

**ANNEE 2024**

N°

**L'AGE EST-IL UN FACTEUR INFLUENCANT LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE ?  
ENQUETE DE PRATIQUE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE**

**THESE**  
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 5 avril 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par CHAUSSENOT Anne-Eugénie

Née le 5 juin 1996

A Chenôve

## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

**ANNEE 2024**

N°

**L'AGE EST-IL UN FACTEUR INFLUENCANT LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE  
DE LA DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE ?  
ENQUETE DE PRATIQUE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE**

**THESE**

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 5 avril 2024

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par CHAUSSENOT Anne-Eugénie

Née le 5 juin 1996

A Chenôve

Année Universitaire 2023-2024  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2023

Doyen :  
Assesseurs :

**M. Marc MAYNADIÉ**  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON  
Mme Laurence DUVILLARD

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Moncef	<b>BERHOUMA</b>	Neurochirurgie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Mathieu	<b>BLOT</b>	Maladies infectieuses
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Physiologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique

M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-François	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	Pierre	<b>MARTZ</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoît	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique (Disponibilité du 01/06/2023 au 31/05/2024)
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Patrick	<b>RAY</b>	Médecine d'urgence
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoît	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Gilles	<b>TRUC</b>	Oncologie-Radiothérapie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie (Mission temporaire à Londres du 01/09/2023 au 31/08/2025)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

## PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean	<b>CUISENIER</b>	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	<b>DIDIER</b>	(01/11/2021 au 31/10/2024)
Mme	Monique	<b>DUMAS</b>	(01/06/2022 au 31/05/2025)
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Maurice	<b>GIROUD</b>	(01/09/2022 au 31/12/2025)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2022 au 31/08/2025)
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	(02/11/2022 au 31/10/2025)

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

### Discipline Universitaire

Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
Mme	Julie	<b>BARBERET</b>	Biologie et médecine du développement et de la reproduction- gynécologie médicale
Mme	Louise	<b>BASMACIYAN</b>	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Guillaume	<b>BELTRAMO</b>	Pneumologie
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie (Disponibilité du 17/04/2023 au 16/04/2024)
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Damien	<b>DENIMAL</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	<b>DERANGERE</b>	Histologie
M.	Jean-David	<b>FUMET</b>	Cancérologie radiothérapie
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	David	<b>GUILIER</b>	Anatomie, chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	<b>MARIET</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Thomas	<b>MOUILLOT</b>	Physiologie
M.	Maxime	<b>NGUYEN</b>	Anesthésie réanimation
M.	Alain	<b>PUTOT</b>	Gériatrie (Disponibilité pour convenances personnelles)
Mme	Claire	<b>TINEL</b>	Néphrologie
M.	Antonio	<b>VITOBELLO</b>	Génétique
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

### PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Ludwig Serge	<b>AHO GLELE</b>	Hygiène hospitalière
M.	Victorin	<b>AHOSSI</b>	Odontologie
M.	Jacques	<b>BEURAIN</b>	Neurochirurgie
M.	Jean-Michel	<b>PINOIT</b>	Pédopsychiatrie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	<b>MAZALOVIC</b>	Médecine Générale
Mme	Claire	<b>ZABAWA</b>	Médecine Générale

### PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
Mme	Anne	<b>COMBERNOUX-WALDNER</b>	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	<b>BEAUGRAND</b>	Médecine Générale
M.	Benoit	<b>DAUTRICHE</b>	Médecine Générale
M.	Alexandre	<b>DELESVAUX</b>	Médecine Générale
M.	Olivier	<b>MAIZIERES</b>	Médecine Générale
Mme	Ludivine	<b>ROSSIN</b>	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	--------	-------------

### PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

### PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	--------------	---------

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

## **COMPOSITION DU JURY**

Président : Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Membres : Madame le Docteur Ludivine ROSSIN, Maître de Conférences  
Monsieur le Docteur Matthieu GUILLAUME  
Madame le Docteur Manon THEVENIN  
Monsieur le Docteur Julien MORISSON



## SERMENT D'HIPPOCRATE

*Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

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

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

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

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

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

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

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque*

# REMERCIEMENTS

## Aux membres du mon Jury

### **A Monsieur le Professeur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER,**

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et veuillez accepter la marque de mon plus profond respect.

### **A Madame le Docteur Ludivine ROSSIN, Maître de Conférences**

Merci de m'avoir tant apporté pendant mon premier semestre en Médecine Générale. Tu m'as appris énormément de connaissances médicales, mais avant tout l'écoute des patients, l'empathie et la bienveillance. Ma pratique médicale est désormais inspirée à tout jamais par ta façon d'exercer. J'admire profondément le médecin que tu es.

C'est un honneur pour moi que tu aies accepté de faire partie de mon jury de thèse.

### **A Madame le Docteur Manon THEVENIN,**

Merci d'avoir accepté cette demande (sur Instagram), je suis fière d'être la première thèse dont tu fais partie du jury. Je ne garde de mon passage dans ton service à Champmaillot que de bons souvenirs. Merci pour ta bonne humeur, ta volonté de transmettre tes connaissances et surtout ta gentillesse permanente.

### **A Monsieur le Docteur Julien MORISSON,**

Merci de m'accompagner tout au long de mon internat. Depuis le début, tu es disponible, de bons conseils et toujours dans la bienveillance. Je suis réellement consciente de la chance que j'ai de t'avoir comme tuteur.

Saches que tu es également pour moi un médecin modèle. Alors merci de me faire le bonheur de pouvoir soutenir cette thèse en ta présence.

### **A Monsieur le Docteur Matthieu GUILLAUME,**

Je ne sais par où commencer ...

Tout d'abord merci à toi de m'avoir tant aidé dans la réalisation de cette thèse, merci pour toutes tes idées, tes conseils, tes relectures, ton implication quasi quotidienne depuis plusieurs mois. Je n'aurais pas pu avoir meilleur directeur de thèse.

Mais en réalité tu es encore bien plus.

Alors merci également d'être depuis des années maintenant cet ami si présent pour nous, de dévaliser les supermarchés avant de venir partager des apéros et d'enflammer le dancefloor les soirs où tu es très en forme. C'était pour nous une évidence que tu diriges dans quelques mois la cérémonie la plus importante à nos yeux. Merci pour tout.

## A mes amies

**A Manon**, merci pour tout mais surtout pour ta présence quotidienne depuis toutes ces années. Tu es là, toujours, dans tous les moments importants de ma vie, les plus heureux mais aussi dans les craintes, et tu sais me rassurer. Quelle chance j'ai de t'avoir.

Continue à avoir le plus beau des déhanchés sur Sean Paul, à mettre le feu au plafond en cuisinant, à râler quand tu perds aux jeux, à faire des galettes sans fève, à me faire pleurer de rire quand tu me racontes tes histoires, à m'envoyer des dizaines de messages tous les jours.

L'âme sœur cela n'existe pas qu'en amour, j'en ai la preuve à tes côtés.

Merci d'être dans ma vie, merci d'être toi. Je t'aime.

Et à **Sixtine**, notre cocc' adorée, il me tarde de te voir grandir, je t'aime déjà tant.

**A Elise**, une amie depuis 16 ans déjà. Je pourrais écrire des pages sur tous les souvenirs que l'on a partagés ensemble. Merci pour ces années collège à tes côtés, merci pour toutes nos vacances inoubliables, et surtout merci pour ces (milliers de) sessions d'UNO où tu as perdu sans jamais râler. Être tombé sur toi en 6<sup>ème</sup> a changé à tout jamais ma vie.

Je suis fière d'être ton amie depuis toutes ces années, d'avoir grandi à tes côtés et de voir qu'elle femme tu es désormais. Je ne te souhaite que le meilleur avec **Quentin** à tes côtés.

J'ai hâte de tous les futurs moments que nous allons passer ensemble tous les 4.

**A Caroline**, où plutôt devrais-je dire **Véro** ?

Organiser un EVJF de folie avec toi a été mémorable. Et je n'ai aucun doute que tous les futurs événements qui nous attendent le seront tout autant...

Dijon est bien vide depuis que tu es partie, plus de café et pizzas à tes côtés, plus de soirées potins et fous rires. Reviens vite sur le continent, tu nous manques.

Bien sûr, je ne vous souhaite que le meilleur avec **Pierre**, mais je n'ai aucun doute que le futur le sera...

**A Joy**, merci pour cette joie de vivre, ce talent de DJ mais également de chanteuse, ces transformations en Jacky qui te vont si bien. Merci d'être toujours là malgré la distance. J'ai beaucoup de chance de désormais te compter parmi mes amies les plus proches.

Alors surtout merci pour tous ces moments incroyables, il me tarde de vivre les prochains à tes côtés et je sais qu'avec toi ils seront mémorables...

**A Marie**, comme l'impression que cela fait des années que tu fais partie de mon quotidien.

Merci pour toutes ces soirées, pour faire la fête ou juste partager des petits plats ensemble.

Merci pour ta présence à mes côtés désormais si précieuse.

Et n'oublies jamais que tu es une personne merveilleuse.

**A Marlène, Auriane et Cécile**, à tous nos moments passés ensemble, à tous ces fous-rires et ces moments de joies, et à tous les futurs qui arrivent...

## Aux meilleurs copains Dijonnais

**A Joseph**, le meilleur des cardiologues de Dijon sans aucun doute. Enfin surtout celui à qui je ne vais jamais hésiter à envoyer tous les ECG... Merci pour ces 6 mois de collocation, où malgré tes petits

poils quotidiens dans la salle de bain, tu m'as beaucoup, beaucoup, fait rire.  
Ne change pas et continue de prendre soin de ta petite femme.

**A Thomas**, on peut tous le dire : le coloc parfait. Merci pour ces petites soupes concoctées avec notre Chap, ces coups de gueule quand c'était le bordel et cette bonne humeur quotidienne.

**A Christo**, parce qu'avant tout, même si tu es le plus mauvais perdant que je connaisse, tu es quand même un ami incroyable.

**A Paul**, merci pour tous ces moments, que cela soit en soirée, aux brunchs, aux journées d'anniversaires ou lors des vacances. J'espère que notre projet verra le jour...

**A Céphise** également, qui est à tes côtés depuis de nombreuses années, mais surtout une chanteuse inégalable. J'ai hâte d'assister à tes futurs shows...

**Aux copains de Julien**, que je considère désormais comme les miens également

**A Julian et Débo**, au traileur-neurologue-relou de fin de soirée et à la plus patiente des copines. Merci pour toutes ces soirées, ces week-ends ensemble ; merci de nous faire tant rire, enfin surtout Julian quand ça va pas... Nous avons beaucoup de chance de vous avoir.

**A Alban**, mon frère Alban, jamais dans l'excès, qui nous fait tous pleurer de rire et qui organise sans aucun doute les meilleurs événements. Merci d'être cet ami si drôle, et pour Manon ce mari parfait.

**A Théo et Pauline**, les meilleurs des voisins, toujours présents pour l'apéro, pour tous nous recevoir mais surtout pour nous faire beaucoup rire. Ne changez rien.

**A Bastien et Presc**, à notre DJ et notre statisticienne préférés, merci d'être présents dans ces moments si importants.

**A Jean et Léa**, jamais les derniers pour faire la fête, hâte de faire la crémaillère dans votre si belle maison... Merci pour votre bonne humeur contagieuse, svp ne quittez pas Dijon tout de suite.

**Enfin j'aimerais finir par ces deux miss qui ont changé à tout jamais ma vie**

**A Elisa**, ma sœur, je me demande souvent comment une personne peut être aussi attachante, jolie, drôle, intelligente, solaire avec toujours quelques larmes dans les yeux.

Vivre 6 mois à tes côtés était un réel bonheur.

J'aime tout chez toi, ton addiction aux baumes à lèvres, tes achats sur un coup de tête, tes pleurs quand ton téléphone d'astreinte sonne, ta passion pour le léopard. J'aime même quand tu te moques de moi, et j'avoue que tu le fais très bien.

Surtout ne change jamais et reste mon petit rayon de soleil.

Je te souhaite tout le meilleur avec **Victor et Orgeat**, et bien sûr que tu seras très vite la meilleure des ophtalmologues.

Je finirais par te dire qu'y a rien de nouveau sous le soleil, je t'aime.

**A Margot**, l'Amourette, ma plume, ma force, merci pour cet internat réalisé en binôme ; il aurait été tellement différent sans toi.

Merci de répondre encore à mes coups de téléphones alors que non ce n'est jamais ma poche qui t'appelle, de m'emmener aux urgences, d'essayer de me comprendre quand l'articulation n'est plus mon point fort, de me ramener en vie de toutes ces soirées où j'ai fait quelques (petits) excès.

Je suis désolé, tu vois, je ne pourrais plus jamais me séparer de toi.

Merci de me supporter, de me faire rire au quotidien, d'être si présente.

Alors bien sûr, tu pourras tous les jours de ta vie à n'importe quelle heure m'appeler pour vider ta bassine et celle de tes futurs enfants. Je serais toujours là pour toi.

Je te promets, des nénettes j'en connais ; mais des nénettes aussi exceptionnelles que toi, non.

### **A ma belle-famille**

**A Jacques**, merci pour ces heures passées dans notre appartement, ces sorties vélos à St Tropez, cette bonne humeur à chaque fois présente, tous ces bons moments passés ensemble.

**A Valérie**, merci pour tous ces bons repas, ces tâches de vêtements récupérées, ces petites attentions quotidiennes depuis tant d'années.

Je pourrais toujours compter sur vous et je suis bien consciente de cette chance.

**A Sophie**, la tata qu'on rêve tous d'avoir. Merci pour cette folie apportée aux réunions familiales, pour tes cadeaux toujours plus beaux et toutes tes petites attentions.

J'espère que je resterai pour toujours ta pièce rapportée préférée.

**A Christo**, parce qu'en plus d'être un ami, tu es mon beau-frère ; et passer tous les repas de famille à côté de toi est quand même bien plus drôle. J'ai beaucoup de chance de t'avoir dans ma famille.

**A Nathan**, le petit dernier et pour cela, le meilleur de la famille. Je n'oublierais jamais comment tu as dès le premier repas réussi à me mettre à l'aise en renversant la totalité par terre.

Merci d'être ce petit clown qui nous fait tant rire. Et merci de m'avoir aussi bien intégré dans votre famille.

### **A ma famille**

**A ma mère**, enfin plutôt ma maman dont je ne pourrais jamais me passer.

Si aujourd'hui j'en viens au bout de ces études si longues, j'en suis bien consciente que c'est uniquement grâce à toi. Merci d'avoir toujours cru en moi. Merci d'être une mère si aimante.

Je ne pourrais jamais assez te remercier de me permettre de réussir à faire le métier de mes rêves.

**A mon père**, merci d'être pour moi un modèle de réussite. Merci de m'avoir inculqué le goût du travail et de la persévérance, mais aussi, on ne va pas se mentir, celui de la fête...

Merci également d'être ce père toujours là pour nous.

Nous avons beaucoup de chance d'avoir des parents comme vous.

**A ma sœur**, depuis toujours, tu es là à mes côtés, et tu me fais rire comme personne. Notre différence d'âge ne nous a jamais empêché d'être fusionnelles.

Grandir à tes côtés m'a fait réaliser qu'un métier pouvait être une passion et c'est sûrement pour cela que je me suis tant battue dans ces études.

Merci d'être cette grande sœur si parfaite, merci d'être ma témoin de mariage, merci la vie de m'avoir donné la meilleure des sœurs.

Merci également à **JC**, qui est un compagnon de vie et un papa parfait. Merci de supporter ma présence très (trop ?) fréquente à Savigny, et cela malgré mes tenues léopard...  
Merci d'être un beau-frère si cool, et surtout merci de rendre ma sœur si heureuse.

**A mon frère**, qui nous rappelle tous les jours qu'il n'y a pas que le travail dans la vie, et qui a bien raison. Merci pour tes conseils sportifs, tes jeux qui rendent nos vacances en famille beaucoup plus drôles, ton calme au milieu de nos cris, tes idées toujours plus nombreuses chaque année pour les cadeaux (non, ça ce n'est pas vrai).

Merci de m'avoir permis de réaliser mes premières soirées à tes côtés, elles étaient mémorables.  
Merci d'être ce grand frère depuis toujours présent pour moi.

**A mes nièces**, mes Pitchounes adorées, depuis le jour de votre naissance, je vous aime à la folie.  
Je vous promets d'être toujours là pour vous.

**A mon grand-père Alexandre**, n'importe comment, je ne doute pas que tu aurais été heureux qu'un Docteur puisse porter ton nom et j'en suis très fière.

**A ma grand-mère Ghislaine**, à qui je dois sans aucun doute ma chance. Merci pour ces gâteaux aux yaourts et ces galettes des rois, je ne garde que de bons souvenirs de ces moments.

**A mon grand-père Serge**, à qui je dois beaucoup de mes traits de caractères, ce n'est pas pour rien si je suis si têtue, cartésienne et obstinée. Quelle fierté d'avoir un grand-père qui a réalisé tant de choses. Tu es bien plus qu'un grand père, tu es un modèle.

**A ma grand-mère Josiane**, merci pour ces vacances à St-Bris, ces parties de rami, ces balades en chansons, ces bonbons achetés à la boulangerie, ces fins de repas à manger le fromage sur tes genoux ; tous ces merveilleux souvenirs qui ont embelli mon enfance.

**A ma marraine Marie-Christine**, depuis toujours je sais que je pourrais compter sur toi, à n'importe quel moment de ma vie. Je ne garde que de bons souvenirs de toutes ces vacances passées ensemble. Ma mère n'aurait pu choisir meilleure marraine que toi.

**A Rémi et Clémence**, et vos 2 merveilleux enfants ; merci pour tous ces beaux moments en vacances et à Dijon, nous avons hâte d'en partager de futurs à vos côtés.

**A mon parrain Hubert** ainsi qu'à **Chantal**, qui sont à mes côtés depuis ma naissance. Merci pour tous ces moments de joie que j'ai pu partager avec vous depuis mon enfance. Gardez pour toujours votre convivialité et votre bonne humeur contagieuse.

Enfin à **Toi**,

Mon amour, mon meilleur ami, mon âme sœur et mon (très bientôt) mari.

9 ans que je ne peux plus me passer de toi, la vie est si belle à tes côtés.

Merci pour tout mais surtout de croire autant en moi.

J'ai si hâte du futur à tes côtés.

Plus que tout, je t'aime.

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES FIGURES .....	14
TABLE DES TABLEAUX.....	14
LISTE DES ABREVIATIONS .....	15
INTRODUCTION .....	16
MATERIELS ET METHODES .....	19
A.    TYPE D’ETUDE.....	19
B.    POPULATION ETUDIEE.....	19
C.    QUESTIONNAIRE.....	19
D.    METHODE DE RECUEIL DES DONNEES .....	20
E.    METHODE D’ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES .....	20
RESULTATS.....	21
A.    POPULATION .....	21
B.    HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES.....	21
C.    VOLONTE D’INSTAURER UN TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR.....	23
D.    RESSENTI PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE L’EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE CHEZ LES PERSONNES AGEES .....	23
DISCUSSION .....	25
CONCLUSION .....	30
BIBLIOGRAPHIE.....	31
ANNEXES.....	34

## TABLE DES FIGURES

<b>Figure 1.</b> Statut des médecins répondeurs (en %) .....	21
<b>Figure 2.</b> Première hypothèse diagnostique retenue en fonction de l'âge du patient.....	22
<b>Figure 3.</b> Proposition de prise en charge de l'EDC du sujet âgé.....	29

## TABLE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1.</b> Fréquence du diagnostic probable de l'EDC en fonction de l'âge du patient.....	22
<b>Tableau 2.</b> Fréquence de la volonté forte à instaurer un traitement en fonction de l'âge du patient	23
<b>Tableau 3.</b> Fréquence de la volonté forte à instaurer un traitement en fonction de l'âge du patient dans le groupe de médecins ayant classé l'EDC comme probable .....	23



## LISTE DES ABREVIATIONS

AJMGB : Association des Jeunes Médecins Généralistes de Bourgogne

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ATD : Antidépresseur

AVK : Antivitamines K

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EN : Echelle Numérique

GDS : Geriatric Depression Scale

GP-Cog : General Practitioner-Cognition

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRSNa : Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine-Noradrénaline

ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine

LP : Libération Prolongée

MMSE : Mini-Mental State Examination

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAQUID : Personnes Agées QUID

TSH : Thyroid Stimulating Hormone

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## INTRODUCTION

La dépression est l'une des maladies les plus invalidantes au monde et une problématique de santé à laquelle les médecins généralistes sont très souvent confrontés lors de leurs consultations. Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) est clinique et associe des symptômes psychiques et physiques spécifiques présents presque tous les jours depuis au moins 2 semaines, avec une détresse psychique et une altération du fonctionnement significatives (1). La classification de référence en France de l'EDC est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans la classification internationale des maladies, actuellement dans sa version 10 (CIM 10). En pratique clinique courante et dans la majorité des études cliniques internationales, la classification utilisée est le DSM-5 (2).

La sévérité d'un EDC est déterminée, selon les critères diagnostiques de la CIM 10 et du DSM-5, par le nombre de symptômes, leur intensité et par le degré de dysfonctionnement ressenti par le patient dans les activités sociales et professionnelles. Ainsi, trois niveaux de sévérité existent : léger, modéré ou sévère (*Annexe 1*).

L'EDC peut concerner les patients de tout âge, notamment les personnes âgées. D'après l'OMS, une personne est considérée comme âgée à 60 ans. Cependant, il existe d'autres seuils d'âge pour qualifier une personne âgée : dans les pays occidentaux, d'après l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), un âge de 65 ans ou plus est retenu pour définir une personne âgée (3). Le processus de vieillissement nécessite un travail psychique d'adaptation et d'acceptation des pertes successives pouvant générer des complications médicales, des deuils, un isolement social ou une entrée en institution et pouvant favoriser l'émergence de symptômes dépressifs.

La prévalence de la dépression chez le sujet âgé varie fortement dans la littérature selon la définition utilisée : épisode dépressif caractérisé (anciennement « majeur ») ou présence de symptômes dépressifs.

Les données épidémiologiques retrouvent une prévalence de la dépression entre 8 et 16% chez les personnes âgées de 65 ans et entre 12 et 15% chez celle de plus de 85 ans (4). En médecine générale, 15 à 30% des personnes âgées consultant leur médecin généraliste présenteraient des symptômes dépressifs (5). Selon l'enquête Personnes Agées QUID (PAQUID) réalisée en 2017 en France chez les sujets âgés de plus de 65 ans, la prévalence de la dépression serait proche de 13% en population générale, 30% chez les sujets hospitalisés et 50% chez les sujets vivants en institution (6). Ces chiffres de prévalence semblent sous-estimés, 60 à 70% des dépressions chez les personnes âgées seraient *a priori* méconnues ou négligées (5).

En effet, bien que les symptômes dépressifs du sujet âgé soient proches du sujet adulte, la présentation clinique de l'EDC du sujet âgé est souvent hétérogène et peu spécifique. Les particularités cliniques de la dépression du sujet âgé comprennent une tristesse et une anhédonie moins souvent exprimées, une anxiété et un ralentissement psychomoteur plus fréquents, ou encore la présence d'idées délirantes de préjudice, de ruine ou d'incurabilité (5). L'humeur dépressive chez le sujet âgé peut s'exprimer par une morosité. La tristesse est moins souvent verbalisée, laissant souvent la place à des troubles du comportement comme une irritabilité, voire une hostilité ou agressivité. De plus, un certain nombre de sujets âgés présentent un déni de leurs symptômes ou une difficulté à les exprimer.

Il est par ailleurs faux de considérer que la tristesse et l'expression de propos péjoratifs font partie du processus normal du vieillissement. (7)

L'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé peut également être masqué par des symptômes somatiques, retrouvés chez 60% des patients âgés présentant un EDC. Ces plaintes peuvent être peu systématisées (par exemple : mauvais état général ou mal-être généralisé), ou plus spécifiques, sous forme de désordres gastro-intestinaux, de douleurs ostéoarticulaires et musculaires, de troubles cardiovasculaires, de céphalées. Parfois, les plaintes somatiques dominent le tableau clinique et peuvent véritablement masquer les symptômes dépressifs (5). La symptomatologie est alors plus difficile à déceler que celle présentée par un sujet plus jeune. Du fait de cette présentation souvent atypique, il existerait un sous-diagnostic de la dépression chez la personne âgée entraînant un retard ou une absence d'instauration de traitement (8).

La stratégie de prise en charge de l'EDC chez la personne âgée associe psychothérapie et thérapie médicamenteuse.

Comme pour celle de l'adulte jeune, les antidépresseurs sont la classe thérapeutique de choix à partir du stade modéré à sévère (1), avec une efficacité comparable (9). La comorbidité médicale entraîne probablement une vulnérabilité croissante aux effets indésirables, mais les bénéfices du traitement chez la personne âgée l'emportent souvent sur les risques de l'absence de traitement ou d'un traitement inadéquat. Cette vulnérabilité pourrait en partie expliquer l'utilisation de posologies insuffisantes et/ou avec une durée de traitement trop courte (< 6 – 8 semaines) chez la personne âgée (10).

La dépression du sujet âgé a un impact négatif important sur la qualité de vie et s'accompagne d'une surmortalité prématurée (en particulier cardiovasculaire), d'une augmentation des recours aux soins, d'une perte d'autonomie et d'un risque d'institutionnalisation secondaire (11). Les conséquences d'une dépression de fin de vie non traitée comprennent également une mauvaise qualité de vie, l'exacerbation de maladies chroniques et un risque suicidaire important. Les taux de décès par suicide s'élèvent considérablement à mesure que l'âge augmente. En effet, en 2017, le taux standardisé de mortalité par suicide pour 100 000 habitants était de 13.4 dans la population générale, de 24.0 dans la population de 75-84 ans et de 45.5 chez les 85-94 ans (12). Cependant lorsqu'elle est traitée, la dépression du sujet âgé est de bon pronostic : plus de 70% des patients âgés souffrant de dépression présentent une amélioration significative sous antidépresseurs (11).

La prévalence importante de l'EDC chez la personne âgée, ainsi que ses caractéristiques et sa morbidité, en font donc une problématique de santé publique importante (13), où le généraliste est fréquemment le premier intervenant sollicité. Il est ainsi un acteur majeur de soins pour le dépistage et la prise en charge de cette pathologie. Il doit en faire le diagnostic, initier et maintenir les traitements médicamenteux à des doses et durées adaptées tout en traitant les comorbidités médicales.

Le médecin généraliste possède également un rôle central dans la prévention du passage à l'acte suicidaire : 75% des personnes âgées décédant par suicide ont consulté leur médecin dans le mois précédant le passage à l'acte (14).

En soins primaires, il existe peu de travaux s'intéressant au dépistage de l'EDC chez les personnes âgées et à la prescription des antidépresseurs dans cette population (15). Une étude d'*Uncapher et al.* datant de 1996 a été réalisée en Californie afin de déterminer s'il existait une différence de prise en charge des patients suicidaires par les médecins en soins primaires en fonction de l'âge du patient. Cette étude englobait 342 médecins généralistes en Californie qui ont reçu aléatoirement l'une des deux vignettes créée en amont. Ces deux vignettes présentaient un patient suicidaire et déprimé. Les seules différences entre les deux vignettes étaient l'âge du patient (38 ou 78 ans) et le statut d'emploi (employé vs retraité en tant qu'ouvrier d'usine). Cette étude suggérait que les médecins diagnostiquaient sans différence significative la dépression et le risque suicidaire dans la vignette adulte et gériatrique, mais ils signalaient une moindre volonté à traiter le patient âgé par rapport au patient plus jeune. Ils étaient en effet moins disposés à utiliser des stratégies thérapeutiques pour aider le patient âgé, et ils n'étaient pas optimistes quant à la capacité des psychiatres ou des psychologues à aider ce patient en crise suicidaire (16).

Aucune étude similaire n'a semble-t-il été réalisée depuis sur ce sujet, et notamment en France. L'objectif principal de ce travail est donc d'évaluer si les médecins généralistes diagnostiquent et traitent l'épisode dépressif caractérisé autant chez les personnes âgées que chez les sujets jeunes. L'objectif secondaire est d'explorer le ressenti des médecins généralistes dans leur pratique sur ce sujet afin de soulever des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant un épisode dépressif caractérisé.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **A. TYPE D'ETUDE**

Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale, descriptive, quantitative, de type enquête de pratique. Son but était d'explorer le possible biais de l'âge des patients sur le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé et la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes auprès de leurs patients âgés.

### **B. POPULATION ETUDIEE**

La population cible concerne les médecins généralistes installés en Bourgogne-Franche-Comté avec comme critère d'inclusion tout médecin généraliste installé (ou en collaboration) ayant une activité principale de médecine générale ambulatoire. Nous avons également intégré les internes ayant déjà effectué un remplacement auprès de ces médecins généralistes.

### **C. QUESTIONNAIRE**

Nous avons créé une vignette clinique d'un patient âgé de 78 ans, retraité, présentant des signes cliniques typiques de la dépression dans la population gériatrique : anhédonie, anorexie, perte de poids, insomnie et douleurs gastro-intestinales diffuses. Ces symptômes répondaient au diagnostic de la dépression modérée à sévère selon les critères de l'échelle Geriatric Depression Scale (GDS). Nous avons ensuite élaboré la même vignette clinique avec un autre patient. Les deux seules différences entre les vignettes étaient l'âge (38 ans) et l'activité (ouvrier).

Nous avons ensuite conçu un auto-questionnaire sur Google Forms (*Annexe 2*). La première étape consistait à indiquer son statut : interne en médecine générale effectuant des remplacements en libéral, Docteur en médecine général remplaçant non installé, Docteur en médecine général installé depuis moins de 10 ans ou Docteur en médecine général installé depuis plus de 10 ans. Les médecins généralistes devaient ensuite lire la vignette clinique du patient âgé de 78 ans puis classer les hypothèses diagnostiques proposées (hémopathie maligne, cancer du colon, troubles digestifs fonctionnels, dysthyroïdie, épisode dépressif caractérisé, décompensation diabète, ischémie mésentérique chronique) de la plus probable à la moins probable. Nous avons défini l'EDC comme diagnostic probable si celui-ci était classé dans les 3 premières hypothèses. Ensuite, les médecins indiquaient selon une échelle numérique (EN) de 1 (aucune envie) à 10 (certain de vouloir) leur volonté de prescrire un traitement antidépresseur à ce patient âgé. Nous avons défini une volonté forte d'instaurer un traitement antidépresseur par un seuil à 8 ou plus, une volonté moyenne par un seuil de 5 à 7, et une volonté faible par un seuil de 4 ou moins.

Dans un second temps, ils lisaient la même vignette clinique chez le patient de 38 ans, puis classaient de la même manière les hypothèses et indiquaient leur volonté de prescrire un traitement antidépresseur.

Enfin, une question ouverte leur était posée afin qu'ils puissent exprimer leur ressenti sur le diagnostic et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées.

## **D. METHODE DE RECUEIL DES DONNEES**

Le 1<sup>er</sup> septembre 2023, le questionnaire présenté en *Annexe 2* a été diffusé sur un réseau social au travers du groupe fermé de l'Association des Jeunes Médecins Généralistes de Bourgogne (AJMGB), comprenant 1300 membres (internes ou Docteurs en Médecine Générale). Cet auto-questionnaire a été diffusé de nouveau en décembre 2023. Nous avons également contacté l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins Libéraux en Bourgogne-Franche-Comté, pour sa diffusion. Après accord du collège des médecins généralistes de l'URPS, il a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté dont ils disposent de l'adresse mail, soit 2362 médecins. A noter, que 2529 médecins généralistes sont comptabilisés sur cette région. L'auto-questionnaire a été envoyé par mail aux médecins généralistes, l'anonymat du recueil des données a pu ainsi être préservé. Aucune relance n'a pu être réalisée. Les données ont été recueillies entre le 01/09/2023 et le 25/12/2023 de manière prospective.

## **E. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES**

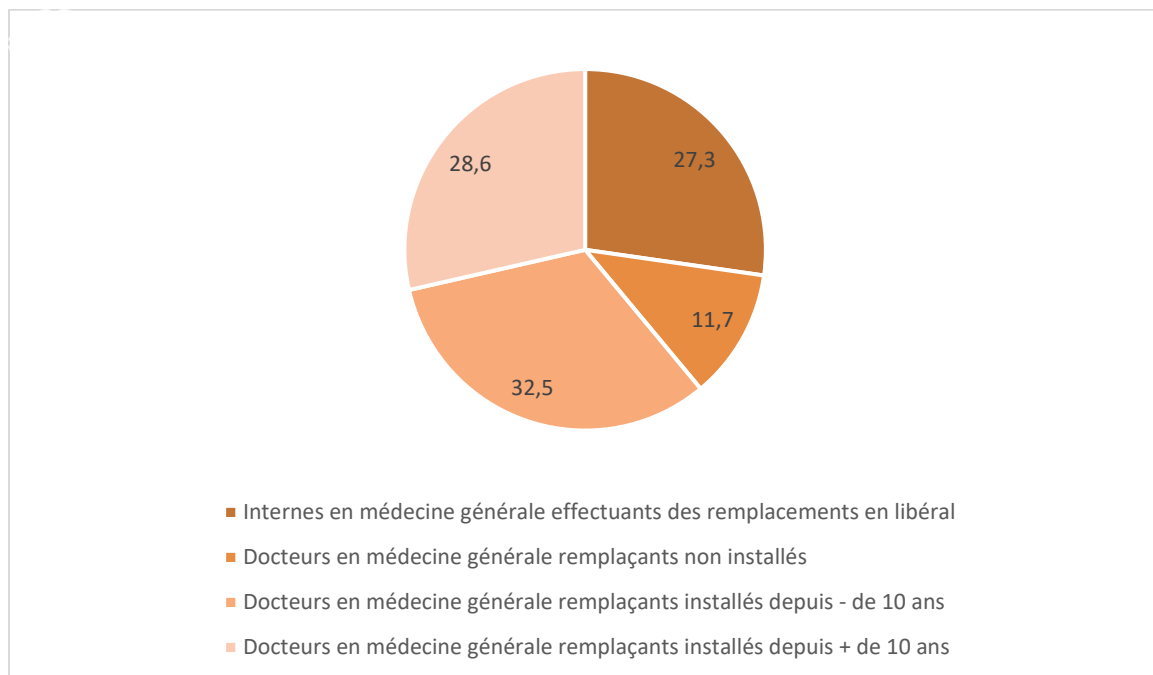
Les variables qualitatives ont été décrites par leur effectif et leur proportion, les variables quantitatives par leur moyenne, écart type, médiane et intervalle interquartile [Q1-Q3]. Les comparaisons des variables qualitatives entre les 2 groupes ont été réalisées à l'aide d'un test de Mc Nemar pour données appariées. Lorsque les groupes étaient à plus de 2 catégories, un test de Bowker a été utilisé.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS v9.4. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

## RESULTATS

### A. POPULATION

Un total de 77 médecins a répondu au questionnaire. Parmi eux, 21 (soit 27.3% de l'effectif) étaient internes en médecine générale effectuant des remplacements en libéral, 9 Docteurs en médecine générale remplaçants non installés (11.7%), 25 Docteurs en médecine générale installés depuis moins de 10 ans (32.5%) et 22 Docteurs en médecine générale installés depuis plus de 10 ans (28.6%) (*Figure 1*).

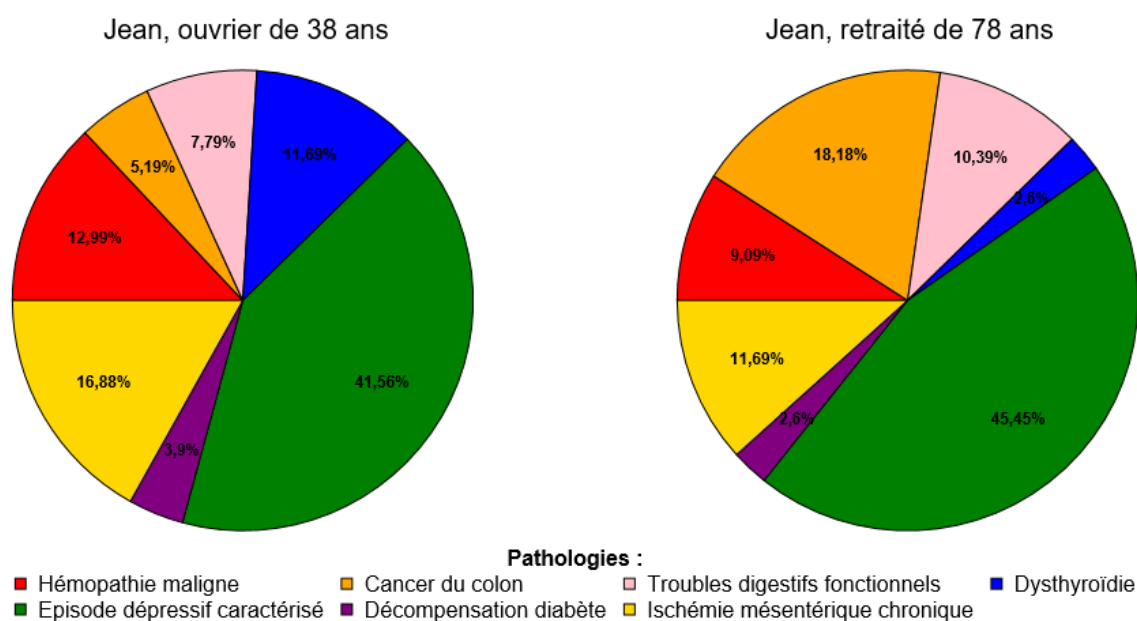


**Figure 1.** Statut des médecins répondeurs (en %)

### B. HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES

Concernant les résultats des hypothèses diagnostiques, chez la personne âgée, la première hypothèse retenue était l'EDC pour 45.5% des médecins. Chez l'adulte jeune, l'EDC revenait également comme la première hypothèse diagnostique, cette fois-ci pour 41.6% des médecins. Le cancer du côlon arrivait ensuite en 2<sup>ème</sup> position comme la première hypothèse diagnostique chez la personne âgée (18.2%), l'ischémie mésentérique chronique était en 2<sup>ème</sup> position chez le jeune (16.9%).

Les autres hypothèses peuvent être retrouvées ci-dessous dans la *Figure 2*.



**Figure 2.** Première hypothèse diagnostique retenue en fonction de l'âge du patient

L'EDC était retenu comme diagnostic probable (dans les 3 premières hypothèses) par 48 médecins (62.3% de l'effectif) chez la personne âgée contre 44 médecins (57.1%) chez l'adulte jeune, néanmoins sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.43$ ) (Tableau 1).

	Diagnostic probable d'EDC Jean 78 ans			
	Non	Oui	Total	
Diagnostic probable d'EDC Jean 38 ans				
Non	18 (23.4%)	15 (19.5%)	33 (42.9%)	
Oui	11 (14.3%)	33 (42.9%)	44 (57.1%)	
Total	29 (37.7%)	48 (62.3%)	77 (100%)	p-value 0.43

**Tableau 1.** Fréquence du diagnostic probable de l'EDC en fonction de l'âge du patient



### C. VOLONTE D'INSTAURER UN TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR

Une volonté forte (EN  $\geq$  8) de prescrire un traitement antidépresseur à un patient âgé a été retrouvée chez 28 médecins (36.4% de l'effectif) contre 32 médecins (41.6%) pour un adulte jeune. Cette différence n'est pas non plus significative ( $p=0.47$ ) (Tableau 2).

	Volonté forte de traiter Jean 78 ans			
Volonté forte de traiter Jean 38 ans	Non	Oui	Total	
Non	32 (41.6%)	13 (16.9%)	45 (58.4%)	
Oui	17 (22.1%)	15 (19.5%)	32 (41.6%)	
Total	49 (63.6%)	28 (36.4%)	77 (100%)	p-value 0.47

**Tableau 2.** Fréquence de la volonté forte à instaurer un traitement en fonction de l'âge du patient

Nous avons également comparé, entre le patient âgé et l'adulte jeune, la volonté forte de prescription d'antidépresseur parmi les médecins qui ont retenu l'EDC comme diagnostic probable : ils sont 43.8% chez la personne âgée contre 47.7% chez l'adulte jeune. Cette différence n'atteint pas le seuil de significativité ( $p=0.70$ ) (Tableau 3).

	Diagnostic probable d'EDC		
Volonté forte de traiter	Jean 38 ans	Jean 78 ans	
Non	23 (52.3%)	27 (56.3%)	
Oui	21 (47.7%)	21 (43.8%)	p-value 0.70

**Tableau 3.** Fréquence de la volonté forte à instaurer un traitement en fonction de l'âge du patient dans le groupe de médecins ayant classé l'EDC comme probable

### D. RESSENTI PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE L'EPISODE DEPRESSIF CARACTERISE CHEZ LES PERSONNES AGEES

La dernière partie du questionnaire était une question ouverte demandant d'exprimer en quelques mots le ressenti par le médecin généraliste sur le diagnostic et la prise en charge au cabinet de l'épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées.

Un adjectif revenait dans une grande majorité des réponses écrites par les médecins pour décrire ce diagnostic : « *difficile* ».

D'autres termes étaient également très utilisés : « *atypique, sournois, long, fréquent, retardé, sous-estimé, sous-diagnostiqué* ». Leur principale difficulté était due aux plaintes exprimées par la personne âgée : « *plaintes somatiques multiples* » ; « *plaintes atypiques au premier plan* » ; « *multiples plaintes fréquemment aspécifiques, éducatives, culturelles  $\pm$  religieuses* ».

D'autres complexités diagnostiques spécifiques ont été également signalées : « *diagnostic perdu au milieu de toutes les autres pathologies* » ; « *une génération qui se plaint peu de souffrance morale* » ; « *il existe une banalisation plus importante dans cette population* ».

L'âge semblait être selon eux un réel biais pour le dépistage de la dépression en médecine générale : « *impression qu'on a plus de facilité à parler d'EDC chez les jeunes que chez les personnes âgées* ».

Pour le médecin généraliste, le diagnostic était également plus difficile à accepter pour la personne âgée : « *Diagnostic pas souvent accepté par le patient car semble dans l'ordre des choses du fait du vieillissement* » ; « *difficulté de prendre du recul par le patient et accepter le diagnostic, souvent non-dit, caché* » ; « *génération où les maladies psychiatriques sont mal perçues* ». Enfin, il est à noter que concernant cette population, des idées reçues existaient « *c'est normal d'avoir un peu moins d'entrain quand on est vieux* ».

Concernant la prise en charge de l'EDC des personnes âgées en médecine générale, voici les réponses récurrentes : « *sous-traité* », « *multifactoriel* », « *prend du temps* ». Un ressenti était exprimé à multiples reprises par le médecin généraliste de « *solitude dans la prise en charge car accès aux psychiatres très compliqué chez les personnes âgées* » ; « *peu de ressources aidantes et coût de la psychothérapie est un frein* ». Les peurs du médecin généraliste à initier un traitement antidépresseur chez la personne âgée étaient nombreuses : « *grand nombre de médicaments déjà mis en place* » ; « *intolérance, polymédication, risque de chute* » ; « *risque iatrogène important* » ; « *interaction médicamenteuses à prendre en compte* ».

La prise en charge était également difficile du fait de la spécificité de cette population : « *traitement n'est pas bien accepté* » ; « *refus de traitement ou peur des effets secondaires* » ; « *les personnes âgées refusent souvent l'aide d'un psychologue* ».

Quelques idées pour l'amélioration de la prise en charge ont été formulées : « *Prendre son temps, réévaluer, utiliser des échelles diagnostiques, dépister le risque suicidaire, s'entourer de psychologues* » ; « *Une formation sur l'utilisation des molécules antidépresseurs en gériatrie serait la bienvenue car je pense la peur de l'iatrogénie et la mauvaise connaissance explique sa sous-utilisation pour ces patients* » ; « *Travailler avec le patient à l'identification des facteurs déterminants de l'EDC. Débuter le plus rapidement possible une psychothérapie de soutien. Nécessité de programmer plusieurs RDV rapprochés pour réévaluer le patient. La prescription d'antidépresseur ne doit ni être diabolisée, ni banalisée. A chaque fois, elle doit être réfléchie avec le patient avec des objectifs précis et réévaluer régulièrement* » ; « *Mon inquiétude face à un tel patient est le risque suicidaire, je vérifie donc l'entourage familial, les éventuels facteurs protecteurs. L'autre inquiétude est l'éventuel manque d'observance et proposerai le passage d'un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) pour donner le traitement au moins sur l'initiation du traitement, pour aussi vérifier la tolérance et l'état psychologique du patient* ».

## DISCUSSION

Dans notre étude, l'âge ne semble pas être un facteur influençant le dépistage de l'EDC en médecine générale. Cette conclusion était également mise en avant dans l'étude d'*Uncapher et al.* en 1996, où il n'y avait pas de différence significative de diagnostic d'EDC entre la vignette adulte et gériatrique (16). Nous n'avons également retrouvé aucune différence significative entre la volonté de prescrire un antidépresseur chez un adulte jeune et une personne âgée.

Plusieurs biais possibles peuvent expliquer qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée dans notre étude. Tout d'abord le taux faible de répondants : seulement 77 réponses ont été collectées. Un biais de sélection peut également être présent ; les médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire sont majoritairement de jeunes médecins qui ont probablement une sensibilité particulière vis-à-vis de ce sujet. En effet, la formation actuelle lors des études médicales est désormais sensibilisée à la dépression du sujet âgé avec tout un item sur ses spécificités. Enfin, il existe un biais de classement : les vignettes cliniques sont probablement peu discriminantes pour le dépistage de l'EDC.

Notre étude soulève tout de même la question de la nécessité de recommandations claires de l'EDC du sujet âgé. Tout d'abord, lorsqu'un premier EDC est suspecté, il est recommandé de réaliser un examen clinique complet pour rechercher l'existence d'une maladie associée et d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen. Il n'existe aucun consensus sur les examens complémentaires qui doivent être effectués lors de l'évaluation de la dépression (1). Les médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire ont bien souligné l'importance de réaliser des examens afin d'éliminer une pathologie organique sous-jacente. En général, un bilan sanguin est réalisé avec une numération globulaire, une glycémie à jeun, un dosage de la TSH et les taux sériques de vitamine B12 et de folate (17). Il est également recommandé chez la personne âgée de dépister des troubles neurocognitifs en réalisant des tests neuropsychologiques, ainsi qu'une imagerie cérébrale dans le cadre étiologique d'un trouble neurocognitif majeur (18). Le Mini-Mental State Examination (MMSE) est le test de dépistage des troubles cognitifs le plus largement utilisé (19) même si le Montreal Cognitive Assessment (MoCA) semble supérieur pour dépister des troubles neurocognitifs chez les patients âgés de 60 ans ou plus (20). Le test General Practitioner-Cognition (GP-Cog) est le test le plus évalué en médecine générale, il est court et intègre, et permet de dépister en 5 minutes un trouble neurocognitif majeur (21) (*Annexe 3*). La réalisation du bilan cognitif à distance de l'épisode peut être bénéfique du fait des fonctions cognitives altérées lors de l'EDC.

Malgré l'absence de différence significative, d'après le ressenti des médecins généralistes dans notre étude, le dépistage semble plus difficile dans la population gériatrique du fait des plaintes atypiques caractérisées par la prévalence notable de plaintes somatiques, de douleurs et d'une symptomatologie hypocondriaque.

La complexité à parvenir à un diagnostic précis constitue la principale raison du sous-diagnostic fréquent de la dépression chez les personnes âgées, malgré sa fréquence élevée. Les critères diagnostiques conventionnels du DSM-5 et de la CIM-10 sont souvent difficiles à appliquer chez les

personnes âgées et présentent des limites. De plus, les personnes âgées ont tendance à minimiser leurs symptômes dépressifs, compliquant ainsi l'utilisation d'outils d'auto-évaluation (22).

En réponse à ces défis, des aides instrumentales ont été développées, notamment la Geriatric Depression Scale (GDS), disponible sous trois formes distinctes : la forme à 4 items (mini-GDS), celle à 15 items (GDS 15), et la version étendue à 30 items (GDS 30) (Annexe 4). Ces échelles ont été validées chez les individus de plus de 65 ans et sont devenues des outils de référence pour l'évaluation de l'EDC dans cette population (23). De plus, ces échelles de notation se révèlent utiles pour surveiller l'efficacité des traitements en cours et garantir l'atteinte de l'objectif ultime du traitement, à savoir la rémission (10).

Une fois qu'un test de dépistage de la dépression donne des résultats positifs, la confirmation du diagnostic nécessite un entretien psychiatrique. Plusieurs études ont évalué l'impact du dépistage de la dépression, révélant que le questionnaire de dépistage seul a peu d'influence sur la gestion de la dépression par les médecins traitants (24). Un impact positif est observé uniquement lors de la confirmation du diagnostic après le dépistage, ce qui permet une prise en charge thérapeutique et l'établissement d'un suivi du patient.

L'évaluation cognitive doit systématiquement être intégrée à l'évaluation car 20% des cas de dépression chez les personnes âgées sont associés à des troubles cognitifs. Cela soulève fréquemment la question du diagnostic différentiel entre un trouble neurocognitif majeur et un état dépressif. Les deux conditions peuvent coexister, la dépression étant souvent un composant du tableau démentiel, notamment dans la maladie d'Alzheimer. De manière générale, la dépression impacte en premier lieu l'attention, l'encodage, la récupération et les fonctions de mémoire explicite, tandis que les fonctions de mémoire implicite sont préservées. Le patient dépressif se plaint de pertes de mémoire, de diminution intellectuelle et de troubles de la concentration, tandis que le patient atteint d'Alzheimer est souvent anosognosique (25).

La dépression peut également être un signe précurseur de pathologies neurodégénératives. L'EDC semble en effet être un facteur de risque de maladie d'Alzheimer avec un risque majoré par 1.5 à 2 (26), de maladie de Parkinson avec un risque doublé (27) et de démence vasculaire avec un risque triplé (28).

Malgré une absence de différence significative, notre étude montre une tendance à moins prescrire de traitement médicamenteux à la personne âgée pour qui un EDC est dépisté en comparaison à un jeune. Cette différence de volonté de prescrire peut expliquer en partie le retard de prise en charge et les complications de la dépression chez les personnes âgées.

Pour rappel, comme pour la prise en charge de l'EDC de l'adulte jeune, les antidépresseurs sont la classe thérapeutique de choix à partir du stade modéré à sévère (1). Chez les personnes âgées, le traitement pris par le patient doit être soigneusement examiné car des médicaments prescrits pour des maladies somatiques peuvent induire ou aggraver des symptômes dépressifs (29).

Une difficulté en médecine générale rapportée dans notre questionnaire est la peur du risque iatrogène ainsi que du choix du type de molécule à initier. En pratique, les antidépresseurs les mieux tolérés et associés à un moindre risque d'interactions médicamenteuses doivent être privilégiés dans cette population.

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont recommandés en première intention dans l'EDC de la personne âgée : Sertraline, Citalopram, Escitalopram (30). Le choix du traitement par ISRS doit être orienté selon le profil de tolérance et les comorbidités. Les effets indésirables les plus fréquents de la classe des ISRS sont les troubles digestifs (nausées et vomissements) ainsi que l'hyponatrémie. La natrémie peut être mesurée dans la population âgée avant le début du traitement et une à deux semaines après le début du traitement, puis à chaque modification de dosage (surtout en cas de traitement concomitant par diurétique ou d'insuffisance rénale). En cas d'hyponatrémie, un traitement par Miansérine peut être préféré (31).

Certaines molécules sont également à éviter dans certaines situations cliniques particulières, le choix du traitement antidépresseur doit être adapté aux comorbidités (32) :

- La Paroxétine a des effets anticholinergiques et de nombreuses interactions médicamenteuses.
- Si le patient est sous Amiodarone ou sous anticoagulant de type antivitamines K (AVK), il est préférable d'éviter la Fluoxétine et la Fluvoxamine (risque de surdosage).
- Si le patient est sous Dabigatran, Apixaban ou Rivaroxaban, la Fluoxétine, la Fluvoxamine et la Duloxétine doivent être évitées (risque d'augmentation de la biodisponibilité de ces molécules).

La réponse au traitement médicamenteux antidépresseur est plus lente chez le sujet âgé et le traitement doit être débuté à une posologie plus faible, avec augmentation progressive jusqu'à la dose minimale efficace selon la règle « start low, go slow ». En cas d'absence de réponse (c'est-à-dire une réduction de moins de 50% de l'intensité de la dépression) à un traitement antidépresseur ISRS à posologie efficace pendant 6 à 8 semaines, il convient de vérifier l'observance (1).

Les personnes âgées peuvent ne pas être totalement adhérentes aux traitements recommandés en raison de leur état cognitif, comorbidités médicales et problèmes liés à la complexité de la polypharmacie (33). L'implication des membres de la famille dans la prise en charge des patients âgés peut faciliter l'observance du traitement et peut conduire à une amélioration de la dépression (19).

En deuxième intention, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (IRSNa) tels que la Venlafaxine sont recommandés (30). Ils nécessitent une surveillance de la tension artérielle en position couchée puis debout, de l'ECG et de la natrémie. Ces traitements sont à éviter en cas de pathologie cardiovasculaire instable.

Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés du fait de leurs nombreux effets secondaires, en particulier liés à leurs propriétés anticholinergiques (confusion, rétention urinaire, sécheresse de la bouche, hypotension orthostatique, somnolence, constipation, troubles cognitifs).

Dans la mesure du possible, le traitement antidépresseur doit être prescrit en monothérapie. S'il existe un trouble anxieux caractérisé comorbide, il est préférable d'éviter d'associer systématiquement un traitement par benzodiazépines (réservé au traitement symptomatique ponctuel de l'anxiété douloureuse et invalidante) et de privilégier un antidépresseur indiqué à la fois pour le trouble dépressif et le trouble anxieux. Par exemple, l'Escitalopram qui a également l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le trouble anxieux généralisé.

La prescription isolée de benzodiazépines ne permet pas l'amélioration d'un syndrome dépressif sous-jacent, et peut conduire à des complications telles qu'un trouble de l'usage des benzodiazépines, un syndrome confusionnel, des chutes, des troubles attentionnels (34).

En cas de troubles du sommeil, il est recommandé de rappeler les mesures d'hygiène du sommeil et de ne pas négliger l'intérêt de la Mélatonine à Libération Prolongée (LP) au coucher (35). La Miansérine ou la Mirtazapine, peuvent être utilisées en raison de leur effet hypnotique mais il est préférable d'utiliser plutôt la Miansérine car la Mirtazapine est à risque d'effet confusionnel (36). Du fait des risques de complications, l'ajout d'un hypnotique est à éviter.

En cas de dépression résistante ou de dépression avec caractéristiques mélancoliques, l'hospitalisation en psychiatrie est nécessaire. La dépression avec caractéristiques mélancoliques se caractérise par l'association d'une souffrance morale marquée et d'au moins l'un des deux critères suivants : perte d'intérêt ou de plaisir dans toutes les activités et perte de réaction aux stimuli agréables. Un traitement par IRSNa ou la sismothérapie d'emblée peuvent alors être envisagés (32).

Des réponses à notre questionnaire ont souligné la prise en charge longue de l'EDC chez la personne âgée. En France, les dernières recommandations de 2017 pour les patients adultes comportent des recommandations spécifiques aux sujets âgés qui préconisent un traitement d'au moins un an du fait du risque élevé de rechute ou de récurrence (1). D'après certaines études, les personnes âgées qui ont eu 2 épisodes de dépression devraient probablement poursuivre le traitement antidépresseur pendant 2 ans. Si le patient a eu 3 épisodes de dépression ou plus, il devrait avoir au moins 3 ans d'un traitement antidépresseur ou pourrait éventuellement le recevoir indéfiniment (10).

D'autres facteurs influencent la décision de poursuivre le traitement antidépresseur : les préférences du patient, la gravité du dernier épisode, le nombre de traitements nécessaires pour obtenir une rémission, le nombre d'années entre les épisodes de dépression, le nombre et gravité des effets indésirables du médicament, la présence de facteurs de risque de dépression tels que la chronicité, le handicap lié aux soins médicaux, la multimorbidité et le manque de soutien social (37).

Les approches non médicamenteuses doivent être systématiquement envisagées dans la prise en charge de la dépression du sujet âgé. Elles comprennent les règles hygiéno-diététiques (régime alimentaire équilibré, lutte contre la constipation, sevrage des toxiques, hygiène du sommeil, activité physique adaptée), la correction des facteurs de risque cardiovasculaire, une réévaluation de la pertinence de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses, la correction des déficits sensoriels, la psychoéducation, une prise en charge psychologique adaptée au sujet âgé, la psychothérapie, la remédiation cognitive et la psychomotricité (38). La psychothérapie seule est recommandée aux patients avec une dépression légère à modérée, et associée à un traitement antidépresseur en cas de dépression modérée ou sévère (10).

Les médecins généralistes occupent une position clé dans la détection de la dépression : la majorité est diagnostiquée au niveau primaire et la plupart des antidépresseurs sont prescrits par eux (39).

Cependant en France, il existe peu de recommandations spécifiques en médecine générale sur le diagnostic et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées. Nous proposons ainsi cet algorithme de prise en charge :

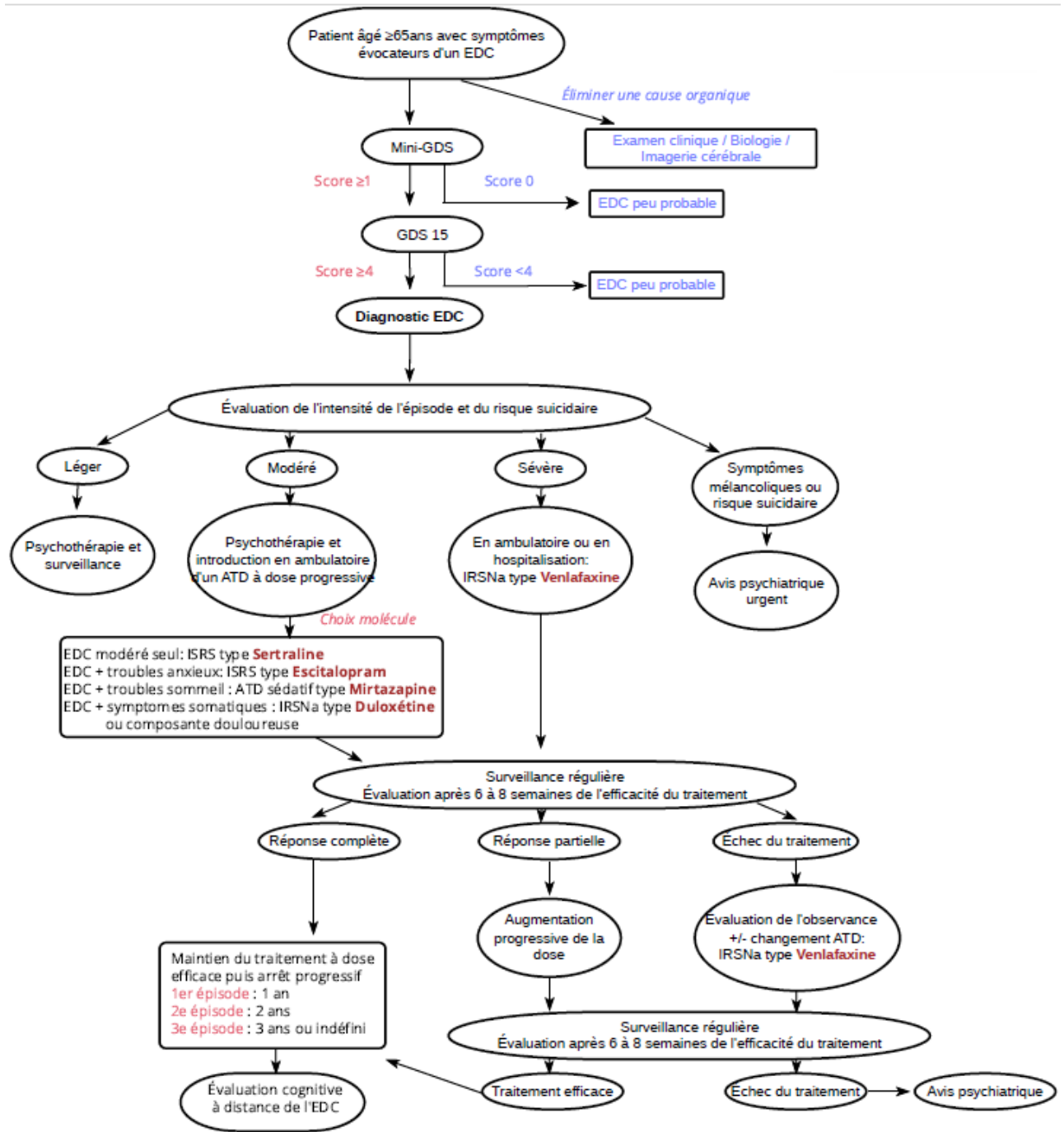


Figure 3. Proposition de prise en charge de l'EDC du sujet âgé

## CONCLUSION

La prévalence importante de l'épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée, ainsi que ses caractéristiques et sa morbidité, en font une problématique de santé publique importante. Le médecin généraliste est fréquemment le premier intervenant sollicité, ce qui fait de lui un acteur majeur de soins pour le dépistage et la prise en charge de cette pathologie.

En soins primaires, il existe peu de travaux s'intéressant au dépistage de l'épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées et à la prescription des antidépresseurs dans cette population.

Dans ce contexte, nous avons réalisé une enquête de pratique en Bourgogne – Franche-Comté sur le dépistage et la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées en médecine générale. Bien qu'aucune différence significative n'ait été montrée, les médecins généralistes ne semblent pas faire de distinction sur l'âge du patient lors du dépistage et de la prise en charge de la dépression.

Plusieurs biais possibles peuvent expliquer qu'aucune différence significative n'ait été retrouvée dans notre étude : le taux faible de répondants (seulement 77 réponses ont été collectées), un possible biais de sélection (les médecins généralistes ayant répondu à notre questionnaire sont majoritairement de jeunes médecins) et un biais de classement (vignettes cliniques probablement peu discriminantes pour le dépistage de l'épisode dépressif caractérisé).

Néanmoins, les médecins généralistes répondants mettent en avant un dépistage de l'épisode dépressif plus difficile dans la population gériatrique du fait des plaintes atypiques caractérisées par la prévalence notable de symptômes somatiques, de douleurs et/ou d'une symptomatologie hypocondriaque. En réponse à ces défis, l'utilisation d'échelles dédiées au dépistage de l'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé doivent être proposées telles que la Geriatric Depression Scale.

Notre étude montre une tendance non significative à moins prescrire de traitement médicamenteux chez la personne âgée pour qui un épisode dépressif caractérisé est dépisté en comparaison à un adulte jeune. Cette différence de volonté de prescription peut expliquer en partie le retard de prise en charge chez les personnes âgées. Un traitement adapté aux comorbidités et à la présentation clinique du patient âgé doit être proposé. D'autres études sur ce sujet pourraient être réalisées afin de dégager des recommandations claires et ainsi améliorer la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée en médecine générale.

Le Président du jury,

Pr. CHAUVET - Olivier



Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 11 MARS 2021  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ



## BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Octobre 2017.
2. Messent P. DSM-5. Clin Child Psychol Psychiatry. Octobre 2013.
3. Institut national de la statistique et des études économiques. Les personnes âgées. 2005.
4. Brinas. Déterminants de la prescription des antidépresseurs chez la personne âgée de 75 ans et plus. 2022.
5. Lleshi V, Bizzozzero T. La dépression du sujet âgé. Revue Médicale Suisse. 9 Septembre 2009.
6. Bonin-Guillaume S, Blin O. Biological treatment of depression in the elderly. Psychol Neuropsychiatr Vieil. Septembre 2004.
7. Frémont P. Clinical aspects of the depression in the elderly. Psychol Neuropsychiatr Vieil. Septembre 2004.
8. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster JP. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. Octobre 2015.
9. Schneider LS, Olin JT. Efficacy of acute treatment for geriatric depression. Int Psychogeriatr. 1995.
10. Kok RM, Reynolds CF. Management of Depression in Older Adults: A Review. JAMA. 23 mai 2017.
11. Bottino CMC, Barcelos-Ferreira R, Ribeiz SRI. Treatment of depression in older adults. Curr Psychiatry Rep. Août 2012.
12. Rey G. Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. Inserm-CépiDc. 2017.
13. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. Br J Psychiatry. Avril 1999.
14. Vandel P. Dépression, suicide chez la personne âgée : modalités de prise en charge. CHU de Besançon.
15. Paille F, Maheut-Bosser A, Hanesse B. Les antidépresseurs dans le traitement de la dépression de la personne âgée. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. Juin 2004.
16. Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. J Am Geriatr Soc. Février 2000.
17. Taylor WD. Depression in the Elderly. Solomon CG, éditeur. N Engl J Med. 25 Sept 2014.

18. Haute Autorité de Santé. Affections psychiatriques de longue durée Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte. Février 2009.
19. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res.* Janvier 2009.
20. Ciesielska N, Sokołowski R, Mazur E, Podhorecka M, Polak-Szabela A, Kędziora-Kornatowska K. Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis. *Psychiatr Pol.* 31 Octobre 2016.
21. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins de patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Mai 2018.
22. Rigaud AS. Troubles psychiques des personnes âgées. EMC Psychiatrie. 2005.
23. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. *J Affect Disord.* Septembre 2010.
24. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Ann Intern Med.* 1 Décembre 2009.
25. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with « reversible dementia »: a controlled study. *Am J Psychiatry.* Novembre 1993.
26. Sáiz-Vázquez O, Gracia-García P, Ubillos-Landa S, Puente-Martínez A, Casado-Yusta S, Olaya B, et al. Depression as a Risk Factor for Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Longitudinal Meta-Analyses. *J Clin Med.* 21 Avril 2021.
27. Nilsson FM, Kessing LV, Bolwig TG. Increased risk of developing Parkinson's disease for patients with major affective disorder: a register study. *Acta Psychiatr Scand.* Novembre 2001.
28. Lin WC, Hu LY, Tsai SJ, Yang AC, Shen CC. Depression and the risk of vascular dementia: a population-based retrospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* Mai 2017.
29. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. American Psychiatric Association. 2010.
30. Patel K, Abdool PS, Rajji TK, Mulsant BH. Pharmacotherapy of major depression in late life: what is the role of new agents? *Expert Opin Pharmacother.* Avril 2017.
31. Lien YHH. Antidepressants and Hyponatremia. *Am J Med.* Janvier 2018.
32. Tayaa S, Berrut G, Seigneurie AS, Hanon C, Lestrade N, Limosin F, et al. [Diagnosis and management of depression in the elderly]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 mars 2020.
33. Zivin K, Kales HC. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. *Drugs Aging.* 2008.

34. Haute Autorité de Santé. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. Décembre 2014.
35. Luthringer R, Muzet M, Zisapel N, Staner L. The effect of prolonged-release melatonin on sleep measures and psychomotor performance in elderly patients with insomnia. *Int Clin Psychopharmacol*. Septembre 2009.
36. Ubogu EE, Katirji B. Mirtazapine-induced serotonin syndrome. *Clin Neuropharmacol*. 2003.
37. Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF, Carpenter D, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Pharmacotherapy of Depressive Disorders in Older Patients. The expert consensus guideline series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med*. Octobre 2001.
38. Collège National des Enseignants en Gériatrie (Masson). Dépression du sujet âgé. Vieillesse. 2010.
39. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. *BJPsych open*. Mars 2016.

## ANNEXES

Intensité de l'épisode dépressif caractérisé	Nombre de symptômes		Retentissement sur le mode de fonctionnement du patient
	CIM-10	DSM-5	
<b>Léger</b>	2 symptômes dépressifs principaux et 2 autres symptômes dépressifs	Peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic	Retentissement léger sur le fonctionnement (perturbé par les symptômes)  Quelques difficultés à poursuivre les activités ordinaires et les activités sociales, mais celles-ci peuvent être réalisées avec un effort supplémentaire
<b>Modéré</b>	2 symptômes dépressifs principaux et 3 à 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est compris entre « léger » et « grave »	Le dysfonctionnement pour les activités se situe entre ceux précisés pour l'épisode léger et l'épisode sévère
<b>Sévère</b>	3 symptômes dépressifs principaux et au moins 4 autres symptômes dépressifs	Le nombre des symptômes est en excès par rapport au nombre nécessaire pour faire le diagnostic	Les symptômes perturbent nettement les activités professionnelles, les activités sociales courantes ou les relations avec les autres : par exemple difficultés considérables voire une incapacité à mener le travail, les activités familiales et sociales

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

Bonjour, \*

Vous êtes :

- Interne en médecine générale effectuant des remplacements en libéral
- Docteur en médecine générale remplaçant non installé
- Docteur en médecine générale installé depuis moins de 10 ans
- Docteur en médecine générale installé depuis plus de 10 ans

Jean est un homme de 78 ans, à la retraite, qui vient vous voir au cabinet avec de multiples plaintes : difficultés d'endormissement avec des réveils nocturnes en sueur, fatigue, perte de poids, anorexie et douleurs gastro-intestinales diffuses paroxystiques.

Dans ses antécédents, on note un diabète et une hypertension traités. Concernant ses antécédents familiaux, on retient un cancer du colon chez son père à l'âge de 65 ans.

Lors de la consultation, il vous confie que depuis quelques mois il mange peu et qu'il ne fait plus d'activités physiques (alors que c'était un grand randonneur). Jean n'arrive pas à savoir depuis quand exactement il présente ses symptômes parce qu'il a du mal à se concentrer ces derniers temps. Sa fatigue et ses douleurs abdominales l'empêchent de sortir de chez lui, il préfère rester à la maison d'espoir que ces symptômes s'améliorent, mais il trouve sa vie vide et cela impacte encore plus son moral.

Jean vous confie qu'il a déjà consulté plusieurs médecins, qu'ils ont déjà fait tout ce qu'ils pouvaient et que désormais il n'avait plus d'espoir que ces symptômes réduisent. Il ne veut pas refaire des examens ou essayer de nouveaux médicaments, qu'il en prend déjà suffisamment. Il ajoute qu'il a déjà vécu sa vie et qu'il ne voit pas l'intérêt de continuer.

Classez les hypothèses diagnostiques suivantes de la plus probable (1) à la moins probable (7) selon vous :

	1	2	3	4	5	6	7
Hémopathie maligne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer du colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles digestifs fonctionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dysthyroïdie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episode dépressif caractérisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Décompensation diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischémie mésentérique chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sur une échelle numérique de 1 à 10, indiquez votre volonté de prescrire un traitement antidépresseur (1 aucune envie, 10 certain de vouloir) à Jean, retraité de 78 ans.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Désormais, vous recevez Jean un homme de 38 ans, ouvrier, qui vient vous voir au cabinet avec de multiples plaintes : difficultés d'endormissement avec des réveils nocturnes en sueur, fatigue, perte de poids, anorexie et douleurs gastro-intestinales diffuses paroxystiques

Dans ses antécédents, on note un diabète et une hypertension traités. Concernant ses antécédents familiaux, on retient un cancer du colon chez son père à l'âge de 65 ans.

Lors de la consultation, il vous confie que depuis quelques mois il mange peu et qu'il ne fait plus d'activités physiques (alors que c'était un grand randonneur). Jean n'arrive pas à savoir depuis quand exactement il présente ses symptômes parce qu'il a du mal à se concentrer ces derniers temps. Sa fatigue et ses douleurs abdominales l'empêchent de sortir de chez lui, il préfère rester à la maison dans l'espoir que ces symptômes s'améliorent, mais il trouve sa vie vide et cela impacte encore plus son moral.

Jean vous confie qu'il a déjà consulté plusieurs médecins, qu'ils ont déjà fait tout ce qu'ils pouvaient et que désormais il n'avait plus d'espoir que ces symptômes réduisent. Il ne veut pas refaire des examens ou essayer de nouveaux médicaments, qu'il en prend déjà suffisamment. Il ajoute qu'il a déjà vécu sa vie et qu'il ne voit pas l'intérêt de continuer.

Classez les hypothèses diagnostiques suivantes de la plus probable à la moins probable selon vous :

	1	2	3	4	5	6	7
Hémopathie maligne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer du colon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles digestifs fonctionnels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dysthyroïdie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Episode dépressif caractérisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Décompensation diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischémie mésentérique chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sur une échelle numérique de 1 à 10, indiquez votre volonté de prescrire un traitement antidépresseur (1 aucune envie, 10 certain de vouloir) au deuxième patient : Jean, ouvrier de 38 ans.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

○    ○    ○    ○    ○    ○    ○    ○    ○    ○

Pouvez-vous exprimer en quelques mots votre ressenti sur le diagnostic et la prise en charge au cabinet de l'épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées ?

Votre réponse

## Annexe 2 . Auto-questionnaire à remplir par les médecins généralistes

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



### ÉTAPE 1 – EXAMEN DU PATIENT

Sauf si spécifié, chaque question ne peut qu'être posée une seule fois.

#### Nom et adresse pour un test de rappel ultérieur

Je vais vous donner un nom et une adresse. Après que je vous les ai dits, je voudrais que vous me les répétiez. Souvenez-vous de cette adresse car je vais vous la redemander dans quelques minutes: Pierre Martin, 42 rue des Acacias, Neuilly. (Faire répéter la phrase jusqu'à 4 fois si nécessaire pour un apprentissage correct.)

#### Orientation temporelle

1. Quelle est la date? (Seulement si exacte)

Correct    Incorrect

#### Test de l'horloge (utiliser une page vierge)

2. Marquez, s'il vous plaît, les nombres pour indiquer les heures sur l'horloge. (espacement correct requis)

3. Marquez les aiguilles pour qu'il soit 11H10.

#### Information

4. Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé récemment aux informations (journaux, télévision)?

(Récemment = dans la semaine passée. Si la réponse est trop générale, comme "guerre" ou "pluie", demandez des détails. Ne coter qu'une réponse précise.)

#### Rappel

5. Quels étaient le nom et l'adresse que je vous ai demandés de retenir?

Pierre

Martin

42

Rue des Acacias

Neuilly

Additionnez les réponses correctes:

Score total:  sur 9

- 9 **Aucune déficience cognitive significative**  
Pas de nécessité d'autres examens
- 5 – 8 **Nécessité d'informations additionnelles**  
Procédez à l'étape 2 du test à la page suivante
- 0 – 4 **Indication d'une détérioration cognitive**  
Conduisez des examens standards

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



## ÉTAPE 2: INFORMATIONS VENANT DE L'INFORMATEUR

Nom de l'informateur: \_\_\_\_\_

Relation entre l'informateur et le patient (parent/ami...): \_\_\_\_\_

Demandez l'informateur:

Par rapport à il y a 5–10 années,

	OUI	NON	Ne sait pas	N/A
1. Est-ce que le patient a plus de difficultés qu'auparavant à se souvenir des choses qui lui sont arrivées récemment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Est-ce qu'il ou elle a des difficultés pour se souvenir des conversations d'il y a quelques jours?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Est-ce qu'il ou elle a plus de difficultés à trouver le bon mot ou a une tendance à remplacer un mot par un autre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Est-ce que le patient est moins capable de gérer son argent ou son budget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que le patient est moins capable de gérer ses médicaments de façon indépendante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que le patient a besoin d'aide supplémentaire pour ses transports (privés ou publics)? (Si le patient a des difficultés seulement causer par des problèmes physique, par exemple mal au jambes, cochez 'non'.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Additionnez les réponses 'NON', 'Ne sait pas' ou 'N/A (non applicable)':

Score total:  sur 6

4 – 6 Aucune déficience cognitive significative  
Pas de nécessité d'autres examens

0 – 3 Indication d'une détérioration cognitive  
Conduisez des examens standards

En cas de renvoi à un spécialiste, mentionnez les scores individuels pour les deux étapes de test GPCOG:

ÉTAPE 1 Examen du patient: \_\_\_ / 9

ÉTAPE 2 Entretien avec l'informateur: \_\_\_ / 6 ou N/A

### Annexe 3. GP-Cog



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		
1. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	Oui	Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	Oui	Non
3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	Oui	Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	Oui	Non
<b>Cotation :</b> Question 1 : oui : 1, non : 0 Question 2 : oui : 1, non : 0 Question 3 : oui : 0, non : 1 Question 4 : oui : 1, non : 0		
<b>Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.</b> <b>Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.</b>		

#### Annexe 4. Mini-GDS

1. Êtes-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

#### Annexe 5. GDS 15

**TITRE DE LA THESE : L'ÂGE EST-IL UN FACTEUR INFLUENCANT LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DE LA  
DEPRESSION EN MEDECINE GENERALE ? ENQUETE DE PRATIQUE EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE**

**AUTEUR : MADAME ANNE-EUGENIE CHAUSSENOT**

**RESUME :**

**INTRODUCTION :** La prévalence importante de l'épisode dépressif caractérisé chez la personne âgée, ainsi que ses caractéristiques et sa morbidité, en font une problématique de santé publique importante. Le médecin généraliste est fréquemment le premier intervenant sollicité, ce qui fait de lui un acteur majeur de soins pour le dépistage et la prise en charge de cette pathologie.

En soins primaires, il existe peu de travaux s'intéressant au dépistage de l'épisode dépressif caractérisé chez les personnes âgées et à la prescription des antidépresseurs dans cette population.

**METHODE :** Etude observationnelle, transversale, descriptive, quantitative, de type enquête de pratique en Bourgogne-Franche-Comté entre septembre et décembre 2023. Rédaction d'un auto-questionnaire comparant 2 vignettes cliniques, diffusé aux médecins généralistes installés et aux internes ayant déjà effectué un remplacement auprès de ces médecins généralistes. Recueil de 77 réponses.

L'analyse porte sur le possible biais de l'âge des patients sur le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé et la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes auprès de leurs patients âgés. Nous avons également exploré leur ressenti sur le diagnostic et la prise en charge de la dépression chez les personnes âgées en médecine générale.

**RESULTATS :** L'épisode dépressif caractérisé a été classé comme probable par 48 médecins (62.3% de l'effectif) chez la personne âgée contre 44 médecins (57.1%) chez l'adulte jeune, néanmoins sans différence significative entre les 2 groupes ( $p=0.43$ ).

43.8% des médecins qui l'ont classé comme probable ont ensuite souhaité instaurer chez la personne âgée un traitement antidépresseur avec une volonté forte contre 47.7% chez l'adulte jeune. Cette différence n'atteint pas le seuil de significativité ( $p=0.70$ ).

**CONCLUSION :** Les médecins généralistes ne semblent pas réaliser de discrimination sur l'âge concernant le dépistage et la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé. Néanmoins, il semblerait que ceux-ci se sentent peu sensibilisés et formés sur cette problématique. L'utilisation d'échelles dédiées au dépistage de l'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé doit être proposée, ainsi que, si nécessaire, un traitement adapté aux comorbidités et à la présentation clinique du patient.

**MOTS-CLES :** Episode dépressif caractérisé, Médecine Générale, personnes âgées