

4ème congrès de la SF3PA

Etat des lieux national sur le diagnostic et la prise en charge globale de la dépression du sujet âgé par les gériatres

Limoges le 2 juin 2023

Dr DIDIER Raphaël

4^e Congrès

Société Francophone de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée



SF3PA

15 et 16 septembre 2022 - LIMOGES

www.sf3pa-congres.com



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

- ▶ Aucun conflit d'intérêt en rapport avec cette communication.

Méthode:

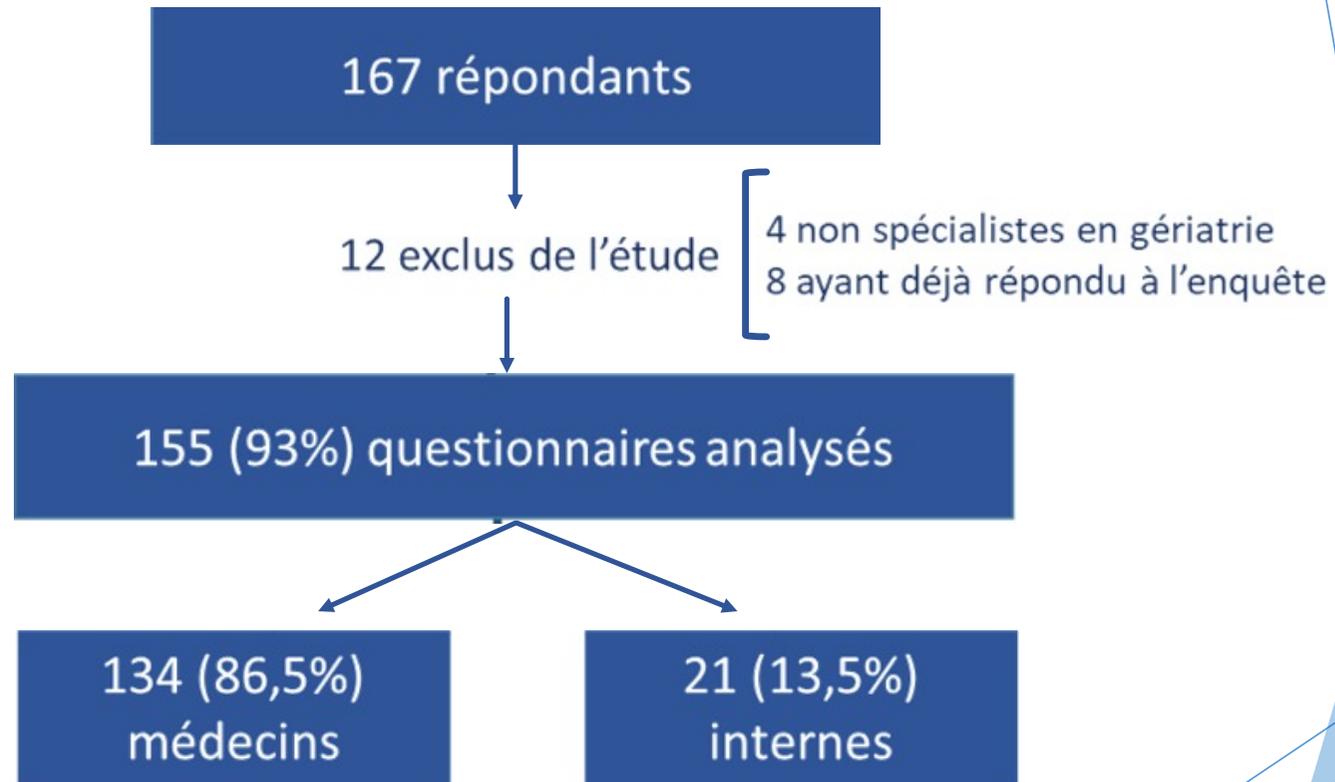
- ▶ **Diffusion du 20.09.2020 au 31.12.2020:**

Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (**SFGG**)

Association des Jeunes Gériatres (**AJG**)

Association Nationale des Internes de Gériatrie (**ANIG**)

Résultats:



Résultats

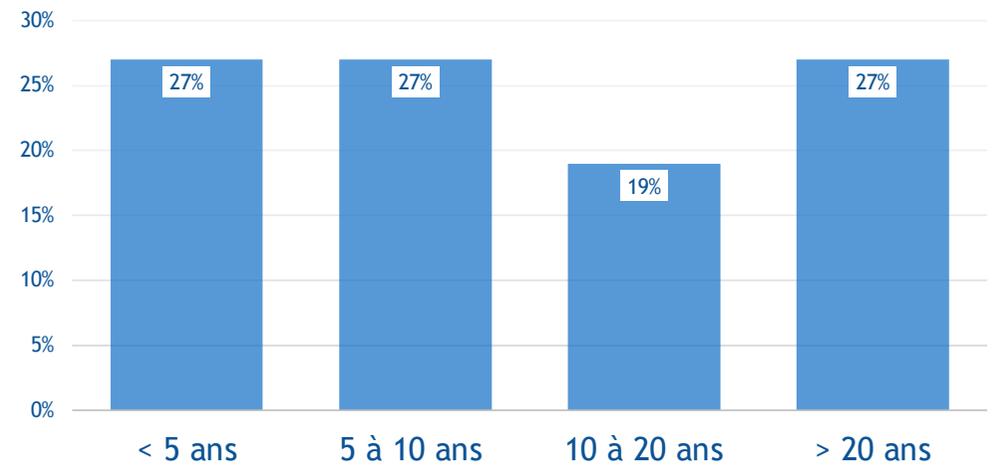
Les répondants étaient majoritairement des **femmes (69%)**,
Age moyen de $40,3 \pm 12,3$ ans (Min 25, Max 70, Médiane 35 ans)

Activité hospitalière seule => 86,5% (n=134)

Seulement 13% d'internes.

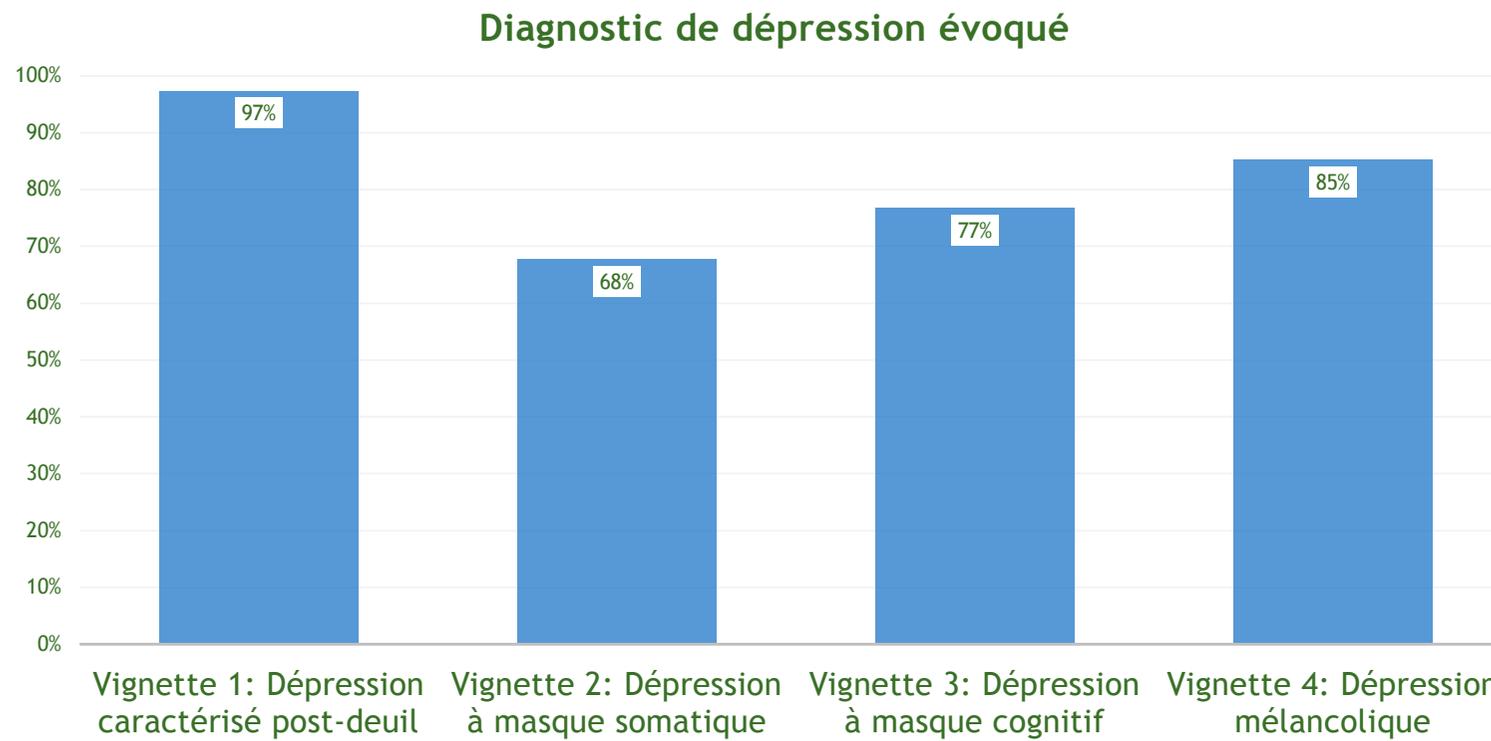
- ▶ Formation en psychiatrie: 52,9% des répondants.
- ▶ Besoin ressenti d'une formation:
 - 72% des formés en ressentait toujours le besoin
 - 85% des non formés

ANCIENNETÉ DES GÉRIATRES



Résultats:

Variation en fonction de la présentation clinique.

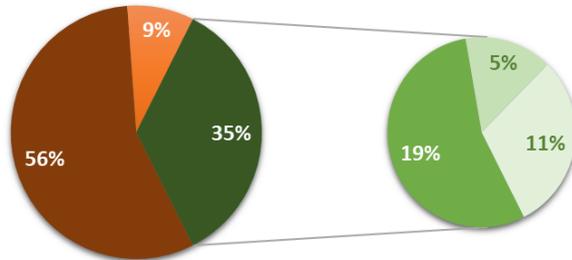


Résultats:

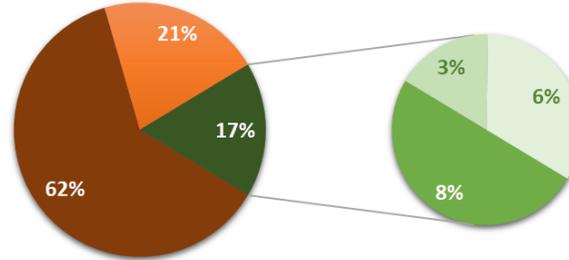
Près de 2/3 des gériatres utilisent des échelles.

Modalité du diagnostic

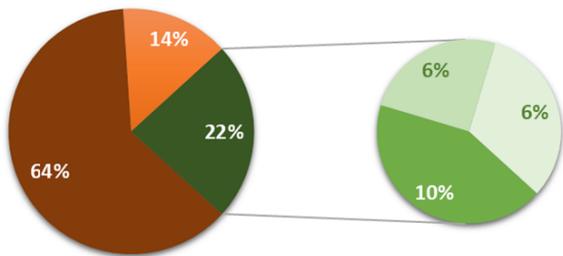
V1: Dépression caractérisé post-deuil



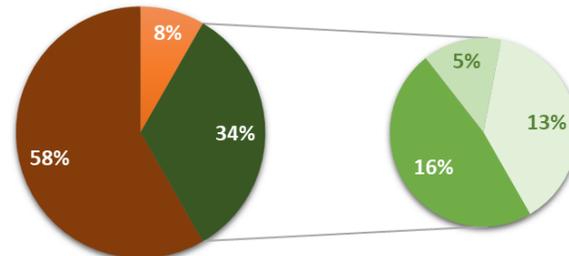
V2: Dépression à masque somatique



V3: Dépression avec trouble cognitif



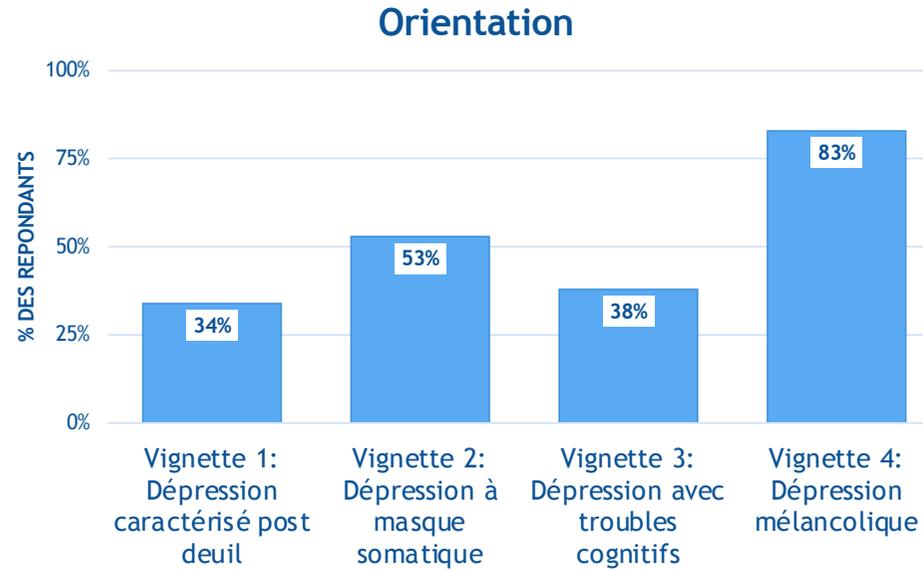
V4: Dépression mélancolique



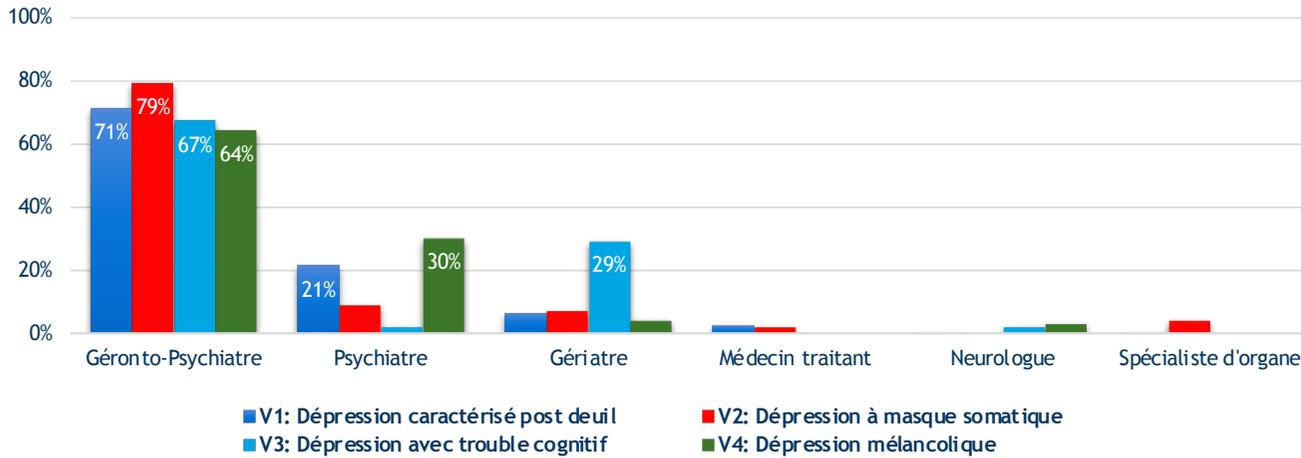
- Diagnostic clinique + Echelles
- Echelle seule
- Sans Echelle
- DSM V / CIM 10 seul
- Clinique + DSM V / CIM 10
- Clinique seule

Résultats: Orientation

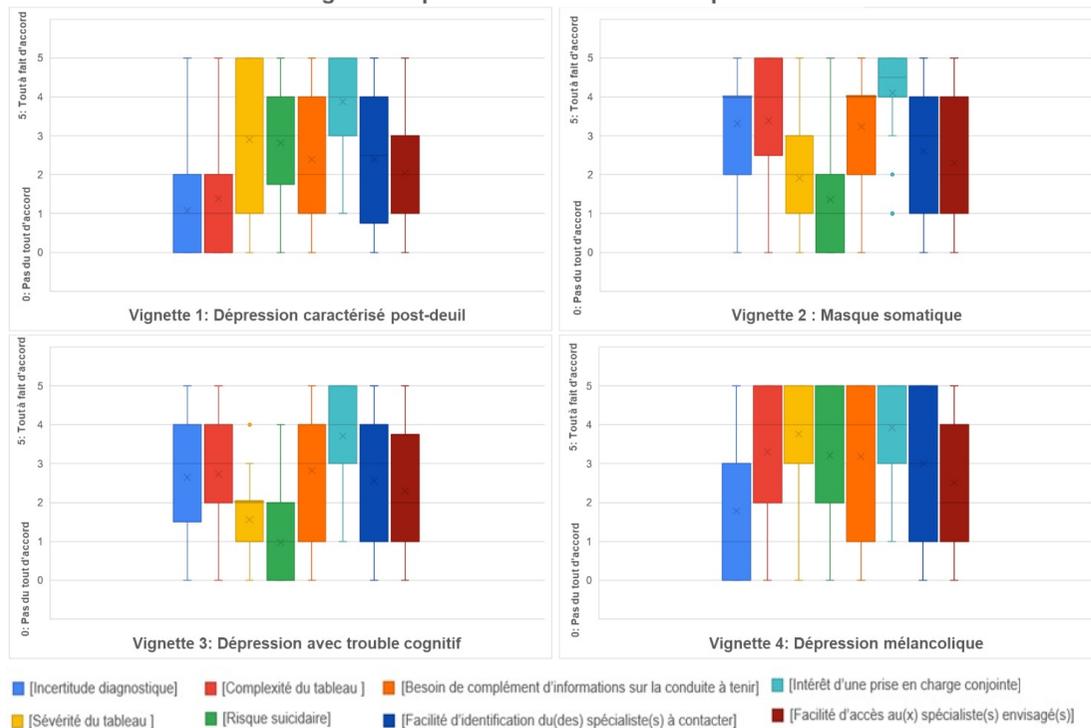
Variation en fonction du masque clinique de la dépression



Choix du spécialiste

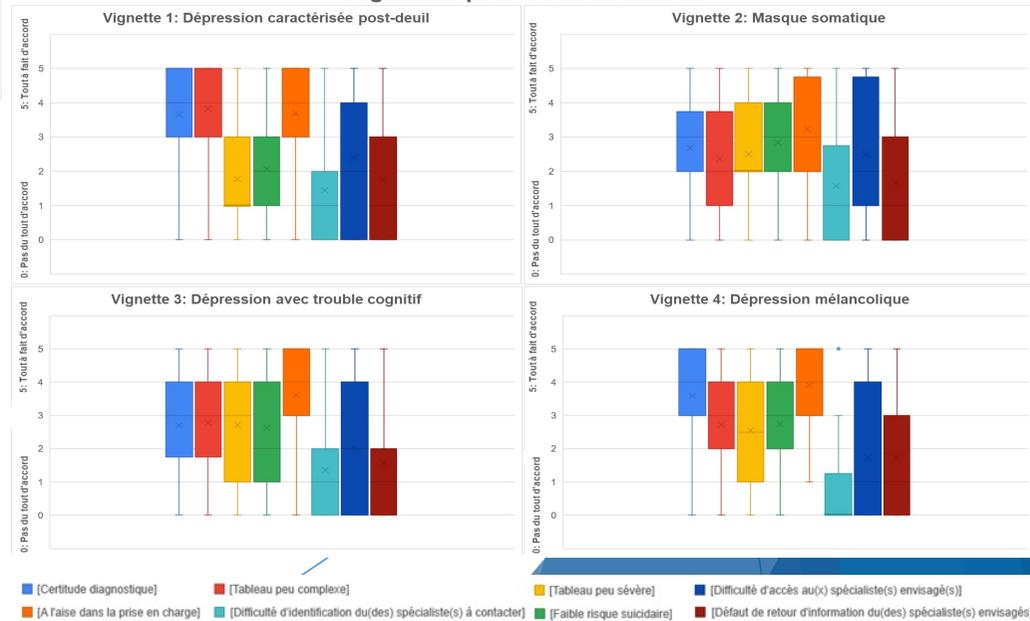


Arguments pour l'orientation vers un spécialiste



La raison apparaissant comme la plus importante pour l'orientation vers un spécialiste était l'intérêt d'une prise en charge conjointe.

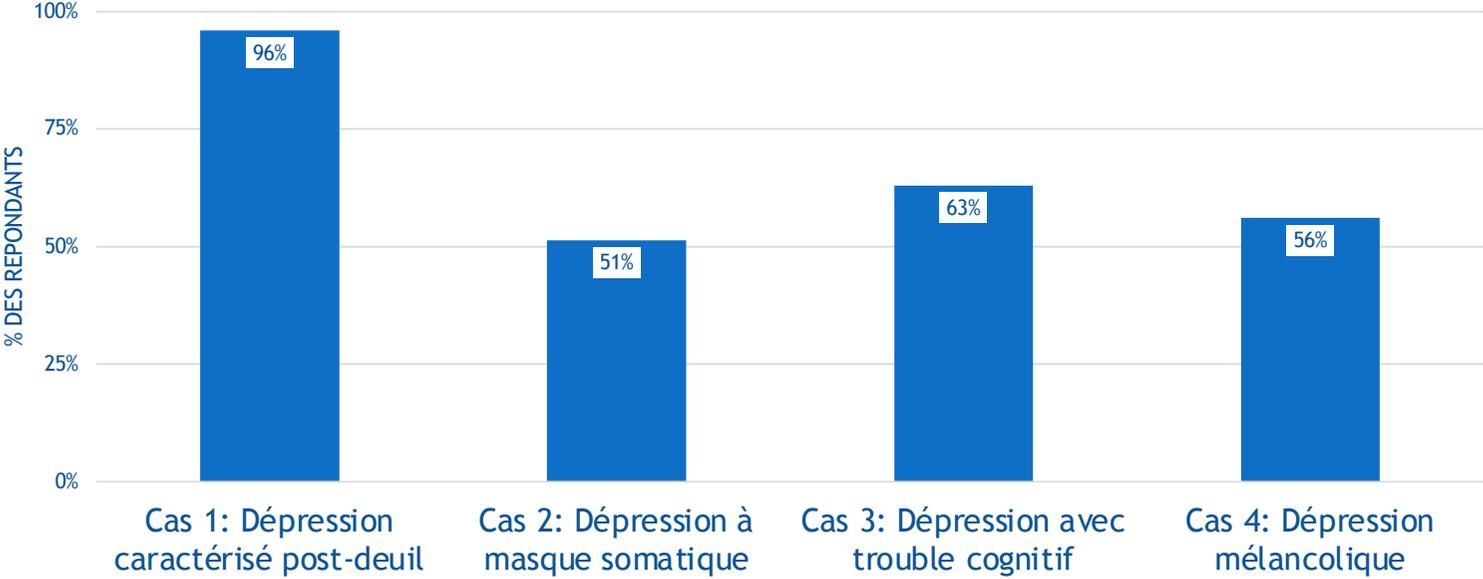
Arguments pour la non orientation



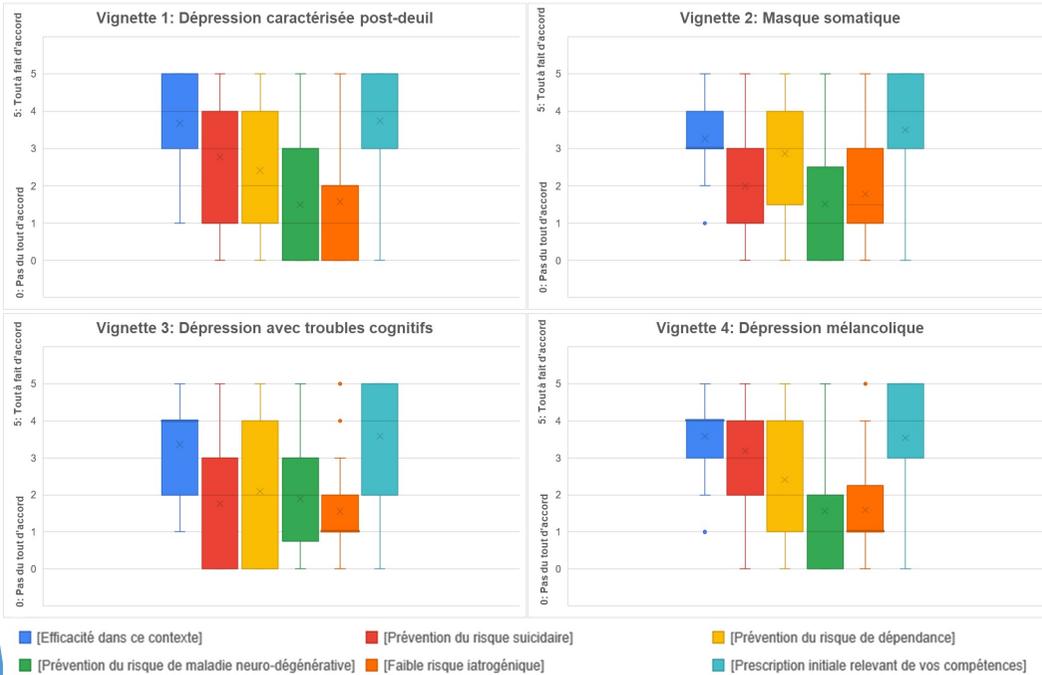
L'argument revenant le plus pour justifier la non-orientation vers un spécialiste était le fait de se sentir à l'aise dans la prise en charge.

Résultats:

Prescription d'antidépresseur

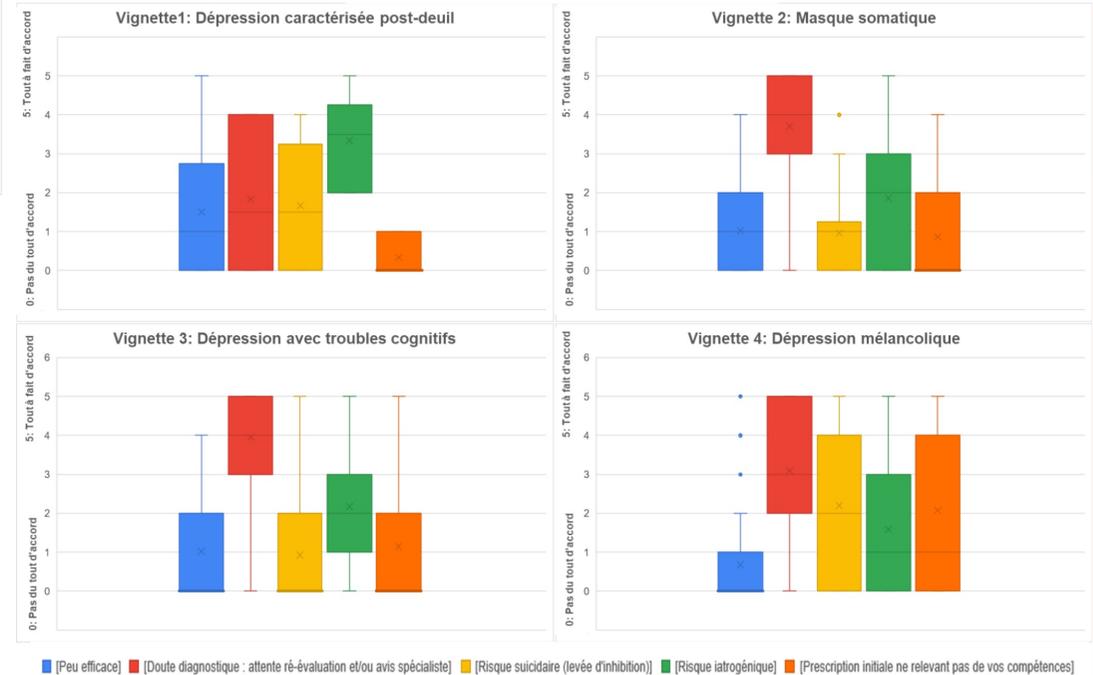


Arguments pour la prescription



L'argument ressortant le plus pour les quatre vignettes ($p < 0,05$) était le fait que cette prescription relevait de la compétence des répondants

Arguments pour la non prescription



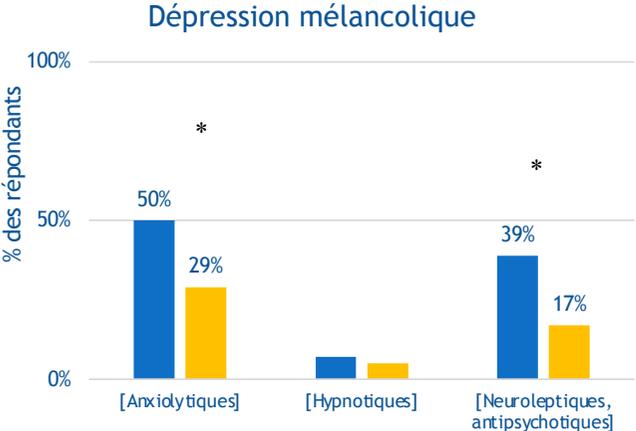
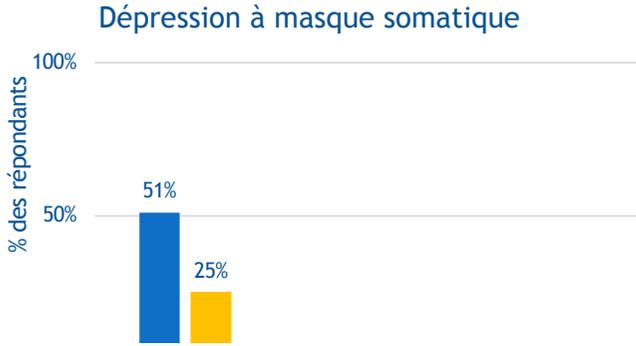
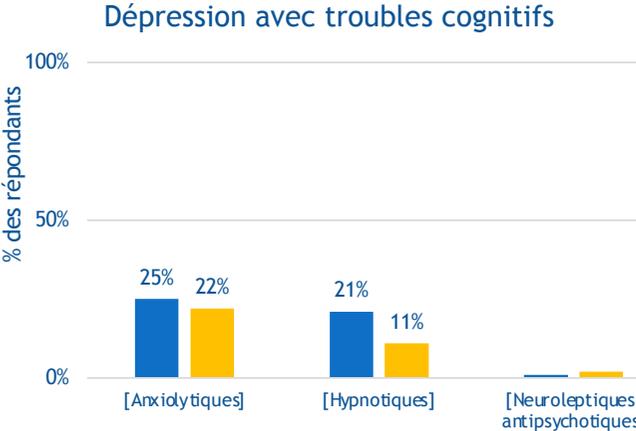
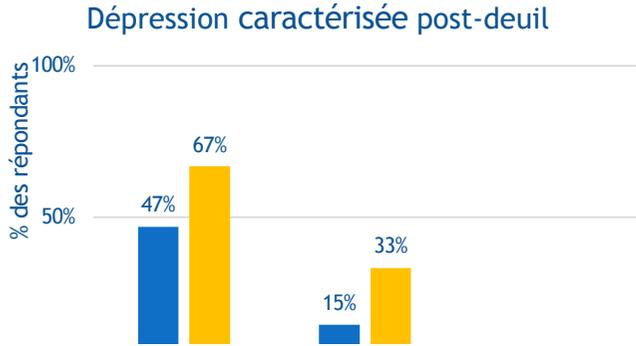
L'arguments revenant le plus ($p < 0,05$) pour justifier la non initiation d'un traitement anti-dépresseur était le doute diagnostique.

Résultats: Analyse

L'orientation vers un spécialiste était associée à une moindre initiation d'antidépresseur ($p < 0,05$).

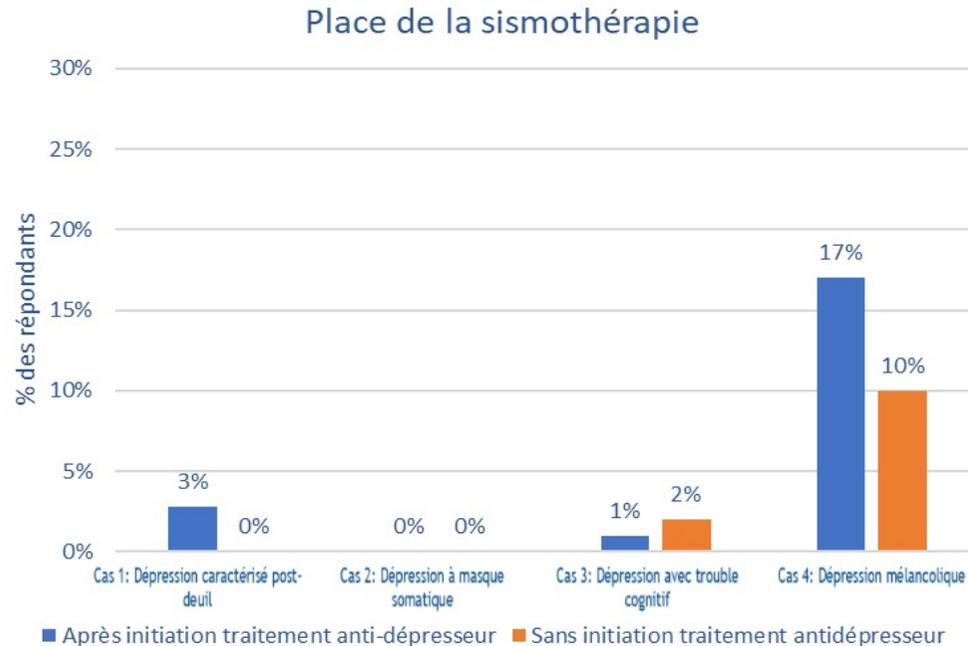
Dépression caractérisée post deuil	Pas d'orientation n=99	Orientation n=52	p value
Initiation antidépresseur (%)			
Non	3 (3%)	3 (5,8%)	p > 0,05
Oui	96 (97%)	49 (94,2%)	
Masque somatique	Pas d'orientation n=48	Orientation n=57	
Initiation antidépresseur (%)			
Non	18 (37,5%)	33 (57,9%)	p < 0,05
Oui	30 (62,5%)	24 (42,1%)	
Dépression avec trouble cognitif	Pas d'orientation n=74	Orientation n=45	
Initiation antidépresseur (%)			
Non	16 (21,6%)	28 (62,2%)	p < 0,01
Oui	58 (79,4%)	17 (38,8%)	
Dépression mélancolique	Pas d'orientation n=22	Orientation n=110	
Initiation antidépresseur (%)			
Non	3 (14,3%)	55 (50%)	p < 0,05
Oui	19 (85,7%)	55 (50%)	

Résultats: Autres thérapeutiques



■ Après initiation traitement antidépresseur ■ Sans initiation traitement antidépresseur

Résultats: Autre thérapeutique



- ▶ L'importance d'une prise en charge sociale était admise quel que soit la présentation clinique avec plus de 80% des répondants en initiant une.
- ▶ L'importance d'une prise en charge nutritionnelle et d'une prise en charge fonctionnelle était prise en compte par plus de deux répondants sur trois pour chacune des vignettes.

Résultats: Impact de la formation

- ▶ Chez les gériatres déclarant avoir reçu une formation en psychiatrie de la personne âgée, il n'y avait **pas de différence significative avec le groupe des non formés** concernant:
 - ▶ le **diagnostic** de dépression
 - ▶ l'**initiation** d'un traitement anti-dépresseur
 - ▶ l'**orientation** vers un spécialiste

Résultats:

Dépression caractérisée post-deuil

- ▶ Orientation vers un spécialiste: les médecins n'ayant pas eu de formation avaient davantage de difficulté ($p=0,019$) à accéder au(x) spécialiste(s) => **38,5 % vs 7,7%**

Dépression avec masque somatique

- ▶ En l'absence d'orientation, les médecins non formés étaient plus nombreux à estimer que le risque suicidaire était faible ($p=0,02$) comparativement au médecin formé: **36,8% vs 6,9%** .
- ▶ En cas d'initiation d'un traitement antidépresseur, les formés initiaient d'avantage ($p=0,009$): **64,2% vs 36,7%**.

Résultats

Dépression avec troubles cognitifs

- ▶ En l'absence d'orientation vers un spécialiste les médecins formés étaient plus nombreux ($p=0,030$) à ne pas être d'accord avec le fait que l'identification du spécialiste soit difficile: **55,3% vs 27,8%**.

Dépression mélancolique

- ▶ Les gériatres formés orientaient vers un gérontopsychiatre de façon plus importante ($p=0,049$): **72,9% vs 52,9%**

Résultat:

Médecin ayant évoqué une dépression dans les 4 vignettes	53% (n=83)	p
Nombre ayant eu une formation :	56% (n=46)	
Nombre ressentant un besoin de formation :	76% (n=63)	
Ancienneté		
Internes	10 (47%)	
Moins de 5 ans	17 (46%)	
5 - 10 ans	15 (43%)	
10 – 20 ans	18 (67%)	0.01
Plus de 20 ans	23 (68%)	
Lieu d'exercice :		
Etablissement de santé hospitalier		76
Autres		7

Résultats:

Impact ancienneté

DMS: Ancienneté	< 10 ans n=(44)	> 10 ans n=(48)	p value
Prescription antidépresseur (%)			p = 0,013
Non	25 (56,8%)	15 (31,3%)	
Oui	19 (43,2%)	33 (68,8%)	
DATC: Ancienneté	< 10 ans n=(50)	> 10 ans n=(51)	p value
Prescription antidépresseur (%)			p = 0,02
Non	26 (52%)	14 (27,5%)	
Oui	24 (48%)	37 (72,5%)	
DM: Ancienneté	< 10 ans n=(59)	> 10 ans n=(57)	p value
Prescription antidépresseur (%)			p = 0,014
Non	33 (55,9%)	18 (31,6%)	
Oui	26 (44,1%)	39 (68,4%)	

Ancienneté	Moins de 10 ans n=73	Plus de 10 ans n=61	p value
V2: DMS Diag de dépression (%)			p = 0,036
Non	29 (39,7%)	13 (21,3%)	
Oui	44 (60,3%)	48 (78,7%)	
Ancienneté	Moins de 10 ans n=73	Plus de 10 ans n=61	p value
V3: DATC Diag de dépression (%)			p = 0,026
Non	24 (32,9%)	9 (14,8%)	
Oui	49 (67,1%)	52 (85,2%)	
Ancienneté	Moins de 10 ans n=73	Plus de 10 ans n=61	p value
V4: DM Diag de dépression (%)			p = 0,042
Non	14 (19,2%)	4 (6,6%)	
Oui	59 (80,8%)	57 (93,4%)	

Discussion

- ▶ Diagnostic de dépression a été le plus fréquemment évoqué dans DCPD et la DM
- ▶ Le réparage des situations atypiques doit donc être extrêmement important lors de l'interrogatoire => **compléter ce dernier par la réalisation de tests plus spécifiques (échelles).**

Discussion

- ▶ Seulement 1/3 des gériatres interrogés n'utilisent pas d'échelles.
- ▶ En moyenne 2/3 des répondants utilisaient une échelle, peut-être expliqué par le fait que près de 93% des répondants ont une activité hospitalière.
- ▶ Près de 80% des répondants utilisant une échelle utilisait soit la GDS-15 soit la mini-GDS ou alors l'association des deux.

Moindre utilisation des autres échelles et notamment de la MADRS.

Discussion

- Vignettes « atypiques » étaient considéré comme à moindre risque suicidaire
=> crise suicidaire moins recherchée dans ces vignettes ?

Discussion

Besoin en formation:

Seulement 1 participant sur 2 avait reçu une formation en psychiatrie de la personne âgée.

- ▶ La formation en psychiatrie intervient principalement au cours du second cycle.

Discussion

Impact de la formation:

- ▶ **Prise en considération du risque suicidaire**, même pour les formes « atypiques » => meilleure sensibilisation au risque suicidaire
- ▶ Meilleur réseau de spécialistes à contacter.

Discussion

Impact de l'ancienneté:

- ▶ Ancienneté > 10 ans était associée à une:

Proportion plus importante de **diagnostic**.

Proportion plus importante de **prescription d'antidépresseur**.

Proportion plus importante de **diagnostic de dépression des 4 vignettes**.

- ▶ Avec l'ancienneté les gériatres ont probablement été davantage confrontés à ces tableaux cliniques. Il semble qu'avec l'expérience les gériatres acquièrent une plus grande confiance en eux dans le repérage et la prise en charge de la dépression.

Discussion

Points forts :

Multicentrique

Anonyme

Utilisation de vignette clinique => plus proche de la réalité

Méthode validée par un comité éthique

Prise en compte des formes atypiques

Discussion

Limites :

Biais de sélection: questionnaire diffusé via les sociétés savantes (SFGG, AJG et ANIG)

Possibilité que les répondants pussent être les plus intéressés par la prise en charge de l'EDC de la personne âgée

Biais de déclaration: répondants ont pu vouloir montrer une prise en charge plus conforme à leur pratique réelle

Biais d'information: nombre de réponse des participants n'a pas pu être limité

Merci pour votre
attention.