

État des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé chez les médecins généralistes.

Dr PHILIPPE Jessy
Limoges
2 juin 2023



AUCUN CONFLIT D'INTÉRÊT

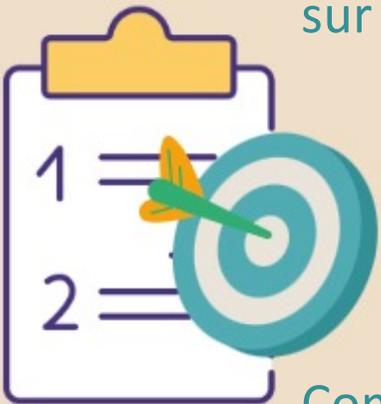


La dépression du sujet âgé est **une priorité de santé publique**,
mais ...



peu d'études sur sa PEC de la part des médecins généralistes

Décrire les connaissances et les pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé,



Comparer le diagnostic et la PEC globale entre les **formés ou non à la psychiatrie** de la personne âgée.

Comparer le diagnostic et la PEC globale entre les **MG et les internes** en D.E.S. de médecine générale.

Méthodologie

Étude transversale



20/09/2020 - 31/12/2020



Médecins généralistes et internes en D.E.S. de MG sur tout le territoire français dont les DOM-TOM

Questionnaire élaboré autour de quatre vignettes cliniques

- 2 formes **typiques** : Dépression caractérisée post-deuil et mélancolique
- 2 formes **atypiques** : Dépression masquée par une plainte somatique et avec troubles cognitifs



49 questions réparties en 5 parties

Diagnostic

Orientation

Attitude thérapeutique

Prise en charge annexe

Caractéristiques des répondants

Méthodologie

Diffusion via Google Form

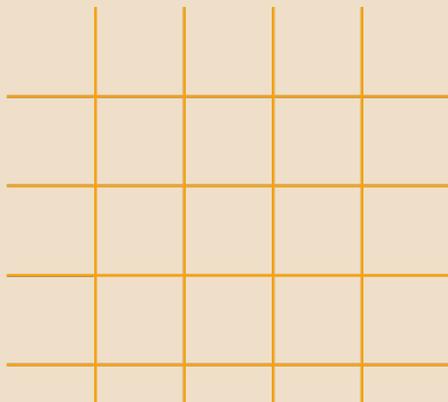


Réseaux sociaux

CDOM

URPS

DUMG de France



1031 réponses

1102 répondants

37: autre spécialité
34: déclarant avoir déjà participé

**1031 (92,2%)
questionnaires analysés**

**793 (76,9%)
médecins**

**238 (23,1%)
internes**



37 ± 12 ans

70,4 % de femmes

**75,4 %
cabinet libéral (> médecins)**

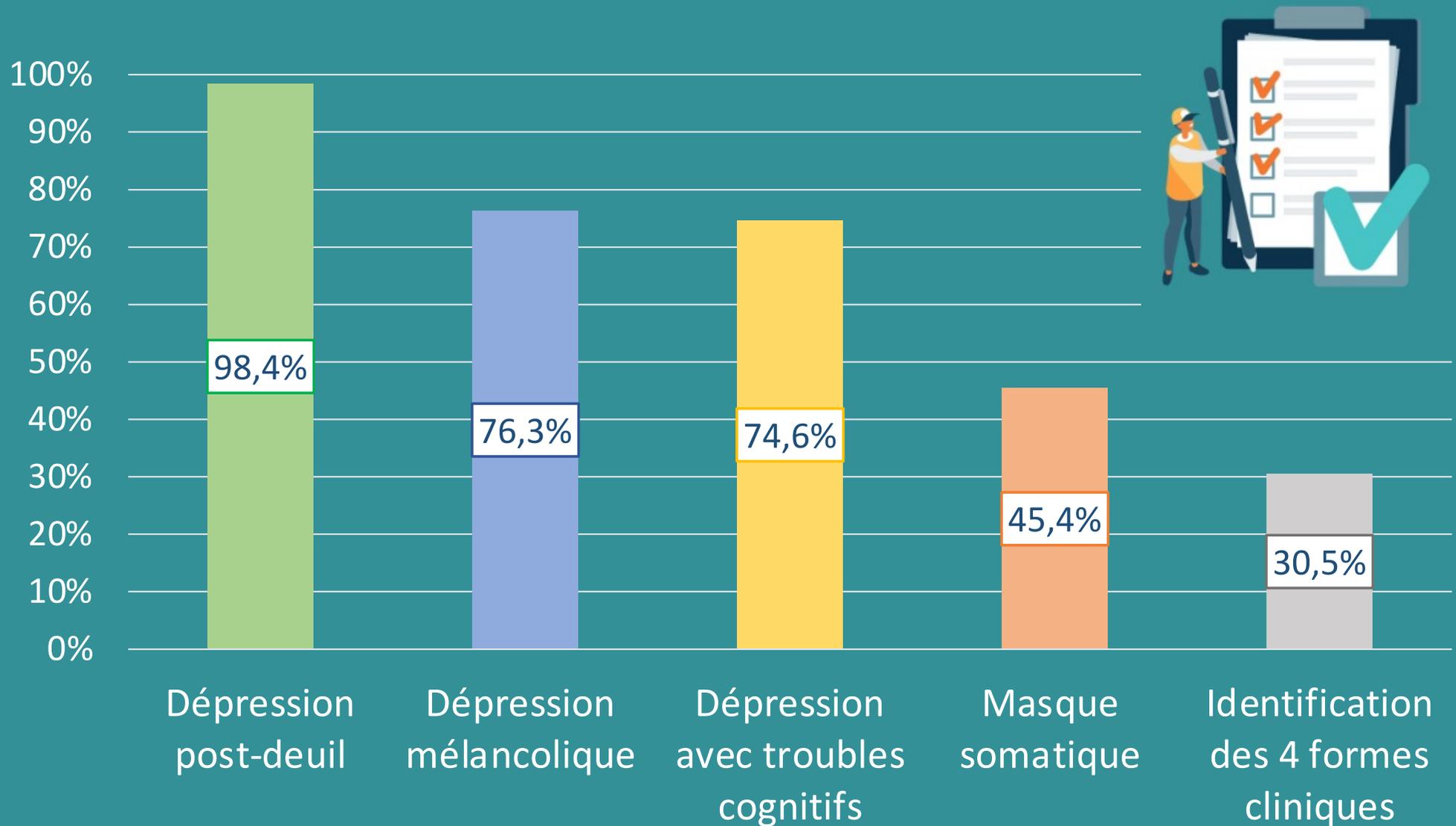
**77,3 %
internes
en phase d'approfondissement**

**46,9 %
ancienneté d'exercice < 5 ans**

**15,4 %
formation en psychiatrie
du sujet âgé**

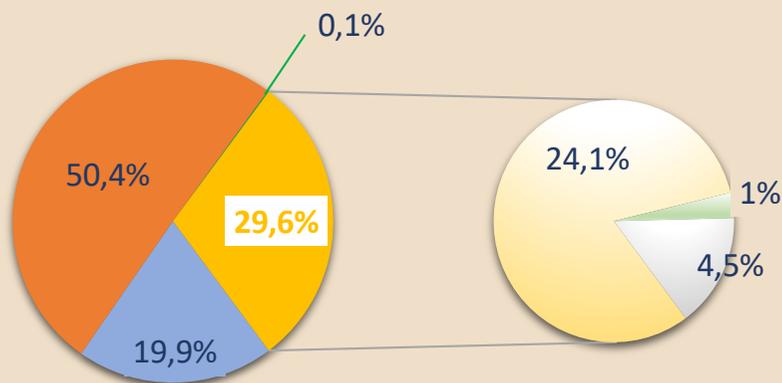
30,5 %

des répondants ont diagnostiqué les 4 formes cliniques

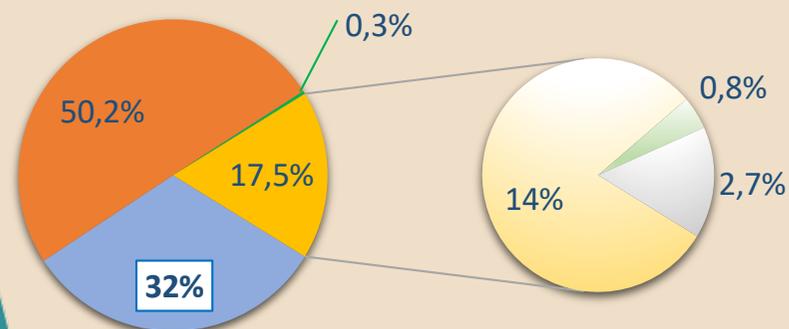


Entre 43,2 % et 50,4 % des répondants avaient associé diagnostic clinique et utilisation d'échelles

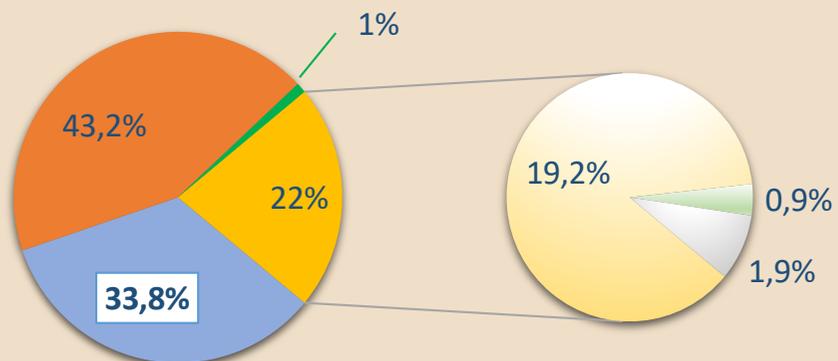
Vignette 1 : Dépression caractérisée post-deuil (n=1015)



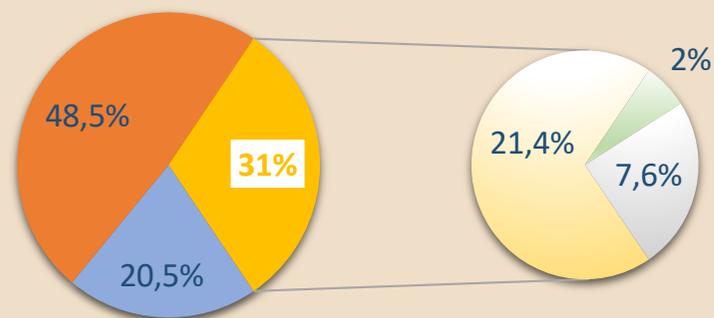
Vignette 3 : Dépression avec troubles cognitifs (n=769)



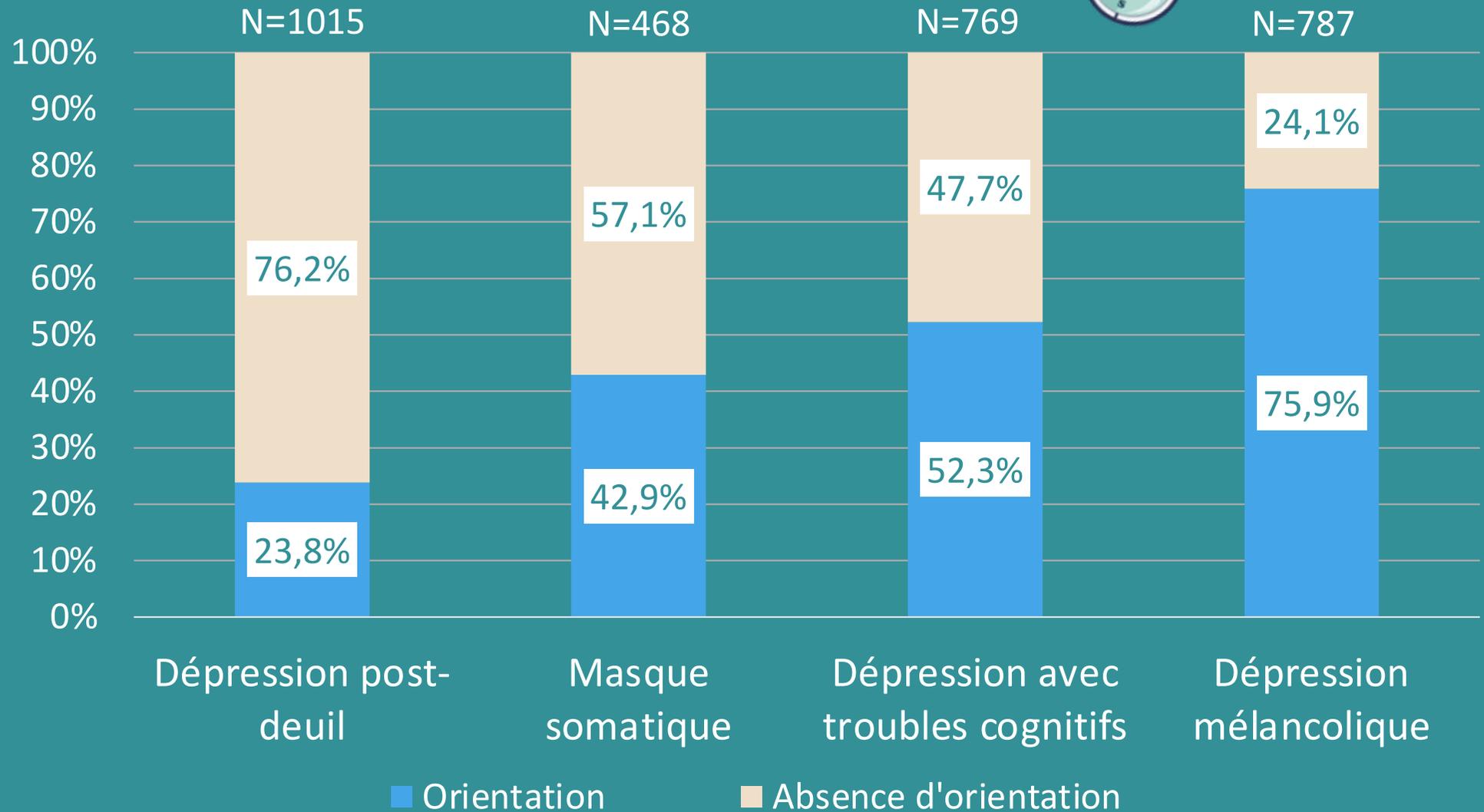
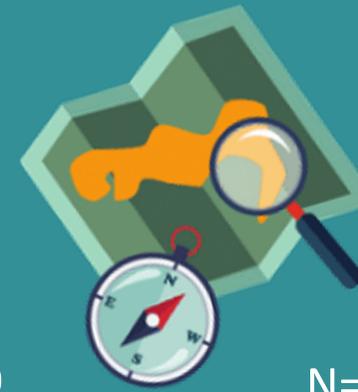
Vignette 2 : Dépression masquée par une plainte somatique (n=468)



Vignette 4 : Dépression mélancolique (n=787)



La dépression mélancolique était le cas le plus orienté



Arguments d'orientation

→ Intérêt de la **PEC conjointe**

(de 43,2% à 51,1% TAF contre 0,5% à 1,9% PDT)

→ Besoin de **complément d'information**

(de 20,5% à 26% TAF contre 3,8% à 6% PDT)



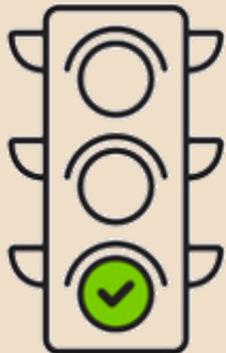
Formes typiques : Dépressions post-deuil et mélancolique

→ **Sévérité** des tableaux

→ **Risque suicidaire**

→ **Complexité** de la dépression mélancolique

Formes atypiques : Dépressions masquée et avec troubles cognitifs



→ **Complexité** des tableaux

→ **Incertitude diagnostique**

Arguments de non-orientation

→ **Difficulté d'accès au(x) spécialiste(s)**

(de 26,3% à 34% TAF contre 9,9% à 16,6% PDT)

→ **Le fait d'être à l'aise dans la PEC**

(de 8,6% à 13,2% TAF contre 2,3% à 4,5% PDT)



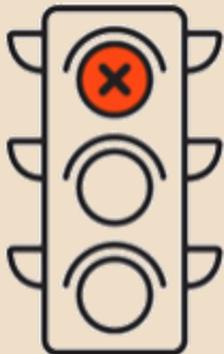
Formes typiques : Dépressions post-deuil et mélancolique

→ **Certitude diagnostique**

→ **Tableau peu complexe de la dépression post-deuil**

Formes atypiques : Dépressions masquée et avec troubles cognitifs

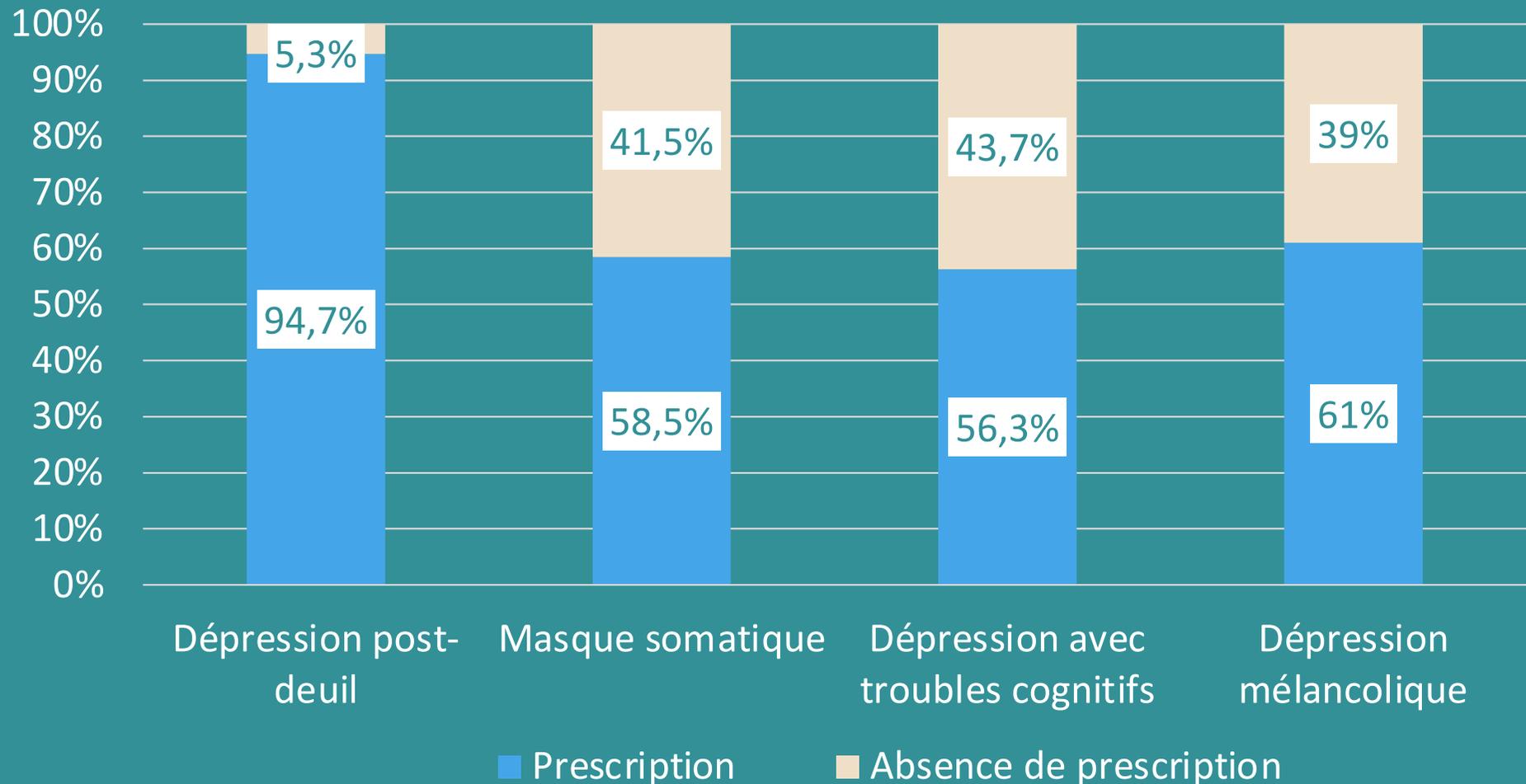
→ **Faible risque suicidaire**





Initiation du traitement

Taux d'orientation des non-prescripteurs > taux des prescripteurs
($p < 0,0001$)



Arguments d'initiation de l'ATD

→ Une prescription initiale relevant de leurs **compétences**

(de 24,3% à 31,4% TAF contre 0,7% à 3% PDT)

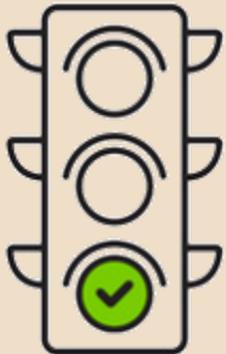
→ **L'efficacité du traitement**

(de 13,6% à 21,7% TAF contre 0,4% à 1,2% PDT)



Formes typiques : Dépressions post-deuil et mélancolique

→ Prévention du risque suicidaire

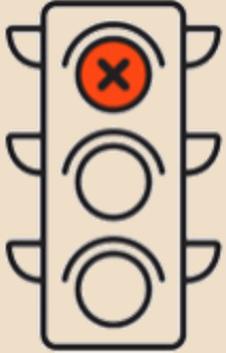


Les arguments les **moins cités**, ne justifiant pas l'initiation de l'ATD

→ La prévention du risque de dépendance

→ La prévention dans l'évolution de l'altération cognitive en cas de MNDG

→ Le faible risque iatrogénique



Arguments de non-initiation de l'ATD

- Le doute diagnostique pour les formes atypiques et la dépression mélancolique
- Le risque iatrogénique
- Le risque suicidaire par levée d'inhibition
(Dépression mélancolique, 18,2% TAF contre 13,7% PDT)



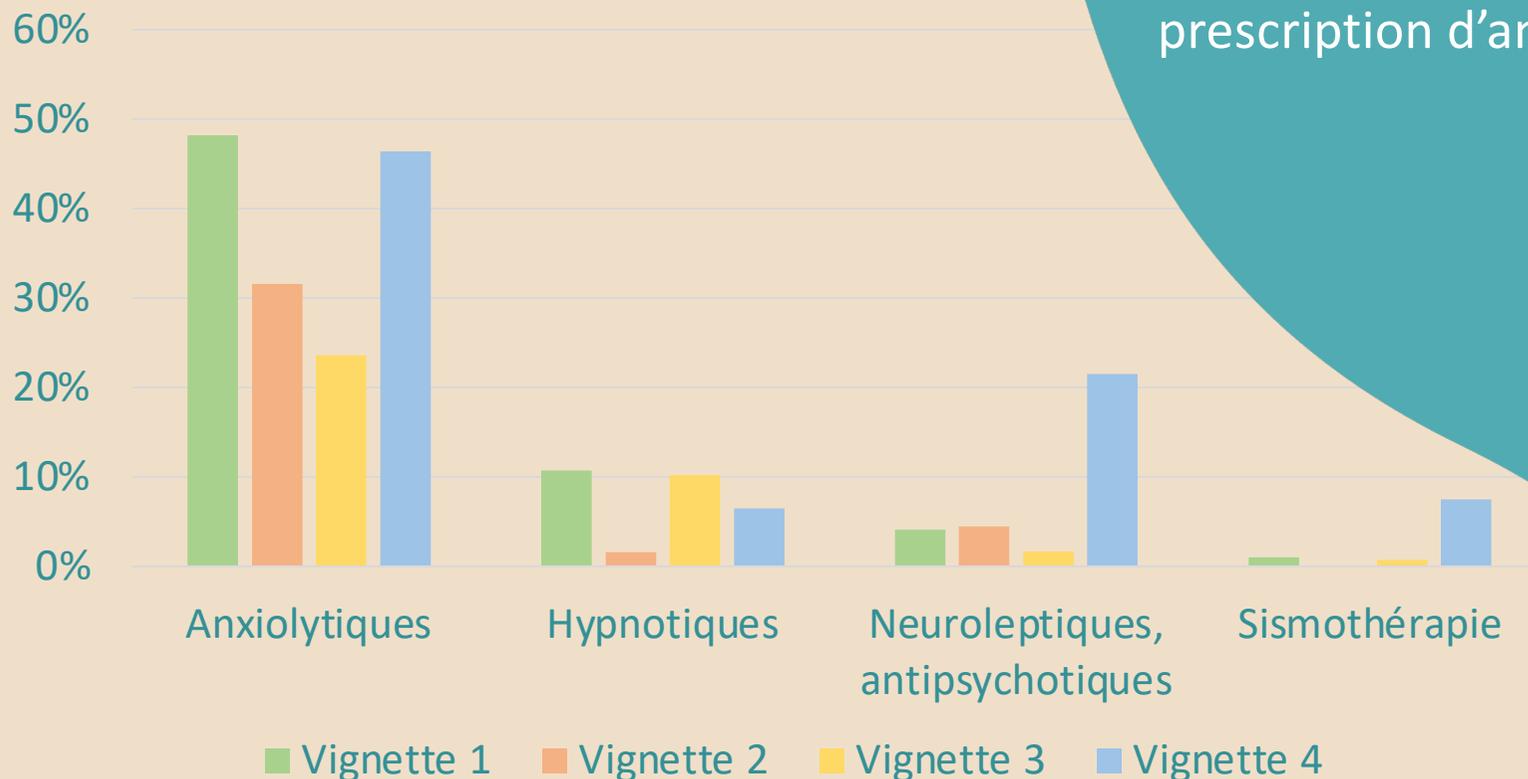
Les anxiolytiques ont été les plus prescrits dans les formes typiques

→ Comparaison de la PEC médicale selon les groupes prescripteurs ou non prescripteurs d'ATD

→ Co-prescription ATD/anxiolytique pour la dépression mélancolique ($p < 0,05$)

→ Peu de répondants ont réalisé une prescription d'anxiolytique seul

Prise en charge médicale



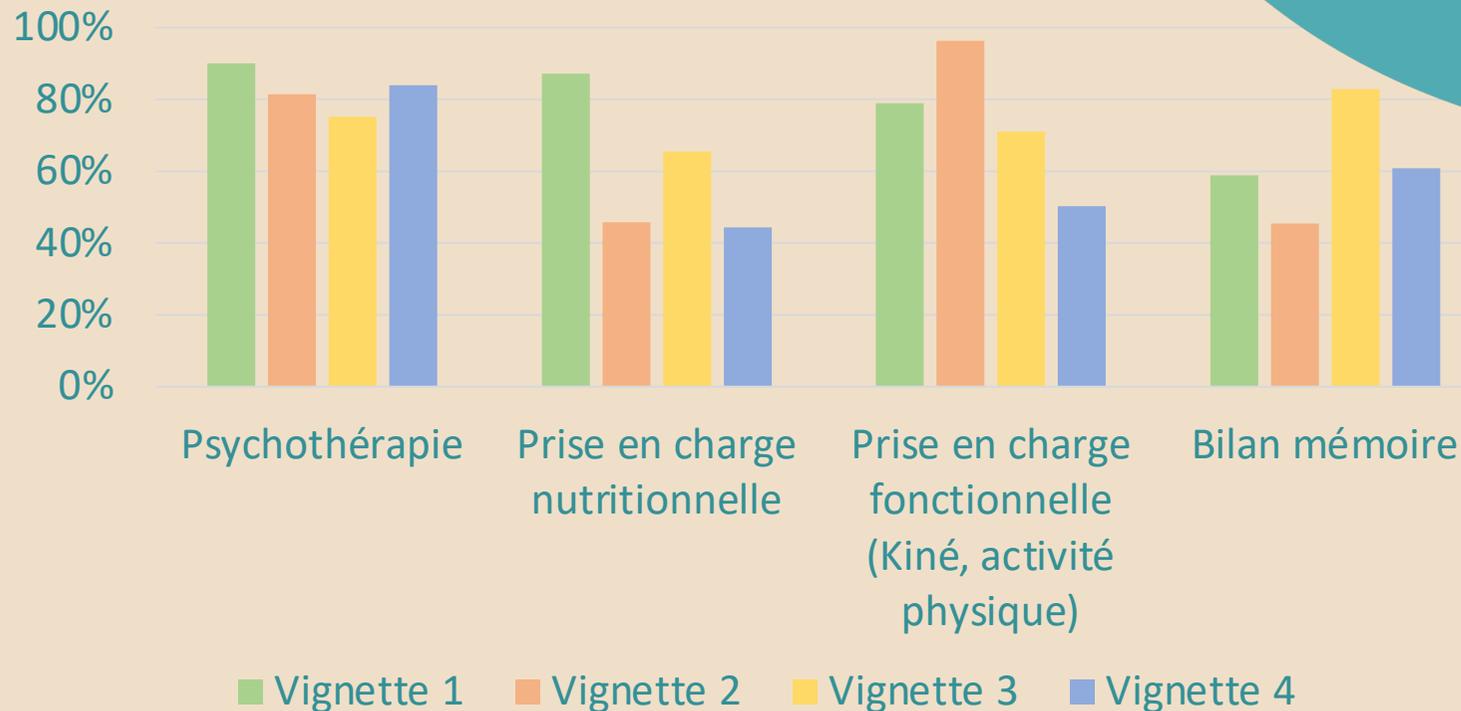
Prescription de la psychothérapie dans plus de ¾ des cas

PEC nutritionnelle
> dépression post-deuil (87,2%)

PEC fonctionnelle
> dépression masquée (96,3%)

Bilan mémoire
> dépression avec troubles cognitifs (82,8%)

Prise en charge paramédicale



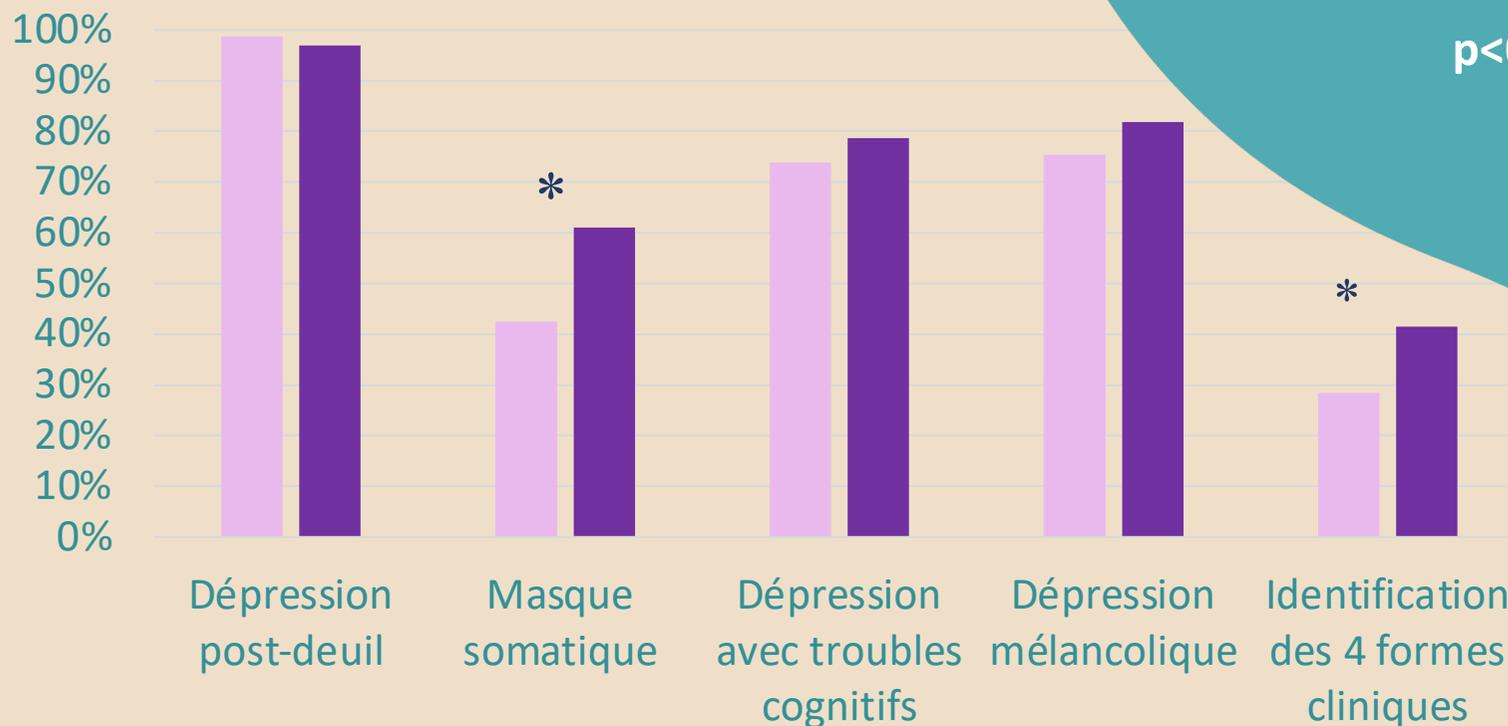
Meilleur repérage des 4 formes de dépression des **formés**

Dépression masquée
61% des formés
contre 42,5% des non-formés
 $p < 0,0001$

formés VS non-formés

41,5% contre 28,4% des non-formés
 $p < 0,001$

82,2 % des non-formés ressentaient besoin
de formation
contre 62,3 % des formés
 $p < 0,05$



* : $p < 0.05$

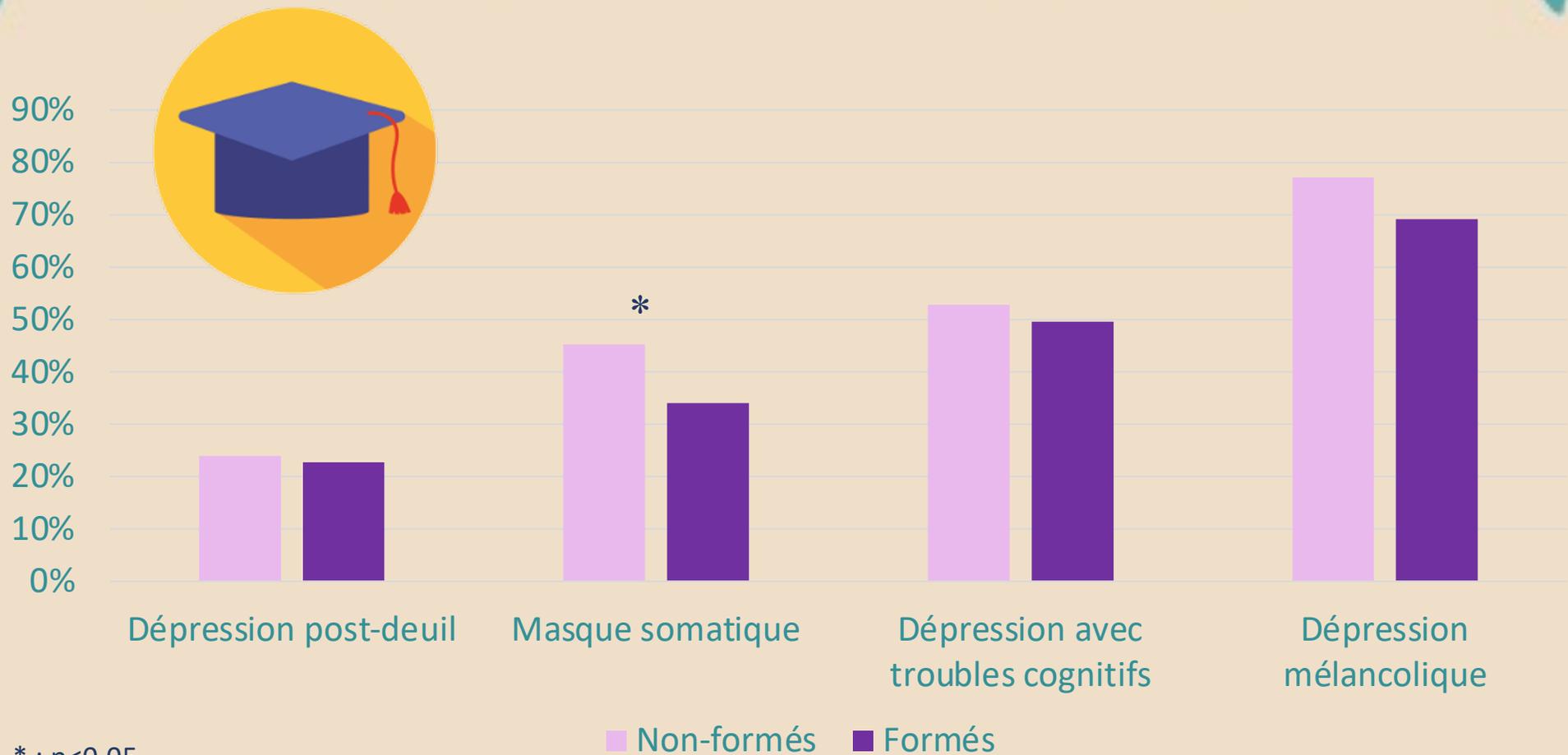
■ Non-formés ■ Formés



Les non-formés orientaient plus que les formés

→ Dépression masquée (45,3% des non-formés contre 34% des formés, $p=0,046$)

→ Les non-formés étaient moins souvent TAF sur la facilité d'identification du spécialiste comme argument d'orientation (TAF 8,5% des non-formés contre TAF 25% des formés, $p=0,02$)



Les formés initiaient plus l'ATD que les non-formés

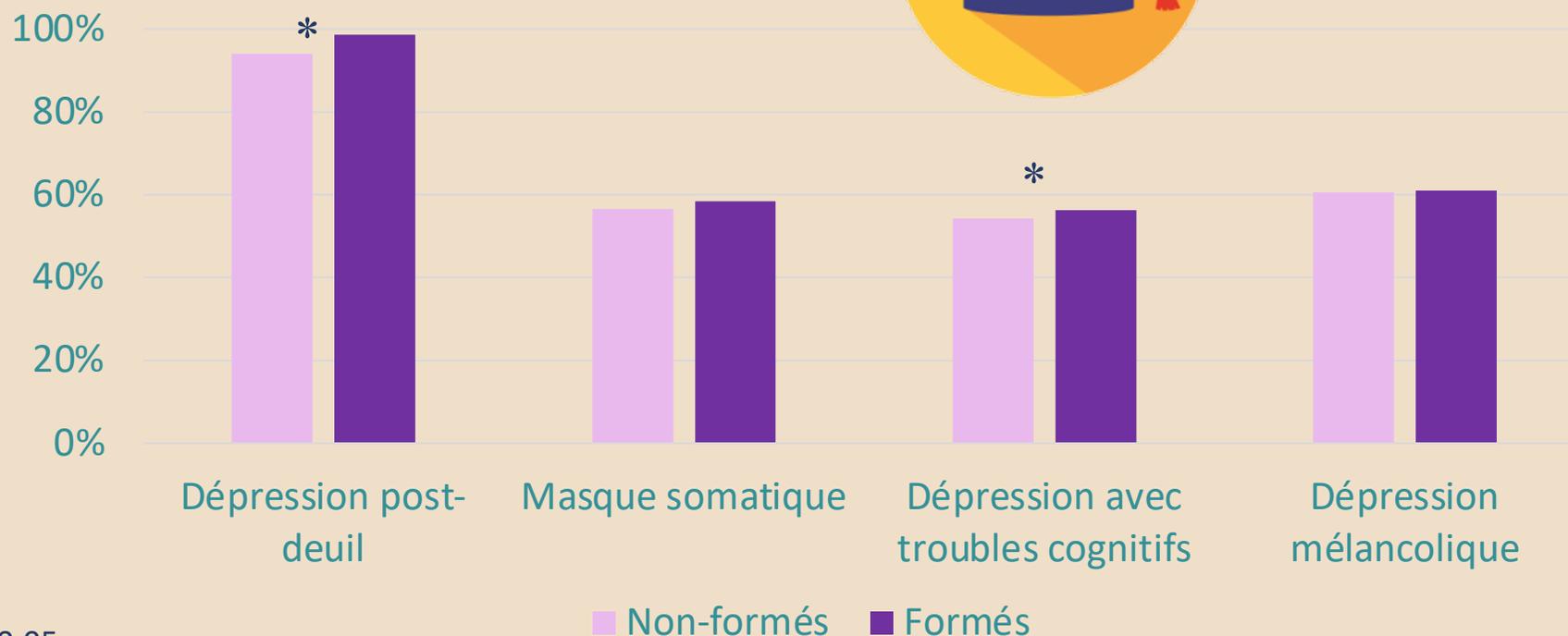
→ Dépression post-deuil

(98,7% des formés contre 94% des non-formés, $p=0,02$)

→ Dépression avec troubles cognitifs

(66,4% des formés contre 54,3% des non-formés, $p=0,01$)

- Prescription relevant de leurs compétences ($p=0,002$)
- Le ralentissement de l'évolution de l'altération cognitive ($p=0,02$)



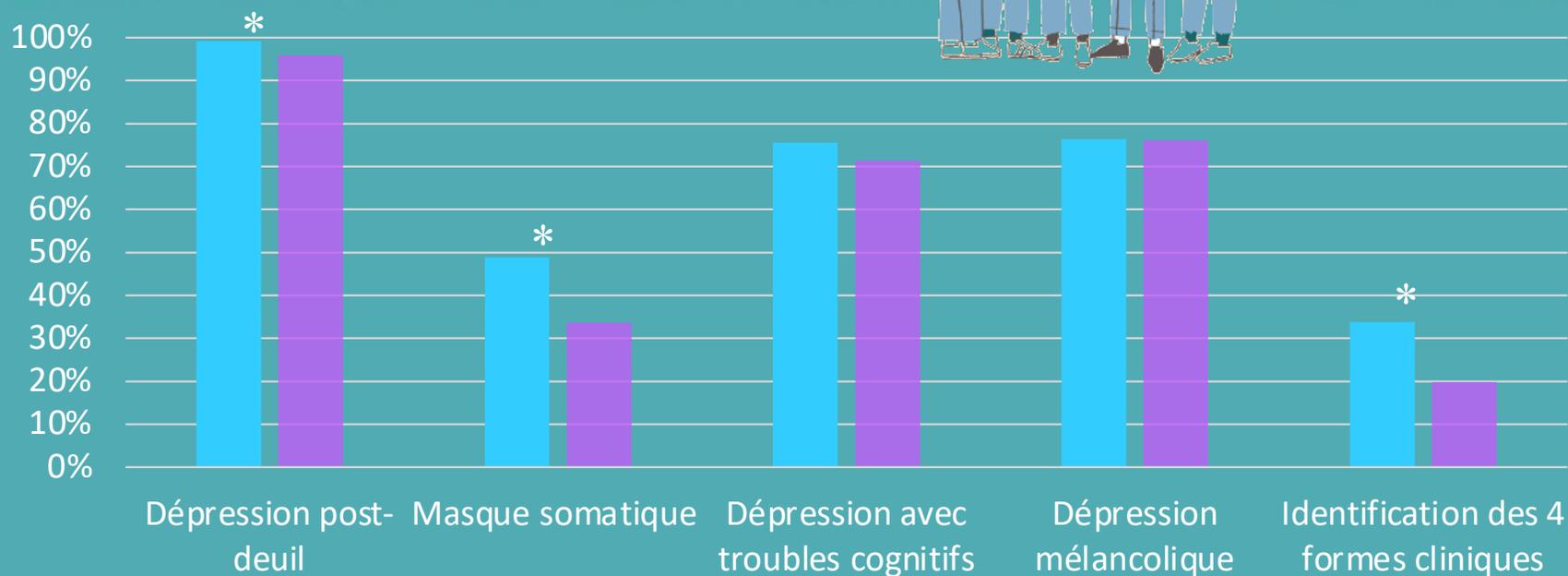
* : $p < 0,05$

Comparaison selon le statut médecin / interne

Meilleur repérage des 4 formes de dépression par les médecins

→ Dépression post-deuil (99,2% contre 95,8% des internes, $p=0,0002$)

→ Dépression masquée (48,9% contre 33,6% des internes, $p<0,0001$)



* : $p<0.05$

■ Médecins ■ Internes

Les médecins initiaient plus l'ATD que les internes

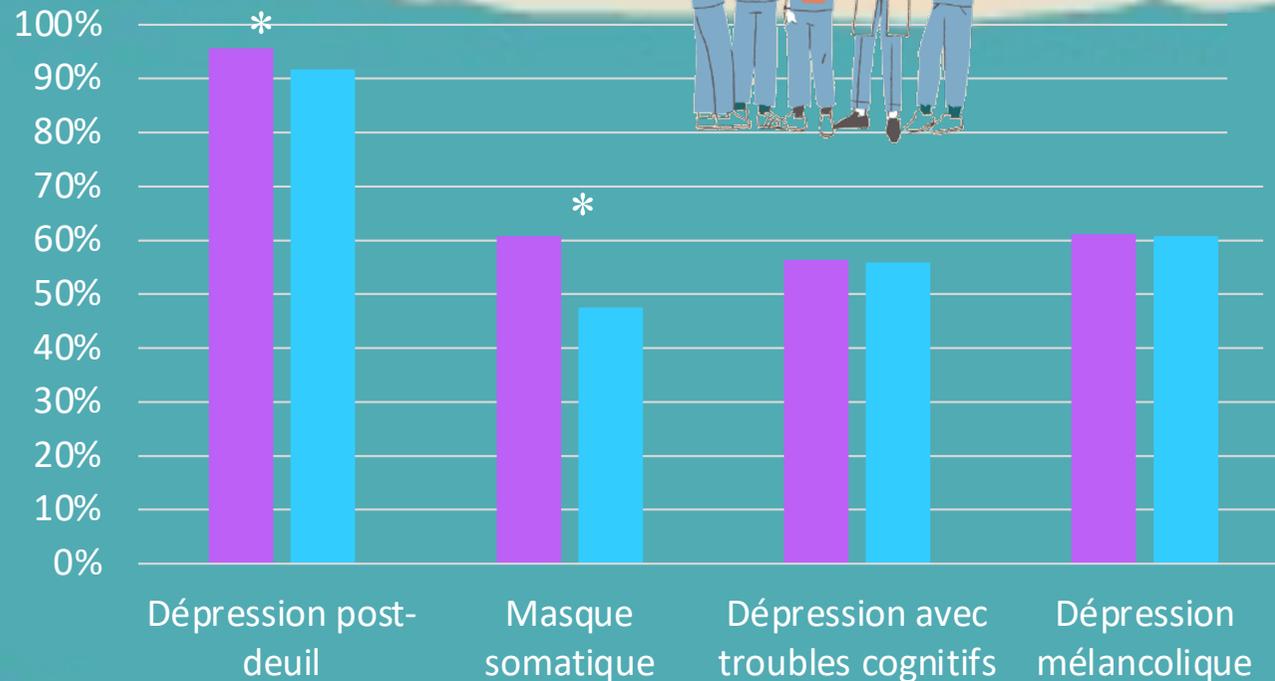
→ Dépression post-deuil

(95,6% des médecins contre 91,7% des internes, $p=0,02$)

→ Dépression masquée

(60,8% des médecins contre 47,5% des internes, $p=0,03$)

- Prescription relevant de leurs compétences ($p=0,01$)
- Les internes étaient + souvent « pas du tout d'accord » vis-à-vis de la prévention du risque de dépendance et sur le ralentissement de l'évolution de l'altération cognitive ($p<0,00001$)



Internes : besoin de formation



94,5%

contre 74,5% des médecins

$p<0,05$

Médecins

<5 ans d'exercice

83,9%

$p<0,05$

* : $p<0.05$

■ Médecins ■ Internes

Faible capacité des MG à repérer les 4 formes de dépression (1/3 de « super-diagnostiqueurs »)

Taux amélioré par la formation en psychiatrie du SA mais non optimal

→ Recours aux échelles de dépression important

- Meilleure connaissance et utilisation probables
- si formation antérieure
- Ou si doute diagnostique chez les + jeunes

→ Volonté d'adressage pour avis, bilan complémentaire et PEC conjointe

- Orientation des formes atypiques

→ Principal frein à l'orientation : difficultés d'accès aux spécialistes

- Meilleure connaissance du réseau des répondants formés



→ Les MG étaient soucieux du rôle de l'ATD dans la prévention du risque suicidaire

- Les MG semblent sensibiliser aux facteurs de risque suicidaire (dépression post-deuil)

→ Prescription d'ATD moins franche pour les formes atypiques et dépression mélancolique

- Doute diagnostique / Risque iatrogénique / levée d'inhibition du RS

→ Peu de notions du rôle de l'ATD dans le ralentissement de l'évolution de l'altération cognitive par les non-formés

→ Co-prescription ATD/anxiolytique, forme sévère

→ Prescription isolée de BZD peu réalisée

→ Manque de formation des internes



→ Première étude nationale à s'intéresser à la dépression de la **personne âgée**

- Méthodologie peu utilisée

→ Réflexion sur des vignettes cliniques

→ Échantillon important

- Participation de **95** départements
- Renforcement de la **validité externe** de l'étude
- **Comparaisons** entre sous-groupes

→ **Originale** : thèse exercice avec 2 autres spécialités sur une même pathologie considérée comme un **enjeu majeur de Santé Publique**



Forces et limites



Mais ...

- *Biais de sélection* (recrutement/volontariat)
- *Biais d'information* (anonymat)
- Questionnaire : *biais de déclaration*, de *désirabilité sociale* possibles

Cette étude a mis en évidence :

- Problèmes diagnostiques
- Difficulté d'accès aux spécialistes toujours présente
- Coordination entre MG et spécialistes de santé mentale à renforcer
- PEC thérapeutique à améliorer



→ Importance de la **jeune surspécialité de la psychiatrie du sujet âgé** reconnue
sein de la psychiatrie

→ Continuer d'**informer** le grand public et les professionnels de santé sur les particularités de la dépression du sujet âgé et sur le risque suicidaire majoré

Merci de votre attention



Place aux questions