avec le ressenti d'un besoin de complément d'informations sur la prise en charge. La cause de l'orientation, auprès du gériopsychiatre dans la majorité des cas, semble être ainsi liée à un défaut d'aisance dans la prise en charge de la personne âgée en elle-même. Par ailleurs, 1/3 des orientations se font auprès du médecin généraliste et du gériatre, témoin du souci d'une prise en charge somatique associée.

Ce sont les formes « atypiques » qui ont les taux les plus élevés d'orientation, très clairement justifiée par l'incertitude et la complexité des tableaux. L'intervention des spécialités somatiques est plus nette, près d'un tiers auprès du gériatre dans le **masque somatique** et près de 60% se répartissant entre le gériatre et le neurologue dans la **dépression avec troubles cognitifs**, témoin du souci d'une évaluation somatique préalable avec élimination d'un diagnostic différentiel.

Les répondants qui n'orientent pas sont globalement certains du diagnostic et à l'aise dans la prise en charge. L'absence d'orientation ne semble donc pas liée à un défaut d'identification du spécialiste à contacter, ni d'accès à celui-ci. Dans une étude réalisée en 2011, également à partir de vignettes cliniques mais auprès de médecins généralistes sur la prise en charge de la dépression sans critère d'âge, il avait été relevé que 8 médecins généralistes sur 10 jugeaient difficile l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale (51). Nous nous étions ainsi demandé si cette difficulté d'accès pouvait également exister chez les psychiatres auprès notamment du gériopsychiatre. Dans notre étude, parmi les répondants choisissant l'orientation, 1 psychiatre sur 5 n'est « Pas du tout d'accord » sur la facilité d'accès au spécialiste, à l'exception de la **dépression mélancolique** où 1 psychiatre sur 5 est « Tout à fait d'accord » sur ce même argument. Cette différence sur le cas clinique pouvant s'expliquer par un recours majoritaire à l'hospitalisation complète dans la **dépression mélancolique** et, ainsi plus fréquemment que pour les autres cas cliniques, en la psychiatrie générale. En effet, en pratique, la personne âgée est régulièrement hospitalisée en psychiatrie adulte par un défaut de structures hospitalières spécifiques dont l'existence est inégale sur le territoire même si elle tend à se développer. De ce fait, cette difficulté d'accès semble exister au moins auprès du gériopsychiatre, mais très probablement également auprès du gériatre et du neurologue puisque le choix de

l'orientation dans le **masque somatique** se divisait de façon quasi proportionnelle entre ces 3 spécialités avec également la perception d'une difficulté d'accès.

## C-Prscription d'antidépresseurs et prise en charge associée

L'introduction d'un traitement antidépresseur est maximale dans les formes « typiques » mais n'intervient que dans 2/3 des cas dans les formes « atypiques ». Pourtant, les répondants reconnaissent son efficacité quel que soit le tableau, qu'ils aient choisi de le prescrire ou non, et avec la perception que la prescription initiale relève bien de leur compétence. Les psychiatres sont ainsi bien conscients de l'efficacité du traitement antidépresseur.

D'après les recommandations HAS, l'introduction d'un traitement antidépresseur doit être discutée pour tout épisode dépressif avec une intensité a minima modérée (52). Il est vrai que la brièveté des vignettes ne permettait pas toujours d'évaluer avec précision l'intensité de l'épisode. Cependant, en se référant aux critères du DSM-V, l'intensité pouvait être évaluée comme modérée dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil** et de la **dépression avec troubles cognitifs**. Concernant la **dépression mélancolique**, elle est sévère par définition. Ainsi, seul le **masque somatique** ne pouvait remplir l'ensemble des critères, mais il s'agit de la particularité même du masque dépressif.

Quant à la prise en charge associée, elle ne différait que très peu entre les prescripteurs et les non prescripteurs d'antidépresseurs. Ainsi, la non-prescription d'antidépresseurs n'était pas expliquée par le choix plus fréquent d'une autre stratégie thérapeutique (psychothérapie seule ou sismothérapie par exemple).

Les deux autres limites envisagées à la prescription d'un traitement antidépresseur étaient la peur du risque iatrogénique et du risque suicidaire par levée d'inhibition. Qu'ils prescrivent ou non, les psychiatres sont sensibles au risque iatrogénique et cet argument ne semble donc pas expliquer à lui seul la frilosité de sa prescription.

Cependant, la peur de la levée d'inhibition et d'un potentiel risque suicidaire semble bien limiter la prescription dans la **dépression mélancolique** parmi les faibles effectifs ne choisissant pas d'introduire d'antidépresseurs (16 répondants).

S'ils ne prescrivent pas d'antidépresseurs, les psychiatres ont majoritairement orientés en amont. C'est ainsi le doute diagnostique qui est le principal élément limitant, avec soit une délégation de la prise en charge auprès du gériopsychiatre, soit dans l'attente d'un avis préalable excluant un diagnostic différentiel avant de débiter ce traitement. Pourtant, en cas de doute entre une dépression et une maladie neurodégénérative débutante, il est conseillé de débiter un traitement antidépresseur comme traitement dit « de test ». Par ailleurs, le traitement antidépresseur pourrait retarder l'entrée dans la démence. Une étude réalisée par Bartels et son équipe a mis en évidence dans une population d'individus présentant un trouble neurocognitif léger avec antécédent de dépression que le traitement par ISRS au long cours avait permis de retarder de 3 ans la progression vers une maladie d'Alzheimer (53). Les psychiatres, en ne justifiant pas l'introduction du traitement antidépresseur par un effet préventif de maladie neurodégénérative, semblent peu informés sur ce point.

Toutefois, l'absence de traitement antidépresseur n'était pas synonyme d'absence de prise en charge. En effet, le recours à la psychothérapie restait important parmi les non prescripteurs d'antidépresseurs et était complétée par des mesures socio-environnementales (aides au domicile, club senior).

Sur le plan pharmacologique, les anxiolytiques sont essentiellement prescrits en cas d'insomnie (**dépression caractérisée post-deuil**) ou de risque suicidaire et, même si ce n'était significatif que dans le cadre du **masque somatique**, leur utilisation est plus fréquente en association avec le traitement antidépresseur que sans celui-ci, pratique que nous pourrions interpréter en partie comme la volonté de limiter le risque suicidaire par levée d'inhibition à l'introduction du traitement antidépresseur. Seule la **dépression caractérisée post-deuil** ne montrait pas cette tendance mais l'effectif des répondants ne choisissant pas de prescrire d'antidépresseurs était très faible par rapport aux prescripteurs (10 répondants vs 221). On remarque ainsi qu'il peut exister une prescription isolée d'anxiolytiques. Quant aux hypnotiques, ils ne sont pas

systematiques et interviennent en cas de plainte du sommeil ou dans les formes sévères mais leur prescription isolée est également visible. En France, il existe une surconsommation de benzodiazépines et d'hypnotiques de façon générale (54). Une étude réalisée à Marseille sur plusieurs services de psychiatrie chez le sujet de plus de 65 ans a mis en évidence que 76% d'entre eux avaient au moins une potentielle prescription inappropriée de psychotropes et que cela concernait essentiellement les benzodiazépines (55). Outre le risque de dépendance en cas d'utilisation non contrôlée, ce sont les effets secondaires auxquels sont plus sensibles les personnes âgées qui doivent limiter leur utilisation. Notamment, le lien entre leur consommation et le risque de chute chez le sujet âgé n'est plus à démontrer (56). Concernant les neuroleptiques, leur utilisation est majeure dans la **dépression mélancolique** où un psychiatre sur deux les introduit. Ils ne sont que très rarement prescrits de façon isolée (4 répondants).

Sur le plan thérapeutique non pharmacologique, les psychiatres complètent la prise en charge avec la psychothérapie dans au minimum  $\frac{3}{4}$  des cas. Son utilisation était moindre dans la **dépression mélancolique** mais cela était cohérent, les formes sévères étant peu réceptives à une thérapie ciblée et la priorité étant à l'hospitalisation. La présence de troubles cognitifs ne préjuge pas d'un défaut de recours à la psychothérapie puisque 85% des psychiatres y font appel. Dans les formes typiques sans gravité (**dépression caractérisée post-deuil**) et dans le **masque somatique**, elle est quasi-systématique. Les psychiatres semblent ainsi avoir une bonne notion de l'efficacité de la psychothérapie chez le sujet âgé, comparable à celle de l'adulte jeune (57). La sismothérapie, pourtant considérée comme un traitement de choix dans la **dépression mélancolique**, est peu utilisée parmi nos répondants. On peut suspecter un défaut de moyen par inégalité territoriale mais également une réticence des psychiatres à y recourir chez la personne âgée, soit par une inquiétude vis-à-vis des conséquences somatiques ou cognitives, soit par une mauvaise perception de l'utilisation de la technique sur le sujet âgé chez les psychiatres eux-mêmes. En effet, Ben Thabet avait déjà étudié la réticence de la sismothérapie chez les professionnels de santé et avait évoqué un lien avec un défaut de connaissance. Parmi le groupe des psychiatres, seuls 57% d'entre eux avait la notion que la sismothérapie pouvait être

indiquée chez le sujet âgé (58). De même, aux Pays-Bas, une étude a mis en évidence que les gériopsychiatres ne considéraient pas la sismothérapie, même en cas de risque suicidaire, comme un traitement de choix chez le sujet âgé (59). On peut ainsi également suspecter un défaut de connaissances chez les psychiatres en France sur l'efficacité et la sécurité de la sismothérapie chez la personne âgée. Pourtant, c'est le seul traitement qui s'est révélé être plus efficace chez le sujet âgé que chez le sujet jeune et avec pour principal effet secondaire un effet confusiogène au cours de la cure, effet qui pourrait être atténué par une modification de la technique de stimulation (60). De ce fait, la sismothérapie est bien trop souvent délaissée aux formes résistantes du sujet âgé alors qu'elle a tout son intérêt en cas de risque suicidaire puisque son délai d'efficacité est plus rapide que celui de l'antidépresseur, sans aggravation cognitive et avec une bonne sécurité même en cas de comorbidités somatiques (61).

Les thérapeutiques choisies s'ancrent dans une volonté de prise en charge globale qui s'adapte aux différents éléments du tableau. Outre la **dépression mélancolique** où encore une fois la priorité était effectivement à l'hospitalisation, la prise en charge s'accompagne dans près de 90% des cas de mesures sociales et d'aides à domicile, s'appuie sur les partenaires tel que le réseau personne âgée dans 85 à 90% des cas, lutte contre l'isolement et le manque d'activité par le club senior dans 2/3 des cas. La prise en charge nutritionnelle intervient quasi-systématiquement en cas de perte de poids (**dépression caractérisée post-deuil**). Le bilan mémoire est notamment sollicité en cas de troubles cognitifs et la prise en charge fonctionnelle par kinésithérapie ou activité physique s'intègre dans la prise en charge du masque somatique.

## D-Impact et limites de la formation

Les comparaisons entre les psychiatres formés et non formés ont permis de mettre en évidence l'intérêt de la formation. Celle-ci était associée à une meilleure capacité diagnostique dans la **dépression mélancolique**, et dans les formes « atypiques »,

même s'il n'y avait qu'une tendance significative concernant le **masque somatique**. D'ailleurs, être formé permettait d'être plus souvent un « superdiagnostiqueur ».

De même, la prescription d'un traitement antidépresseur était plus fréquente dans la **dépression caractérisée post-deuil** et dans les « formes atypiques », même s'il n'y avait qu'une tendance significative dans le cadre de la **dépression avec troubles cognitifs**, et. Il y avait une plus forte croyance dans la prévention d'une maladie neurodégénérative dans le cadre du **masque somatique** mais pas dans la **dépression avec troubles cognitifs**. Enfin, les formés sont plus sensibles à la prévention du risque suicidaire dans le cadre de la **dépression caractérisée post-deuil**, situation de veuvage récent avec verbalisation de propos macabres. La formation montre ainsi son efficacité concernant la sensibilisation des facteurs de risque de suicide et l'absence de banalisation du deuil d'un conjoint. En effet, le veuvage est un facteur de risque de suicide reconnu chez le sujet âgé et le risque est maximal la première année qui suit le décès du conjoint (62, 63). Il s'agit ainsi d'une situation nécessitant une attention toute particulière avec une prise en charge indispensable du deuil.

La formation n'entraînait pas de modification majeure dans la prise en charge globale et n'était notamment pas associée à une prescription moindre d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.

Enfin, les formés orientaient moins souvent dans le cadre de la **dépression mélancolique**. Ils étaient ainsi plus à l'aise dans la prise en charge. Par ailleurs, ils rapportaient moins souvent que les non formés une difficulté d'identification et d'accès au spécialiste et un moindre défaut de retour d'informations. Ces résultats suggèrent que les psychiatres formés ont une meilleure connaissance des partenaires à contacter et un meilleur accès aux structures affiliées.

La formation montre cependant ses limites dans le **masque somatique** où les capacités diagnostiques restent suboptimales. Par ailleurs, malgré une introduction plus fréquente d'un traitement antidépresseur, les formés ont une croyance en son efficacité plus faible que chez les non formés et le doute diagnostique est très important chez les non prescripteurs, près de 70% étant « Tout à fait d'accord » avec cet item. Nous pouvons

imaginer que les difficultés dans ce masque précisément soit le reflet du défaut d'aisance que peuvent avoir les psychiatres avec les pathologies somatiques en général et un défaut de connaissance qui ne leur permettent pas de distinguer une plainte somatique en lien avec une pathologie fréquente du sujet âgé d'une plainte disproportionnée ou inexplicée. De plus, nous pouvons supposer que le psychiatre ne soit pas le principal interlocuteur dans le cadre du masque somatique et que sa prise en charge soit plus fréquente auprès du médecin généraliste ou du gériatre, avec pour conséquence un défaut d'expérience chez les psychiatres.

Il faut prendre en compte que nous n'avons pas de précisions sur le type de formation réalisée (DU, cours ciblés au décours de l'internat, ...) ni le temps écoulé depuis cette formation. La population de notre étude étant constituée de praticiens jeunes, nous pouvons préjuger d'une formation globalement récente. Toutefois, seuls 6% des répondants travaillaient en établissements pour personnes âgées et nous n'avons pas d'informations sur le type de pratique au quotidien. Il est donc difficile de déterminer l'entretien de la formation, celle-ci perdant rapidement de ses bénéfices en l'absence de pratique.

## E-Difficultés des internes

La formation générale des internes est satisfaisante comme en témoigne le peu de différence avec les médecins « seniors ». La seule difficulté semble être dans la **dépression mélancolique** où malgré une très bonne capacité de diagnostic, ils introduisent moins souvent un traitement antidépresseur, moins souvent un traitement anxiolytique et sont plus inquiets du risque iatrogénique. Ces résultats peuvent s'expliquer par une prise en charge de la mélancolie plus fréquemment seniorisée avec une moindre participation des internes du fait de la sévérité du tableau.



## F- Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude explorant le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé à partir de vignettes cliniques et comprenant la description de tableaux atypiques. Elle a été réalisée chez les psychiatres et l'ensemble des régions françaises étaient représentées, ainsi que les DOM-TOM, permettant une bonne uniformisation de la pratique. De plus, ce même questionnaire a été diffusé chez les médecins généralistes et les gériatres et permettra une meilleure compréhension des forces et des difficultés de chaque spécialité confrontée en première ligne à la dépression du sujet âgé. Ce futur projet a reçu l'accord du comité éthique de la faculté d'Aix-Marseille avec une volonté de publication.

Il y a peu d'études sur la prise en charge de la dépression du sujet âgé chez les psychiatres mêmes et ces résultats permettront d'améliorer la formation, intérêt grandissant dans le contexte du vieillissement de la population et d'une surspécialité en construction.

Les vignettes ne répondaient certes pas à des échelles validées mais elles ont leur limite chez le sujet âgé, d'autant plus dans les masques dépressifs. Leur avantage a été d'être rédigées avec l'aide de 2 experts dans la dépression du sujet âgé et exerçant dans 2 spécialités différentes (gérontopsychoiatrie et gériatrie).

Cette étude étant anonyme, nous pouvons nous attendre à la sincérité des réponses.

Enfin, malgré le fait que le taux de participation à l'étude ne peut être connu en raison de la diffusion à partir de mailing list détenus par des tiers, le nombre de réponses a été important et a permis des analyses en sous-groupes.

## G-Limites de l'étude

La limite principale dans ce type d'étude basée sur le volontariat est d'attirer des participants qui ont un intérêt avec le sujet porté et potentiellement avec de meilleures

connaissances sur celui-ci. Notre population est constituée de moitié par des médecins formés à la psychiatrie du sujet âgé, taux qui ne peut s'expliquer à part entière par la diffusion auprès de la SF3PA et de l'ANIPPA. La représentativité de notre étude est ainsi limitée.

Du fait de la longueur de l'étude, nous n'avons pas pu évaluer plus précisément les conditions d'introduction de l'antidépresseur, de l'évaluation de son efficacité et de son maintien. En effet, la pratique n'est pas la même que chez l'adulte jeune. Il est maintenant établi que le traitement antidépresseur chez le sujet âgé doit être débuté à demi-dose avec un délai d'évaluation de l'efficacité plus long que chez l'adulte, entre 4 à 6 semaines, et avec un maintien du traitement à la même posologie au moins 1 an en cas de premier épisode. De même, nous n'avons pu interroger précisément sur le type d'anxiolytiques utilisés. En effet, l'usage est en faveur de benzodiazépines à demi-vie courte et en défaveur d'un recours aux anxiolytiques à risque d'effet anticholinergique telle que l'hydroxyzine. Une étude complémentaire évaluant plus précisément ce volet serait intéressante.