

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

n°

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MASOT Emmanuel Laurent
Né le 07/07/1983 à Castelnaudary

Présentée et soutenue publiquement le : 19/09/2014

Outils de dépistage de la dépression du sujet âgé

Président de thèse : **Professeur AUBERT Jean-Pierre**

Directeur de thèse : **Professeur LEPOUTRE Bruno**

DES Médecine générale

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Jean-Pierre Aubert, pour m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, pour sa disponibilité et ses conseils.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Bruno Lepoutre, pour m'avoir guidé dans mon travail, pour sa disponibilité et sa patience.

A Monsieur le Docteur Nicolas Dulphy et Monsieur le Professeur Frédéric Morinet qui m'ont fait l'honneur de juger ma thèse.

A mes confrères qui ont eu l'amabilité de m'accorder un entretien.

A mes parents et ma famille pour m'avoir soutenu tout long de mes études.

A ma compagne pour son aide et son soutien.

A Emilie et Fabrice pour leur aide et leurs conseils.

A mes amis.

A mes maitres de stage et mes anciens co-internes.

Je dédie cette thèse à mon grand-père.

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES	5
INTRODUCTION	7
OBJECTIFS	9
TRAVAIL BIBLIOGRAPHIQUE	10
I. Modalité de la recherche bibliographique	10
II. Résultats	11
A. La dépression du sujet âgé :	11
B. Les outils de dépistages de la dépression du sujet âgé :	15
C. Les outils de dépistages de la dépression du sujet âgé en consultation de ville :	27
D. Conclusion :	37
ETUDE QUALITATIVE	39
I. Le type d'étude :	39
II. Le guide d'entretien :	39
III. Le recrutement des médecins :	40
IV. Le déroulement des entretiens :	40
V. L'analyse des données :	40
VI. Description de l'échantillon :	41
VII. Analyse des résultats :	44
DISCUSSION	60
I. Limites méthodologiques et biais :	60
II. Synthèse des résultats	61
III. Comparaison avec la bibliographie	64
IV. Perspectives	67
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70

ANNEXES.....	73
Annexe 1. Version courte du CIDI.....	73
Annexe 2. Critères du DSM IV correspondants à l'épisode dépressif de la CIM-10.....	74
Annexe 3. Patient Health Questionnaire.....	75
Annexe 4. Echelle de dépression gériatrique : GDS 15 items.....	76
Annexe 5. Mini GDS.....	77
Annexe 6. Echelle MADRS	78
Annexe 7. Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)	81
Annexe 8. Zung Self-rating Depression Scale	85
Annexe 9. GDS 30	86
Annexe 10. Critères du DSM V	87
Annexe 11. Hoyl GDS-5.....	88
Annexe 12. GDS 5/15.....	89

ACRONYMES

ADL : Activities of Daily Living

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

DETA : Diminuer Entourage Trop Alcool

DREES: Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

EDC: Episode Dépressif Caractérisé

EDM : Episode Dépressif Majeur

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GDS: Geriatric Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HRDS : Hamilton Rating Depression Scale

HRQoL : Health Related Quality of Life

IC : Intervalle de Confiance

ICD-10 : International Classification of Disease 10

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

It : Interviewer

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

MG: Médecin généraliste

MMSE: Mini Mental State Examination

OR : Odds Ratio

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ-2 : Two Items Patient Health Questionnaire

QOL : Quality Of Life

RR : Risque Relatif

SCOFF : Sick Control One stone Fat Food

SCORE: Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation

SDS : Zung Self-rating Dépression Scale

TMIG : Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

INTRODUCTION

Le choix de ce sujet s'est imposé à moi suite à diverses expériences personnelles, professionnelles et familiales qui m'ont amené à me demander si la dépression du sujet âgé n'était pas une pathologie sous ou mal diagnostiquée en médecine ambulatoire.

J'ai pu constater que ce diagnostic, bien que cliniquement bien défini, pouvait se trouver occulté ou banalisé du fait de l'âge élevé du patient, entraînant parfois une absence de prise en charge de la pathologie dépressive et des complications qui en découlent.

Les enjeux d'une amélioration du diagnostic de cette pathologie sont importants si l'on en croit les données suivantes :

- d'après des projections réalisées en 1997, la dépression se classerait au 2^{ème} rang des maladies pesant le plus sur les sociétés en 2020 par sa prise en charge alors qu'elle se situait au 4^{ème} rang en 1990. (1) Projections qui semblent se confirmer. L'OMS-Europe indique qu'en 2006 la dépression représente à elle seule la troisième charge de morbidité par importance, soit 6,1% des années de vie corrigée du facteur d'invalidité (2).
- la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est de 4,7% (3) chez les personnes âgées qui représentent une part croissante de la patientèle du médecin généraliste du fait du vieillissement de la population générale ;
- selon le CepiDC-Inserm, en 2010, 28% des suicides étaient le fait de personnes âgées de 65 ans et plus, la dépression en étant un des principaux facteurs de risque. (4)
- un épisode dépressif majeur chez les plus de 70 ans entraîne un risque relatif (RR) de 2,03-2,23 (Intervalle de confiance (IC) 95%) de développer un handicap sévère. (5)

Les conséquences médicales, sociales et économiques de la dépression du sujet âgé ne sont donc pas négligeables.

Des outils d'aides aux diagnostics existants comme les Geriatric Depression Scales (GDS) pourraient-ils permettre d'améliorer cet état de fait ?

Probablement, à condition qu'ils puissent être utilisés en consultation de médecine générale ce qui ne semble pas être le cas. Voici différentes raisons possibles :

- La méconnaissance de ces outils et des façons de les utiliser ;
- Le manque de temps pour les utiliser au cours de consultations souvent déjà complexes avec des patients âgés atteints de multiples pathologies ;
- Le « caractère admis » du vieillissement comme facteur de dépression pouvant faire oublier qu'il peut malgré tout exister un véritable état dépressif de fond.
- Les difficultés d'acceptation par le patient qui peut se sentir stigmatisé par ce genre de test et avoir peur d'un éventuel traitement anti-dépresseur.

L'objet de ce travail sera dans un premier temps, de faire un état des lieux bibliographique sur le dépistage de la dépression du sujet âgé et plus précisément sur l'utilisation d'outils de dépistage en médecine générale. Dans un second temps d'essayer de déterminer par une étude qualitative si les outils sus cités, et plus précisément la mini-GDS, sont utiles, utilisables, pertinents et validant en médecine ambulatoire.

OBJECTIFS

Le premier objectif était de faire un état des lieux bibliographique sur les outils de dépistage de la dépression du sujet âgé et leur utilisation en médecine générale.

Le second objectif était de réaliser une étude qualitative auprès de médecins généralistes. A l'aide d'interrogatoires j'ai essayé de mettre en lumière les représentations qu'ont les praticiens de la dépression du sujet âgé, de son dépistage et de l'utilité des outils existants et plus particulièrement la Mini GDS.

TRAVAIL BIBLIOGRAPHIQUE

I. Modalité de la recherche bibliographique

La bibliographie a été réalisée à partir de différents moteurs de recherche, Pubmed, Psychinfo, Cochrane à la Bibliothèque Inter Universitaire de Médecine de Paris Descartes, mais également sur des sites gouvernementaux d'épidémiologie et de recommandations (les sites de l'InVS, de l'INSEE, de l'HAS).

En décembre 2013 :

- « GDS[Title] » sur PUBMED : 125 résultats, 46 analysées, 4 utilisées
- « GDS » sur Cochrane : 152 références, 1 utilisée
- « Geriatric depression scale » sur PSYCHINFO : 200 résultats, 50 analysées, 6 utilisées

En juillet 2014 :

- « mortality AND depression AND disability » sur PUBMED : 536 résultats trouvés, 17 abstracts lus, 3 articles utilisés
- « (depression[Title]) AND elderly[Title] » 5 dernières années PUBMED : 352 références trouvées, 10 sélectionnées, 2 utilisées
- « ((depression[Title]) AND elderly[Title]) AND suicide[Title] » PUBMED: 2 références trouvées, 2 sélectionnées, 1 utilisée
- « Recommandations complications dépression » sur le site de l'HAS : 1 recommandation exploitée
- « Dépression+personnes âgées » sur le site de l'HAS : 2 références 1 utilisée
- « Suicide+personnes âgées » sur le site social-santé.gouv.fr : 1 référence utilisée
- « Suicide » sur le site de l'InVS : 1 référence utilisée
- Sur le site du DREES : étude de la bibliographie du DREES : 289 références 1 utilisées
- « diagnostic[Title]) AND depression[Title] » sur PUBMED : 422 résultats puis 5 dernières années 94 résultats 4 abstracts lus 0 utilisé

- « undiagnosed[Title] AND depression[Title] » sur PUBMED : 6 résultats 1 abstract lu 0 utilisé
- « prevalence[Title] depression[Title] elderly[Title] » 5 dernières années, sur PUBMED : 23 résultats, 4 analysés, 1 utilisés
- « geriatric depression scale AND general practitioner » sur PUBMED : 60 résultats 20 abstracts lus, 5 utilisés
- « geriatric depression scale AND primary care » sur PUBMED : 288 résultats, 10 abstract lus, 2 utilisés
- « depression[Title] AND elderly[Title] AND screening » sur PUBMED 128 résultats, 18 abstracts lus, 2 utilisés

Certains articles ont également été trouvés à partir de l'analyse des bibliographies des articles issus des articles trouvés sur les moteurs de recherche.

II. Résultats

A. La dépression du sujet âgé :

1) Données démographiques :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit comme âgée une personne de 65 ans et plus.

Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentaient 11.4% de la population française en 1950 et 17,1% en 2012. En 2050, elles pourraient représenter 26.7% sur une population totale anticipée d'environ 62 millions (contre 41 millions en 1950 et 59 millions en 2000) (6). L'augmentation rapide de cette population est un enjeu majeur pour les médecins généralistes. Les plus de 70 ans représente en moyenne 28% de leurs patientèles en 2002(4), proportion qui ne cesse d'augmenter. Selon les projections de l'INSEE sur le vieillissement de la population française, cette tendance devrait se poursuivre.

TABLEAU 1 : Évolution de la population de la France métropolitaine de 1950 à 2050 (scénario central de projection)

Année	Population au 1 ^{er} janvier (en milliers)	Proportion (%) des					Solde naturel (en milliers)	Solde migratoire (en milliers)
		0-19 ans	20-59 ans	60-64 ans	65 ans ou +	75 ans ou +		
1950	41 647	30,1	53,7	4,8	11,4	3,8	+ 327,8	+ 35
1990	56 577	27,8	53,2	5,1	13,9	6,8	+ 236,2	+ 80
2000	58 796	25,6	53,8	4,6	16,0	7,2	+ 243,9	+ 70
2005	60 702	24,9	54,3	4,4	16,4	8,0	+ 243,5	+ 95
2010	62 302	24,3	53,0	6,0	16,7	8,8	+ 199,4	+ 100
2015	63 728	24,0	51,4	6,2	18,4	9,1	+ 163,6	+ 100
2020	64 984	23,7	50,1	6,1	20,1	9,1	+ 135,3	+ 100
2025	66 123	23,1	49,0	6,2	21,7	10,5	+ 119,2	+ 100
2030	67 204	22,6	48,1	6,1	23,2	12,0	+ 111,1	+ 100
2035	68 214	22,2	47,2	6,1	24,5	13,3	+ 81,7	+ 100
2040	69 019	22,1	46,9	5,4	25,6	14,3	+ 27,9	+ 100
2045	69 563	22,0	46,4	5,8	25,8	15,0	- 13,3	+ 100
2050	69 961	21,9	46,2	5,7	26,2	15,6	- 26,4*	+ 100

Sur les 16,7% de Français âgés de 65 ans et plus en 2010, seuls 6% sont institutionnalisés (6). Les 94% restants relèvent de la médecine ambulatoire.

2) Epidémiologie :

Les Episodes Dépressifs Majeurs (EDM) chez les plus de 65 ans selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSM IV) (annexe 2) ont une prévalence de 4,7% (3), ce qui en fait la maladie psychiatrique la plus fréquente dans cette population.

Une étude du DREES et de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) montre que les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de la dépression : « C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). » (7)

Les conséquences de cette pathologie, si elle n'est pas prise en charge dans de bonnes conditions, peuvent être dramatiques : suicide, isolement, perte d'autonomie.

Il est donc primordial que les médecins généralistes soient efficaces dans la détection de cette maladie. Or une étude de l'INSERM publiée en 2009 met en lumière de mauvais résultats dans le diagnostic et le traitement. (8)

Les chercheurs ont comparé les résultats du Patient Health Questionnaire (PHQ) (annexe 3) dans la patientèle de 46 médecins généralistes aux diagnostics et aux prescriptions de ces médecins. Le PHQ est un outil de dépistage des pathologies psychiatriques validé en médecine générale aux Etats-Unis.

Il ressort que les médecins généralistes identifient 66,7% des troubles dépressifs majeurs et des troubles anxieux. Parmi les patients qui reçoivent un anxiolytique ou un antidépresseur 51,2% ne remplissent pas ou plus les critères du DSM IV. Et de conclure : « Ce résultat aide à éclairer le paradoxe français d'une des plus fortes consommations de psychotropes en Europe malgré un nombre important de sujets déprimés non traités. »

Pour ce qui est de la dépression gériatrique, un article de 2010 déplore que ce diagnostic soit porté par excès. (9) Il cite pour cela les chiffres de 2006 de l'assurance maladie montrant que 9% des hommes et 20% des femmes de plus de 65 ans consomment des antidépresseurs en rapport avec un EDM qui avait une prévalence de 3,1% dans cette tranche d'âge. (10) Or, d'après les chiffres de 2010, la prévalence est de 4,7% et la consommation d'antidépresseur 8% chez les 65-74 ans d'après le Baromètre santé de l'INPES.

Il apparait donc que la dépression chez le sujet âgé est MAL diagnostiquée dans de nombreux cas.

3) Pronostic de la dépression chez le sujet âgé:

Une étude publiée en 2009 (11) a établi que la dépression chez les personnes âgées est un facteur de risque de handicap. En suivant pendant 9 ans une cohorte de patients de 70 ans et plus présentant des symptômes dépressifs légers, modérés et sévères, ils ont obtenu les résultats suivants :

- des symptômes modérés sont associés à un RR de 1,87-2,02 (IC 95%) de handicap modéré
- des symptômes sévères sont associés à un RR de 2,90-3,10 (IC 95%) de handicap modéré et à un RR de 2,03-2,23 (IC 95%) de handicap lourd.

Une étude de cohorte hollandaise a suivi pendant 3 ans 234 patients de 34 médecins généralistes. (12) Les 234 patients de plus de 55 ans présentaient tous un épisode dépressif majeur réévalué tous les 6 mois à l'aide de l'échelle MADRS et du Primary Care Evaluation of Mental Disorder. La durée moyenne des EDM est de 18 mois. A 18 mois 35% des patients sont remis de l'épisode, 60% à 2 ans et 68% à 3 ans. 40% des patients ont reçu des antidépresseurs et seulement 9% d'entre eux ont

vu un spécialiste, montrant ainsi qu'une grande majorité des EDM sont pris en charge par les médecins généralistes. Ils ont également identifié certains facteurs de gravité pour le pronostic : la sévérité de l'épisode initial, des antécédents familiaux de dépression ou encore la perte d'autonomie.

Un an plus tôt les chercheurs avaient publié des 1ers résultats s'intéressant au pronostic des patients dépressifs détectés et non détectés par les médecins généralistes (13). Sur les 73 participants à cette première partie de l'étude, 49 n'ont pas été détectés. Sur les 24 détectés, 11 ont reçu un traitement, et 9 ont été adressés à un spécialiste. A 6 mois les taux de rémission étaient identiques dans les 2 groupes (détectés et non détectés) soit 22%. A 12 mois ils étaient de 33% chez les patients diagnostiqués et de 37% chez les patients non diagnostiqués. Ces chiffres s'expliquent probablement par la meilleure détection des cas les plus sévères et donc les plus compliqués à traiter et non par une éventuelle inefficacité des traitements. Le dépistage reste selon les auteurs un moyen d'améliorer le pronostic des patients dépressifs.

La dépression altère la qualité de vie, l'autonomie et est un facteur de risque majeur de suicide. Elle affecte donc profondément la morbi-mortalité chez les personnes âgées. (4)(14)

4) Quelques éléments encourageants :

Certains indicateurs sont encourageants, comme le montre l'enquête du Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (15) portant sur la période 2005-2010. Elle révèle que la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) dans la population générale est stable, sauf pour la tranche d'âge de 55 à 75 ans. Elle est passée de 5,3 à 4,7%. Mais il est important de noter que la proportion de personnes dépressives n'ayant pas eu recours à un professionnel de santé, à une structure de soin ou à une psychothérapie, a fortement diminué, passant de 77 à 41% en 5 ans chez les 65-75 ans. De plus parmi les professionnels de santé consultés pour un EDM, le pourcentage de la population ayant consulté leur médecin généraliste est passé de 20 à 47%.

Enfin le sentiment d'information sur la dépression s'est aussi amélioré passant de 45% à 50% (bien loin d'autres causes de santé publique comme le tabac, le SIDA, ou la contraception qui tournent autour de 85 à 92%) dans la population générale. Ce sentiment s'améliore surtout avec l'âge : chez l'homme, 66% des 15-19 ans s'estiment mal informés contre 33% des 75-85 ans, chez la femme on retrouve une différence du même ordre, de 55% chez les 15-19 ans à 36% chez les 75-85 ans. Ces résultats feraient suite à la campagne nationale de 2007 sur la dépression.

Une étude parue dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) en 2008 (16) a comparé les chiffres obtenus par l'enquête du Baromètre santé et celle de l'Anadep menée en 2005. Les deux ont utilisé le même outil à savoir la version courte du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Annexe 1) mais avec une méthodologie différente : « L'enquête Baromètre s'intéressait aux troubles au cours de l'année, tandis que l'Anadep interrogeait sur la vie et ensuite sur l'année. » Les prévalences d'épisodes dépressifs caractérisés retrouvées sont sensiblement différentes, 7,8% pour la première et 5,0% pour la seconde dans la population générale. Ce qui montre qu'il est très difficile d'obtenir des statistiques fiables à grande échelle sur la dépression. En revanche ce travail a également permis de dégager un certain nombre de facteurs de risque que l'on retrouve dans les deux études : le sexe féminin, le veuvage, le divorce, l'invalidité ou le congé maladie « permettant de mieux cibler les politiques de prévention ».

B. Les outils de dépistages de la dépression du sujet âgé :

1) Quelques exemples :

De nombreux outils de dépistages sont à la disposition des praticiens. En voici une liste non exhaustive.

a) Les outils diagnostiques :

- Le DSM-IV (annexe 2)

Il est l'outil de référence pour le diagnostic de l'Episode Dépressif Majeur, le seul permettant de poser avec certitude le diagnostic.

Cependant il paraît difficile à appliquer en médecine de ville du fait de la complexité de validation ou non-validation des items pour un non-expert.

Je n'évoque pas ici le DSM V (annexe 10) car il n'a pas encore de traduction française officielle. J'y reviendrai cependant plus tard car il apporte une évolution intéressante.

- La version courte du Composite International Diagnostic Interview (annexe 1)

« Le CIDI mesurant l'EDM est conçu pour être administré par des non spécialistes en un temps réduit, permettant ainsi son utilisation dans des enquêtes portant sur des échantillons importants. Le principe du CIDI-Short Form est de transposer les symptômes caractéristiques de l'EDM définis par le DSM-IV en questions, et d'en déduire une classification diagnostique. Les symptômes sont auto-évalués rétrospectivement sur une période donnée, les 12 mois précédant l'enquête et la vie entière

étant les deux périodes les plus souvent utilisées. » (16) Cet outil permet de manière approximative d'obtenir des statistiques sur un large échantillon mais semble inadapté au dépistage en médecine générale.

b) Les échelles de dépistages :

- La GDS-15 (annexe 4)

Version raccourcie de la GDS-30, elle peut être remplie par le patient lui-même ou par un soignant, mais elle ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude, il est donc conseillé de se référer aux critères du DSM IV. Cependant cette échelle présente une sensibilité de 84,3% et une spécificité de 73,8% (17). Ce qui lui permet d'être tout à fait valide en vue d'un dépistage.

Devant un score de 3 ± 2 , on peut raisonnablement éliminer une dépression. Un sujet moyennement déprimé présentera un score de 7 ± 3 , et un sujet très déprimé un score de 12 ± 2 .

- La GDS-4 ou Mini-GDS (annexe 5)

De par sa simplicité et sa rapidité d'exécution, cette échelle validée paraît être l'outil le mieux adapté à la pratique du médecin généraliste en cabinet.

Elle présente une sensibilité de 68,5% et une spécificité de 80,9% avec une valeur seuil ≥ 1 (18). La positivité de ce test, qui correspond à une réponse positive du patient à une des questions, ne permet donc pas de poser le diagnostic. Il permet au clinicien de savoir quand pousser l'évaluation de l'état thymique du patient.

- La Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (annexe 6)

Cette échelle est également très utilisée mais moins dans un objectif de diagnostic que dans le but de mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

Elle est donc intéressante pour le suivi d'un patient dépressif mais son temps d'exécution la rend peu adaptée à la pratique de la médecine ambulatoire.

- Le Hamilton Rating Depression Scale (HRDS) (annexe 7)

Cette échelle de 17 items (il existe aussi une version à 21 items) est plus utilisée, comme la MADRS, pour le suivi et l'évaluation de la gravité d'un syndrome dépressif que pour son dépistage (19).

L'étude prospective parue en 2013 dans le Journal of Affective Disorders (19) a permis de déterminer les valeurs seuils suivantes : entre 0 et 7 pas de dépression, entre 8 et 16 légère dépression, entre 17 et 23 dépression modérée et si supérieur ou égal à 24 dépression sévère. Comme la MADRS elle ne semble donc pas adaptée à un dépistage rapide en médecine de 1^{er} recours.

- Zung Self-rating Dépression Scale (SDS) (annexe 8)

Cette échelle d'auto-évaluation de 20 items fut élaborée, comme l'HRDS, pour évaluer la profondeur d'un syndrome dépressif (20). Il faut environ 10 minutes au patient pour remplir le questionnaire.

Chaque question est notée de 1 à 4. Si le patient obtient un score entre 25 et 49, le syndrome dépressif peut être éliminé, s'il est entre 50 et 59 le syndrome dépressif est léger, il est modéré entre 60 et 69 et sévère au-delà de 70/100.

Cette échelle a donc, elle aussi, un profil peu adapté à la médecine générale à la fois par son caractère d'outil d'évaluation plus que de dépistage et par le temps qu'elle nécessite.

2) Les Geriatrics Depression Scale :

a) Historique :

Les GDS furent mises au point en 1983 par le Dr Yesavage et son équipe de l'Université de Stanford dans le but de pallier le manque « de test diagnostic fiable pour le dépistage de la dépression des personnes âgées qui serait simple à utiliser et ne nécessiterait pas le temps et les capacités d'un interviewer spécialisé » (21). Elle présente l'avantage de moins tenir compte des symptômes somatiques de la dépression et a ainsi prouvé sa validité pour dépister la dépression chez les personnes atteintes de pathologies physiques chroniques. (22) Elle compte à l'origine 30 items (annexe 9) et a été simplifiée en 1986 avec une division par deux du nombre d'items. Pour mettre au point cet outil l'équipe du Dr Yesavage est partie d'un questionnaire à 100 items qui fut testé sur 47 hommes et 55 femmes (23), certains souffrant de dépression à l'hôpital, d'autres n'en souffrant pas et vivant à leur domicile. Les 30 items les plus pertinents furent conservés et 2 groupes de patients furent constitués avec d'une part des patients vivant à leur domicile, certains sous anti dépresseurs, d'autres non dépressifs. La GDS 30 fut comparée à 2 échelles préexistantes, la HRDS et la SDS (cf II. A.). Ils arrivèrent, avec une valeur seuil à 11/30, au résultat suivant : ce test a une sensibilité de 84% et une spécificité de 95%. De nombreuses études ont par la suite montré un haut niveau de cohérence interne indiquant à quel point les scores fournis sont indépendants du contenu spécifique des items qui composent ce test. Notamment l'étude de Lesher en 1986 concernant des patients en

maison de retraite et celle de Parmelle, Lawton et Powell en 1989 concernant des patients hospitalisés. (21)

Il s'agit donc d'un outil pertinent et validant pour le dépistage de la dépression chez le sujet âgé. Il a été utilisé à travers le monde et de nombreuses versions de cet outil ont vu le jour avec comme but constant la simplification et la diminution du nombre d'items dans le but de le rendre utilisable facilement et rapidement par le plus grand nombre de praticiens possible.

b) Evaluation de la Geriatric Depression Scale à 15 items :

1. Geriatric Depression Scale 15 et faux positifs

Une étude a été réalisée en Angleterre en 1996 avec l'objectif d'évaluer l'intérêt d'un dépistage annuel de la dépression du sujet de plus de 75 ans non institutionnalisé, à l'aide de la GDS-15 et avec les critères de l'International Classification of Disease 10 (ICD-10) comme gold standard. (21)

Il s'agit d'une étude prospective concernant 1264 patients issus des listes de patients de 16 médecins généralistes de la province du Leicestershire. Sur ces 1264 patients, 842 ont accepté et étaient aptes à participer à l'étude qui se déroula en 2 temps :

- 1^{er} Temps : un bilan complet réalisé par une infirmière au domicile du patient était proposé. Comprenant plusieurs tests cliniques, dont une évaluation Activities of Daily Living (ADL), des tests cognitifs, et évidemment la GDS-15.
- 2^{ème} Temps : 46 jours plus tard les patients non exclus (à cause de troubles cognitifs, ou d'une institutionnalisation), et ayant eu un résultat GDS-15 supérieur ou égal à 3 se virent proposé un nouveau test GDS-15 réalisé cette fois-ci par un psychiatre et une infirmière formés aux interrogatoires de recherche. 201 patients ont réalisé ce second temps de l'étude.

Les chercheurs ont retrouvé une prévalence de la dépression de 6%, et déterminé que la valeur seuil optimale était fixée à <3/3+ pour une sensibilité à 100%, une spécificité 72% et une valeur prédictive positive de 46%. (21)

Les auteurs ont ensuite réalisé une estimation du nombre de vrais et de faux positifs pouvant être identifiés si la GDS-15 était réalisée correctement une fois par an auprès de la population âgée d'un médecin généraliste, ce dernier s'occupant en moyenne de 1887 patients. Il s'avère que sur les 132 patients de 75 ans et plus de cette liste, 42 auraient un score supérieur ou égal à 3, 8 d'entre eux seraient réellement dépressifs par rapport aux critères de l'ICD-10 et 19 présenteraient des symptômes dépressifs. (21)

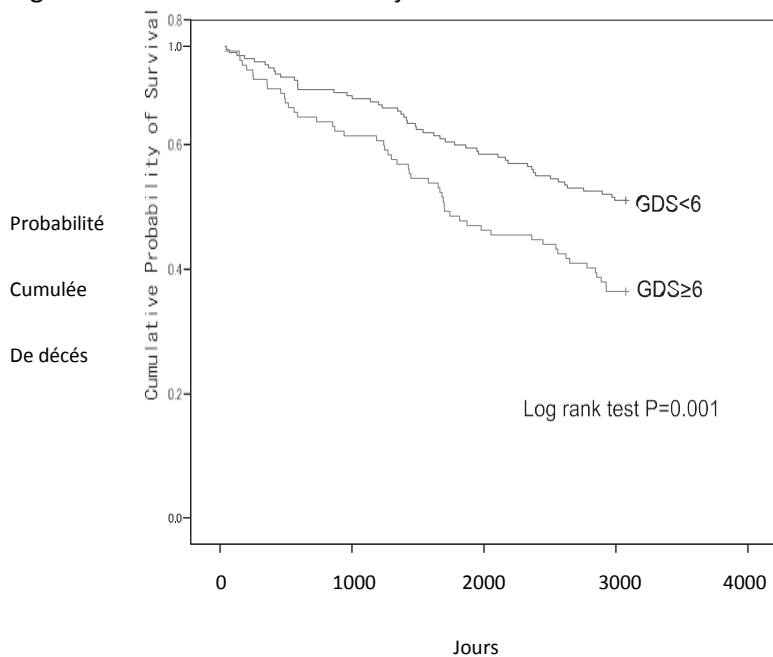
L'étude présente de nombreuses limites par rapport au travail que je souhaite réaliser, liées notamment aux particularités du système de soins primaires anglais par rapport au système français qui laisse plus de place à l'intervention des infirmières, et au fait que les tests soient réalisés à domicile. Cependant elle nous indique que la GDS-15 est un outil utile et validant pour le dépistage de la dépression des personnes âgées vivant à leur domicile, indépendantes et dont le généraliste représente le premier recours de soin.

2. Geriatric Depression Scale 15 et mortalité :

Une étude japonaise (24) parue en 2011, montre un lien entre score GDS et mortalité chez les personnes âgées.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée sur 8,4 ans, sur une population institutionnalisée de 254 individus. Les auteurs ont choisi de considérer comme dépressifs les patients ayant un score supérieur ou égal à 6/15 au début de l'étude en 2001 (Figure 1).

Figure1 : Courbe de survie non ajustée en fonction du score GDS des patients.

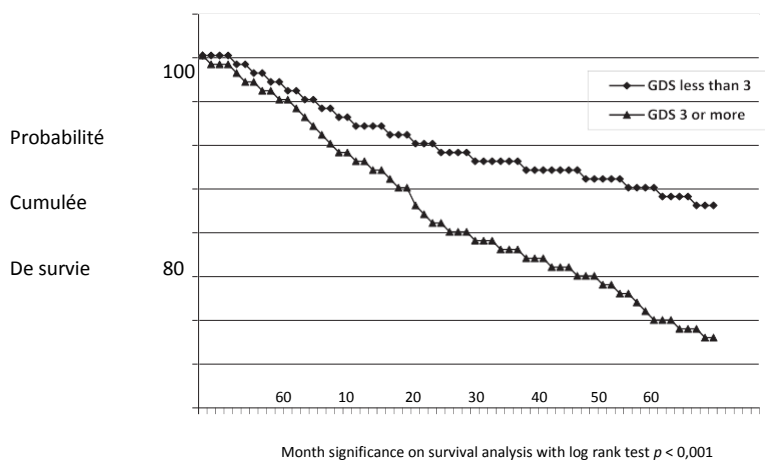


Après ajustement par rapport au sexe, à l'âge, au niveau de dépendance ADL et aux antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, on retrouve une « association significative entre dépression et toutes causes de mortalité ». Le Risque Relatif (RR) de décès avec un score GDS supérieur ou égal à 6 est de 1,6 (95%) avec un intervalle de confiance (IC) 1,1-2,5 et $p=0,02$.

Un article italien paru en 2012 (25) dans le même journal, revient sur l'étude précédente et la met en perspective avec une étude de 1993 réalisée sur 549 patients âgés de 70 ans et plus, vivant à

domicile dans une zone rurale italienne. Les données ont été recueillies par des interviewers entraînés au domicile des patients. Après exclusion des patients dont le Mini Mental State Examination (MMSE) était inférieur à 14, il restait 524 patients inclus dans l'étude avec un âge moyen de 76,6 ans. La valeur seuil fut ici fixée à 3/15 et non à 6/15. Au cours des 60 mois que durèrent l'étude, 129 patients décédèrent. Une courbe de survie fut aussi établie (Figure 2).

Figure 2 : Courbe de survie non ajustée en fonction du score GDS des patients



Des ajustements selon l'âge, le sexe, les capacités cognitives, le niveau d'éducation, les comorbidités, la consommation de médicament, et les handicaps, ont été réalisés comme pour l'étude japonaise. On note alors que les 3 premiers items de la GDS 15 en particuliers étaient associés à une augmentation significative du RR.

Chez la femme l'Item 2 « Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités » est associé, s'il est positif, à un RR de 2,8 (95%) avec un IC entre 1,6 et 4,6. Et l'item 3 « Avez-vous l'impression que votre vie est vide ? » est associé à un RR de 1,6 (95%) avec un IC entre 1,1 et 2,7.

Chez l'homme, c'est l'Item 1 « Etes-vous satisfait de votre vie ? » qui est associé à un RR de 1,9 (95%) mais avec un IC entre 1,0 et 3,6.

Malgré l'absence de significativité de ce dernier résultat du fait de son IC, les auteurs déduisent qu'il y a des différences de facteurs pourvoyeurs de dépression entre les sexes et qu'il faudrait adapter nos outils en fonction. Cette étude peut éventuellement nous permettre de choisir les items utilisés dans les versions courtes de la GDS 15.

En montrant un lien entre mortalité et score GDS 15, ces 2 études font de cette échelle un outil pertinent pour améliorer potentiellement l'espérance de vie de la population.

3. Association Geriatric Depression Scale-15 et qualité de vie :

Une étude japonaise parue en 2004 (26) a cherché à montrer une association entre le score GDS-15 et la qualité de vie chez 5363 personnes âgées de 65 ans et plus, habitant à leur domicile dans 4 villes (nommées U, Y, S et M) de la campagne japonaise. Elle se déroula entre juin 2000 et juin 2001, et les 4456 personnes finalement incluses ont été soumis à de nombreux tests et questionnaires.

Pour la GDS-15, 2 valeurs seuils furent choisies, la 1^{ère} $\geq 6/15$ pour déterminer une dépression modérée, la seconde $\geq 10/15$ pour déterminer une dépression sévère. Ils calculèrent à cette occasion le temps moyen pour la réalisation d'une évaluation GDS-15 par un interviewer expérimenté, et celui-ci est de 4 minutes.

Pour évaluer le niveau de dépendance des sujets, ils remplirent un auto-questionnaire ADL de 7 items comprenant notamment la marche, la gestion des repas et de la toilette. Ils répondirent également à un questionnaire de 13 items élaboré par le Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, le TMIG index of compétence qui porte entre autres sur les capacités d'utilisation des transports en commun, la gestion des factures et des courses, mais aussi sur les activités intellectuelles comme la lecture et enfin sur les activités sociales de la personne.

Enfin ils utilisent une échelle visuelle analogique de 100mm pour remplir un auto-questionnaire de qualité de vie (Quality Of Life ou QOL) de 7 items portant sur leur santé, leurs relations familiales et amicales, leur statut financier et leur bonheur. Ont également été pris en compte leurs conditions et modes de vie ainsi que leurs histoires médicales et sociales.

Les résultats ont montré une association significative entre un score GDS-15 et un abaissement des scores ADL et QOL même après ajustement en fonction de l'âge et surtout chez les 11,3% de sujets qui ont eu un score ≥ 10 , et ce dans les 4 villes. Je vais donc résumer dans le tableau 2 les résultats les plus marquants.

Tableau 2 : Résultats par ville

Basic ADL (0-21)	Ville U ($p<0,001$)	Ville Y ($p<0,001$)	Ville S ($p<0,001$)	Ville M ($p<0,001$)
GDS ≤ 9	20,3 ± 2,1	20,2 ± 2,4	20,6 ± 2,1	20,2 ± 2,5
GDS ≥ 10	19,0 ± 4,1	16,9 ± 6,5	17,9 ± 5,1	19,1 ± 3,7
Evaluation subjective du bonheur (0-100)				
GDS ≤ 9	79,0 ± 19,0	77,0 ± 17,1	75,5 ± 18	57,9 ± 31,1
GDS ≥ 10	55,8 ± 19,4	47,0 ± 19,7	46,7 ± 22,4	46,0 ± 19,4

Les chercheurs évoquent les nombreux biais de cette étude notamment liés à la subjectivité des auto-questionnaires QOL mais l'association reste statistiquement significative.

La GDS-15 montre donc son utilité potentielle pour l'évaluation de la qualité de vie des personnes âgées. Or, comme ils le rappellent dans la discussion, l'amélioration de la qualité de vie est un objectif majeur en médecine de premier recours.

4. Pertinence de la GDS-15 face aux événements de la vie :

Une étude Néerlandaise de 2004 s'est intéressée à l'utilité de la GDS-15 dans la détection d'un état dépressif chez des patients de 85 ans et plus non institutionnalisés sans ou avec de faibles troubles cognitifs (MMSE > 18), après la perte de leur partenaire. (27)

Cette étude nous rappelle qu'il est difficile de détecter un état dépressif réel chez une personne âgée, celui-ci pouvant être masqué par des comorbidités multiples ou ignorées. Les soignants qualifient les symptômes dépressifs de conséquences naturelles des événements de vie négatifs vécus par les patients à cet âge (28) comme je le rappelais plus haut dans mon introduction.

La perte du partenaire a été choisie car il s'agit, selon une étude parue en 2002 (29), de l'évènement négatif le plus pourvoyeur de symptômes dépressifs chez la personne âgée.

On retrouve une différence significative surtout sur 3 items :

- L'item 4, qui devient positif chez 41% des individus du groupe 1 contre 16% du groupe 2.
- L'item 7, 28% versus 6%.
- L'item 13, 19% versus 3%. (Annexe 9)

Ces résultats sont indépendants du sexe, du niveau d'éducation ou d'une éventuelle période de « pré-deuil ».

Puis pour tenter de différencier les dépressions aiguës réactionnelles au deuil, des états dépressifs installés, ils se concentrèrent sur les résultats des 28 personnes ayant perdu leur partenaire au moins deux mois avant l'évaluation par la GDS-15. Ils retrouvent une augmentation de 1,1 point, soit sensiblement le même résultat que lors de la première analyse. Ceci indiquerait que cette augmentation est indépendante de l'état dépressif aigu réactionnel.

L'utilisation de la GDS-15 pourrait donc prendre toute sa pertinence en médecine générale dans le cadre d'un suivi (annuel par exemple) afin de détecter une augmentation cliniquement significative du score et intervenir en conséquence.

Il est intéressant d'évoquer ici le DSM V (annexe 10). Ce qui différencie cette nouvelle version de celle du DSM-IV-TR, est surtout le retrait du critère d'exclusion du deuil et l'ajout d'une note à ce sujet : « La réponse normale et attendue en réponse à un événement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel), incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peut ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels que sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autre que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur, et un altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif majeur en plus de la réponse normale à une perte significative. » Cette différence est importante ici, les personnes âgées étant souvent confrontées à des pertes significatives et notamment le deuil.

5. Conclusion sur la Geriatric Depression Scale-15 :

Les études décrites dans ce chapitre font de la GDS-15 un outil validé pour le dépistage de la dépression. Elle apparaît utile et pertinente en médecine de premier recours pour répondre à un l'objectif majeur de la prise en charge des personnes âgées, à savoir l'amélioration de la qualité de vie.

c) Evaluation des mini-Geriatric Depression Scale :

Une étude (30) prospective a été menée sur 816 patients hospitalisés qui séparés en 2 groupes suivant l'altération ou non de leur MMSE, visant à comparer la D'Ath GDS-4 composée des Items 1,3,8 et 9 de la version originale de la GDS 30, la van Marwijk GDS-4 utilisant les items 1,9,2 et 5 de la GDS 15 et la Hoyl GDS-5 (Annexe 11). En prenant la GDS-15 de Sheikh et Yesavage comme gold standard.(Tableau 3)

Tableau 3 : Résultats pour le groupe ne souffrant pas d'altération des fonctions cognitives

Versions GDS	Sujets dépressifs	Sensibilité	Spécificité
GDS-15	12,2%		
Hoyl 5 items	34,8%	96,7%	73,8%
Marwijk 4 items	27,2%	82,0%	80,4%
D'Ath 4 items	72,0%	52,5%	99,1%

La discussion porte sur l'utilité de ces résultats. On peut conclure que la GDS-5 de Hoyl a le meilleur rapport sensibilité (96,7%)/spécificité (73,8%). On retrouve 22,3% de faux positifs. Ils ont donc décidé de réorganiser la GDS 15 de Yesavage pour que les 5 questions utilisées dans la GDS-5 de Hoyl soient posées en premier. (Annexe 12)

Donc si le score après les 5 premières questions est entre 0 et 1 le test peut s'arrêter là et on peut considérer du fait de la très bonne sensibilité de la GDS-5 que le patient n'est pas dépressif. Si le score est supérieur ou égal à 2 l'interrogatoire continue par les 10 questions suivantes de la GDS 15, ce qui permet ainsi d'éliminer la plus grande partie des faux positifs.

Lors de cette étude, seuls 40% des 816 patients ont bénéficié du test en entier. On a donc pu économiser 66% du temps avec 60% des patients de l'étude, et éviter avec les 40% restants de se retrouver avec une importante proportion de faux négatifs.

Cette échelle combinée GDS 5/15 est donc un outil tout aussi validant, sensible et spécifique que la GDS 15 tout en étant plus utilisable lors d'une consultation de médecine générale du fait du gain de temps qu'elle entraîne.

Cependant la limite essentielle de cette étude pour mon travail réside dans le choix de patients hospitalisés.

En 2010, une méta analyse a cherché à déterminer quelle était la forme de GDS la mieux adapté aux consultations médicales de ville ou en milieu hospitalier.(17) Il ressort des 69 études analysées les chiffres de sensibilité et de spécificité suivants :

- 81,9% et 77,7% pour la GDS 30
- 84,3% et 73,8% pour la GDS 15
- 92,5% et 77,2% pour la GDS 4/5

Ils ont ensuite comparé ces performances à celle des médecins sans outils d'aide au diagnostic. Il apparait que la GDS 4/5 permet d'identifier 25 vrais positifs de plus pour seulement 10 faux positifs (pour une prévalence de 30% des dépressions). Ces résultats en font le meilleur choix pour le dépistage.

d) Evaluation des outils de dépistage « ultra-courts » :

Une méta analyse de 2007 s'est interrogée sur la pertinence des test dit « ultra courts » en médecine de ville. (31) Ce sont des outils de moins de 4 items notamment inspirés du PHQ .

Les outils à 1 item identifient 3 dépressions sur 10 mais ont une bonne valeur prédictive négative (92,3%).

Les outils à 2 ou 3 items identifient 8 dépressions sur 10 avec une valeur prédictive négative de 93%.

Les performances des outils à 1 item sont donc jugés inacceptables par les auteurs. Ils reconnaissent une utilité potentielle aux formes à 2 ou 3 items, surtout en termes d'élimination de faux positifs. Ils concluent que ces outils ne peuvent pas permettre de poser le diagnostic de dépression mais peuvent servir de première étape.

Pour un temps de passage très légèrement plus court que celui de la mini GDS, les performances de ces tests paraissent bien moins intéressantes.

C. Les outils de dépistages de la dépression du sujet âgé en consultation de ville :

1) Durée moyenne d'une consultation de médecine générale :

Selon l'enquête de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2002, les consultations et visites en médecine générale libérale en France durent en moyenne 16 minutes. (32) Pour la tranche d'âge qui nous intéresse ici, il est à noter que la durée d'une consultation est augmentée de 6% chez les patients de plus de 70 ans. Et surtout, lorsque le motif de consultation est relatif à des problèmes psychologiques ou psychiatriques, cette durée est augmentée de 19,7% quel que soit l'âge. Si l'on regarde un autre motif de consultation très souvent associé à la population âgée, à savoir les pathologies rhumatologiques, on note une augmentation brute du temps moyen de 10,2%.

Ainsi les consultations gériatriques prennent plus de temps que la moyenne. Il ne s'agit donc pas d'augmenter le temps de consultation avec un outil trop chronophage qui deviendrait inutilisable par le médecin généraliste.

2) Consultation de prévention en médecine générale :

Un article paru en 2008, revient sur la possibilité de mise en place d'une consultation de prévention à 70 ans chez les médecins généralistes (33). Des expérimentations sur une telle consultation avaient été demandées le 8 mars 2006 par M. Bas alors ministre délégué à la Sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, pour déterminer leur faisabilité et leur utilité. Mais les tests semblent être suspendus pour l'instant.

Ces consultations prévues pour durer 30 minutes et être rémunérées à hauteur de 2,5 consultations devaient permettre la prévention d'une maladie ou d'un groupe de maladie, la réduction de la mortalité et la prévention de la dépendance. Et c'est dans ce dernier champ que rentre le dépistage des états dépressifs. Le groupe de travail composé de médecins libéraux, de représentants de l'assurance maladie, de la Haute Autorité de Santé (HAS), en Gériatrie, en Sociologie, et en Education thérapeutique souhaita : «intégrer cette consultation dans une démarche holistique et responsabiliser le patient en lui demandant une participation active sous forme de remplissage d'un auto-questionnaire. » Celui-ci nécessite un temps de remplissage de 20 à 30 minutes et comporte des questions sur le mode de vie (la couverture sociale, les relations familiales, l'habitat...) et sur l'état de santé (antécédents, état nutritionnel, douleurs...). La consultation proprement dite devait durer 30 minutes au cours desquelles le médecin récupère les données des auto-questionnaires et réalise un

certain nombre de tests dont la Mini-GDS (Annexe 4). Un guide technique devait également être mis à la disposition du médecin pour l'aider à s'orienter devant certains problèmes.

Après quelques ajustements faisant suite à des avis recueillis par des focus groupes de patients et de médecins, l'expérimentation en conditions réelles a débuté auprès de 20 médecins, dont 80 patients participèrent à la totalité de la démarche dans 3 départements. Le temps moyen de la consultation est finalement de 46,6 minutes. Si des critiques ont été émises par les médecins sur l'insuffisance de la formation et de la rémunération, la démarche a permis de mettre en évidence des troubles qu'ils ne soupçonnaient pas dont 10 cas de troubles sexuels et/ou dépressifs.

Les auteurs reviennent évidemment sur l'insuffisance de l'évaluation de l'utilité de cette consultation à ce stade. Mais il y a cependant suffisamment d'éléments encourageants pour qu'il y ait une volonté de pousser les investigations à une échelle bien supérieure.

Cet article montre que le médecin généraliste peut et doit être un élément central de l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées. Si la mini-GDS faisait parti de cette démarche, c'est qu'aux yeux des auteurs, le dépistage de la dépression est un élément indispensable de cette amélioration.

3) Evaluation des GDS en médecine générale :

Les études sur ces outils sont relativement nombreuses mais il est rare d'en trouver qui soient bien représentatives de la question que je me pose même si certaines en sont assez proches.

Une méta analyse publiée en 2010 va dans le même sens. (34) Les auteurs ont évalué les performances de la GDS 30, de la GDS 15 et des médecins généralistes sans outil. Ils ont ainsi déterminé la sensibilité, la spécificité et l'index d'utilité clinique positif de chacun. Cet index est obtenu en réalisant le produit de la sensibilité par la valeur prédictive positive du moyen de dépistage étudié. Il est compris entre 0 et 1 et plus il est proche de 1 plus l'outil évalué est utile. Il ressort que :

- la GDS 30 a une sensibilité de 77,4%, une spécificité de 65,4% et un index d'utilité de 0,60 ;
- la GDS 15 a une sensibilité de 81,3%, une spécificité de 78,4% et un index d'utilité de 0,75 ;
- les médecins généralistes ont une sensibilité de 56,3%, une spécificité de 73,6% et un index d'utilité de 0,68.

La GDS 30 n'a donc aucune utilité en médecine générale. En revanche la GDS 15 améliore de 8% les performances de détection du médecin généraliste.

Une étude néerlandaise de 2003 (35) a cherché à évaluer les performances de la GDS-15 chez les plus de 85 ans avec et sans trouble cognitif.

79 patients ont été sélectionnés pour l'étude dont 56 vivant à domicile et 63 sans trouble cognitif majeur. L'étude s'est déroulée en 2 temps et à chaque fois au domicile du patient.

Dans un 1^{er} temps l'interrogatoire comprenant un MMSE et une GDS-15 a été réalisé par un interviewer entraîné aux 2 questionnaires.

Dans un 2^{ème} temps les tests ont été réalisés par un médecin généraliste peu habitué à ce type d'exercice.(Tableau 4)

Tableau 4: Sensibilité et spécificité de la GDS 15 utilisée par un médecin généraliste

Valeur seuil	Sujets dépressifs			Sujets non dépressifs		
	GDS+	GDS-	Sensibilité	GDS+	GDS-	Spécificité
MMSE≥28						
2/3	4	0	1,00	4	20	0,83
3/4	3	1	0,75	2	22	0,92
4/5	1	3	0,25	0	24	1,00
5/6	1	3	0,25	0	24	1,00

Un des buts de cette étude est d'identifier une valeur seuil optimale. Ils ont déterminé, pour les patients sans trouble cognitif (MMSE>27), une sensibilité de 88% et une spécificité de 76% pour une valeur seuil à 3/4. Cependant ils ont discuté le fait que la valeur seuil optimale devra être choisie en fonction de l'usage prévu de la GDS-15. Si elle est utilisée pour de la recherche il est bon d'augmenter la valeur seuil pour augmenter la spécificité quitte à diminuer la sensibilité pour éviter un trop grand nombre de faux positifs. En revanche, en médecine générale, le but sera plutôt d'augmenter la sensibilité dans un 1^{er} temps quitte à pousser les investigations en cas de doute, pour ne pas passer à côté d'un cas de dépression peu évident.

Une étude australienne publiée en 1990 (36) avait pour but de comparer l'avis de médecins généralistes sur le statut dépressif ou non de leurs patients âgés et le score GDS 30 de ces derniers. Elle fut réalisée auprès de 133 patients non institutionnalisés âgés de 70 à 84 ans et de leurs 25 médecins généralistes, dans un village de retraite de la banlieue de Sydney. Les patients sont interviewés à domicile par une personne entraînée et un MMSE est également réalisé à cette occasion. Les médecins sont interrogés sans avoir connaissance du résultat de l'évaluation GDS.

Il en résulte une différence de prévalence de la dépression. Celle-ci est de 14,3% avec une valeur seuil de la GDS à 10/30. Alors qu'en suivant l'avis des médecins la prévalence est de 10,5%.

Différentes pistes sont alors évoquées dans la discussion pour expliquer cette différence dont les fluctuations d'humeurs qui peuvent être différentes entre le jour où le patient a été évalué par la GDS et le jour où celui-ci a vu son généraliste pour la dernière fois. Mais ils soulèvent aussi le fait que certains généralistes pensaient que l'humeur de leur patient était « normale » aux vues des circonstances.

Bien que présentant de nombreux biais cette étude a eu le mérite de tenir compte de l'opinion des médecins généralistes et d'essayer de comprendre les différences de résultats avec une échelle standardisée, illustrant ainsi certaines hypothèses que je soulevais dans l'introduction de cette thèse.

4) Impact de l'utilisation de la mini-GDS sur la prise en charge :

Une enquête (37) transversale par sondage aléatoire simple a été menée auprès de 75 généralistes français. Ils ont utilisé la mini-GDS avec tous leurs patients de plus de 65 ans pendant deux semaines. Ils ont dû remplir une fiche de renseignement comportant notamment le mode de vie, les antécédents et les traitements de chaque patient. Ils ont décrit le motif de la consultation, la symptomatologie anxio-dépressive observée ou non et l'attitude thérapeutique en fin de consultation.

Les résultats montrent que : « avec le score-seuil de 1 à la mini-GDS, on a pu observer une corrélation statistiquement significative entre positivité et l'existence d'une symptomatologie anxio-dépressive ($p < 0,0001$), mais aussi entre positivité et prescription de psychotropes ($p < 0,0001$) et plus particulièrement avec la prescription d'un antidépresseur ($p < 0,0001$). »

Et donc : « Il semblerait [...] que la positivité à la mini-GDS ait d'une part pu aider à évoquer le diagnostic de dépression accompagnée ou non d'une symptomatologie anxieuse [Odds Ratio (OR) = 8,0 ; IC95 % = (5,9-10,9)], mais que d'autre part elle ait pu inciter les praticiens à traiter la dépression.

En effet, le taux de prescription d'antidépresseurs par rapport au diagnostic est bien supérieur à celui d'autres études. »

« Il est à noter aussi qu'à l'inverse, la négativité de la mini-GDS soit un facteur qui incite à ne pas prescrire de psychotrope [OR = 0,15 ; IC95 % = (0,10-0,23)]. »

Malgré ses biais, cette étude montre que l'utilisation de la mini-GDS aurait bien un impact sur la prise en charge de la dépression mais ils concluent que : « Cette étude de sensibilisation au dépistage et au traitement de la dépression du sujet âgé demanderait cependant à être vérifiée dans sa fiabilité à long terme par rapport au devenir des patients. »

Il faut donc essayer de comprendre pourquoi la mini-GDS est si peu utilisée en médecine générale.

5) Faisabilité et acceptation des outils de dépistage en médecine générale :

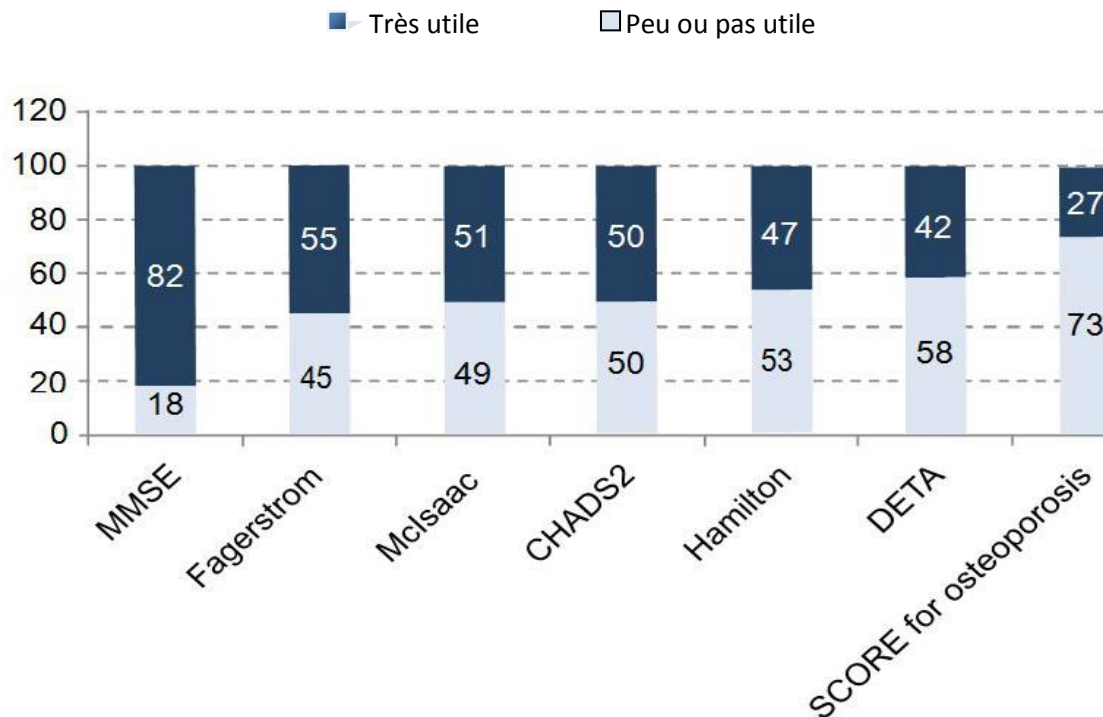
Une étude de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) (38) s'est intéressée de manière quantitative et qualitative à l'utilisation des outils de dépistage en médecine générale.

a) Etude quantitative :

Les chercheurs ont choisi de questionner des généralistes du Réseau Sentinelle par mail, sur leur vision de certains outils de dépistage. Ces sept outils ont été choisis car ils sont les mieux connus par les médecins généralistes d'après une revue de littérature. Il s'agit du MMSE, du test de Fagerström, de l'échelle de Hamilton, du test de Mc Isaac, du test Diminuer Entourage Trop Alcool (DETA), du Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation (SCORE) et un test de pronostic, le score de risque embolique CHADS-2.

358 praticiens ont répondu à ce questionnaire. 66% d'entre eux utilisent régulièrement un ou plusieurs de ces tests. Les plus utilisés sont l'échelle d'Hamilton et le MMSE, mais ce dernier est jugé beaucoup plus utile comme nous le montre la figure 4 classant les tests du plus au moins utile.

Figure 4 : Distribution des réponses en pourcentage concernant l'utilité des tests :



Note : n=268 (75% des participants), « Peu ou pas utile » correspond à une note de 1-3 sur une échelle de 5. « Très utile » correspond à une note de 4-5.

b) Etude qualitative :

Trois Focus Groupes ont été réalisés. Les tests ont été classés par utilité dans le même ordre que lors de l'étude quantitative et plusieurs Idées-Forces sont ressorties.

En faveur de leur utilisation :

- Le MMSE peut permettre de justifier un traitement préventif ;
- Le MMSE peut permettre de rassurer le patient ;
- Les tests sont jugés très utiles avant d'adresser les patients à un médecin spécialiste ;
- Ils peuvent permettre de renforcer un jugement clinique.

En leur défaveur :

- Les tests sont trop impersonnels : « pour traiter une dépression, la relation médecin/patient est très importante, on ne peut pas polluer la consultation avec une échelle sinon on perd en efficacité et en pertinence ».

- Il y a un manque d'étude sur leur reproductibilité, leur fiabilité et leur utilité dans les décisions thérapeutiques.
- Ils sont peut utilisable en routine du fait du manque de temps et un d'un manque d'entraînement.

c) Discussion et hypothèses :

Cette étude met en lumière le décalage entre la pratique et la théorie en médecine générale et les chercheurs ont tenté d'expliquer certains résultats.

L'utilité des tests lorsque l'on adresse un patient à un confrère, s'expliquerait par un besoin d'appuyer son raisonnement clinique avec un outil standardisé connu de tous.

Si l'échelle d'Hamilton est l'une des plus utilisées ce serait aussi parce qu'il s'agit d'un acte rémunéré ce qui encourage son utilisation.

Le test DETA est deux fois moins utilisé que le Fagerström car le sujet de l'alcoolisme serait plus « tabou » que celui du tabagisme.

La moyenne d'âge des participants à l'étude était de 55 ans. Cette population de médecins serait moins sensibilisée à l'usage de ces tests dans un contexte de médecine basée sur les preuves.

d) Propositions :

Les chercheurs ont reconnu que leur travail « pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses » cependant ils font quelques propositions et notamment celle d'informatiser voire d'automatiser les tests pour gagner du temps.

Une expérience (39) sur ce sujet, réalisée en Allemagne en 2009, s'est intéressée à la faisabilité du Health Related Quality of Life (HRQoL) en médecine générale. Cet auto questionnaire est validé et facilite la prise en charge et la détection de problème de santé. Il s'intéresse entre autres à la douleur, l'asthénie ou aux troubles du sommeil. Il est peu utilisé, d'où l'idée de proposer à des cabinets de médecine générale un dispositif de tablettes numériques utilisables en salle d'attente par les patients afin de remplir ce questionnaire avant la consultation.

Les données sont ensuite utilisées par le médecin au cours de la consultation puis par les chercheurs après anonymisation. Les avis des patients, des médecins et des secrétaires médicaux (qui expliquent aux patients la marche à suivre et recueille leur consentement à leur arriver en salle d'attente) sont ensuite recueillies par téléphone, quelques jours après la mise en place puis après un an d'utilisation.

Cette étude préliminaire ne portait que sur 17 cabinets et 20 médecins généralistes à travers l'Allemagne, les conclusions sont donc très limitées mais il ressort plusieurs choses.

Du côté des médecins et des patients, la prise en charge et la communication sont améliorées. Ils notent une meilleure focalisation de la consultation sur les problèmes principaux, ce qui peut faire gagner du temps.

Les chercheurs ont noté une augmentation statistiquement significative de certains symptômes comme les douleurs, les troubles du sommeil ou l'asthénie souvent sous-estimés en routine. Ils attribuent ces résultats à la standardisation et à la reproductibilité du test par rapport à des symptômes parfois minimisés par le praticien.

Le test a aussi été moins utilisé que prévu, essentiellement à cause du manque de temps et du manque d'habitude. Ce dispositif est impossible à mettre en place en l'absence d'un secrétariat physique au cabinet et même si c'est le cas, le secrétaire n'a pas toujours le temps de s'occuper de ça.

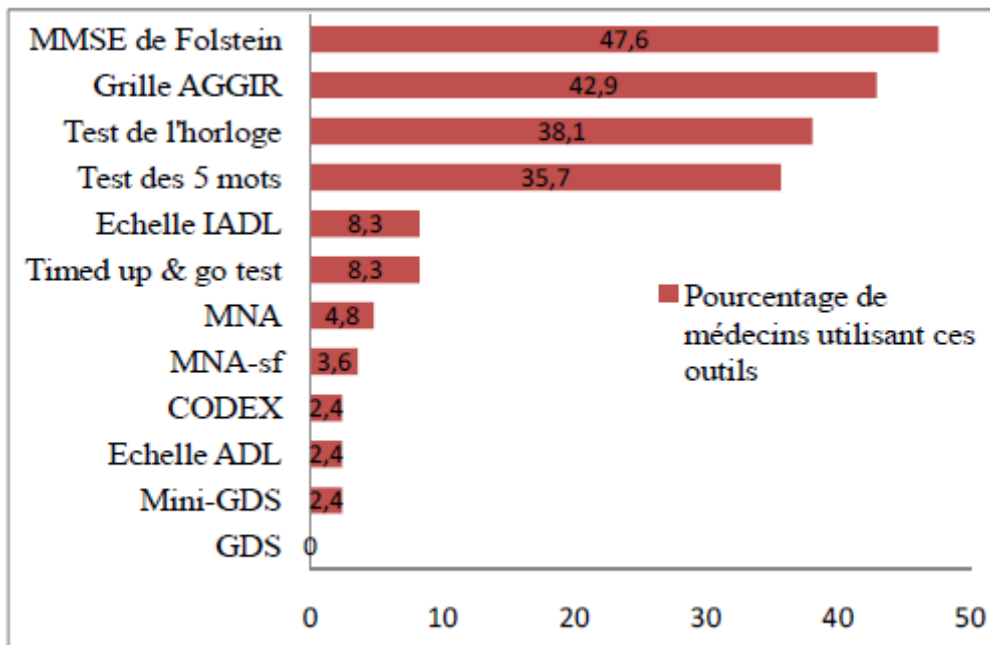
e) Conclusion :

De ces études nous pouvons conclure que l'acceptation des tests de dépistages se heurte à de nombreuses barrières en médecine générale.

Parmi elles, le temps d'explication au patient et le temps de passage. Mais aussi la relation médecin/patient personnalisée rarement compatible avec l'utilisation d'outils standardisés.

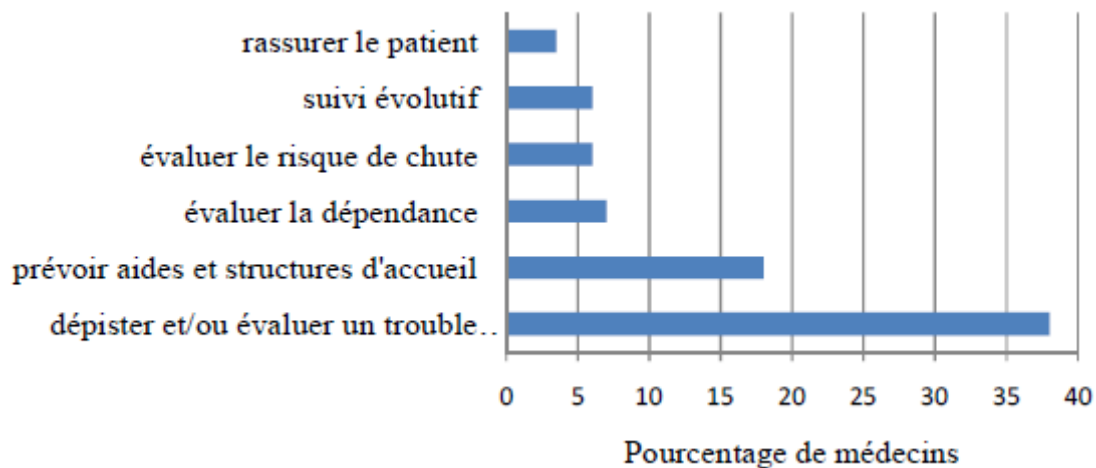
Une thèse parue en 2011(40), a questionné 84 généralistes sur leur utilisation des outils de dépistage gériatrique dont la GDS et la mini-GDS. Elle résume les avantages et les différents obstacles auxquels se heurte l'utilisation de ces instruments.

Figure 5 : Les tests et échelles à visée gériatrique utilisés



On retrouve donc le MMSE en tête loin devant la mini-GDS et la GDS qui n'est jamais utilisée.

Figure 6 : Intérêts de l'usage de ces tests et échelles

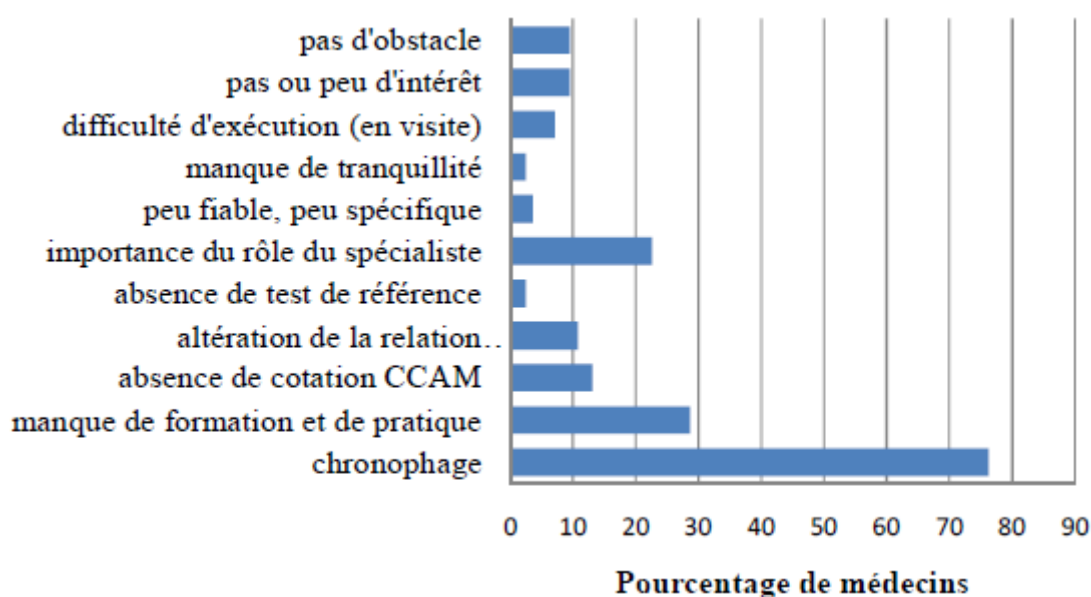


Le dépistage et l'évaluation d'un trouble cognitif arrive largement en tête (38%) ce qui rejoint la haute fréquence d'utilisation du MMSE.

Les quatre intérêts suivants (« prévoir aides et structures d'accueil », « évaluer la dépendance », « évaluer le risque de chute », et « suivi évolutif ») forment un ensemble visant essentiellement à prévenir et à anticiper la perte d'autonomie.

3,5% s'en servent pour rassurer le patient et la famille.

Figure 7 : Obstacles perçus par les médecins



Avec 76,2%, le facteur « temps » arrive largement en tête de ces obstacles suivi par le manque de formation (28,6%). Tous les médecins interrogés ne connaissant pas la mini-GDS entre autres.

Le troisième obstacle (importance du rôle du spécialiste) correspond au rôle du gériatre ou de neurologue, seuls habilités à l'initiation d'un traitement anti-cholinestérasique. Les généralistes trouvent donc inutile la réalisation de tests préliminaires.

En quatrième et cinquième positions on retrouve, l'absence de cotation dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) à 13,1%, et la peur de l'altération de la relation médecin/patient à 10,7%.

Cette étude rejoint donc celle de l'INSERM sur de nombreux points.

D. Conclusion :

Tableau 5 : Récapitulatif des caractéristiques des différentes GDS

	Sensibilité	Spécificité	Nombre d'Items	Temps de passage	Cotation
GDS-15	84,3%(17)	73,8%(17)	15	5 à 7 min (23)	0€
HRDS	—*	—*	17	15 à 30 min (41)	69,12€
MADRS	94,9% (42)	95,3% (42)	10	10 à 20 min (41)	0€
GDS-5 Hoyl (30)	96,7%	73,8%	5	< GDS-15	0€
Mini GDS (18)	68,5%	80,9%	4	< GDS-15	0€

*Bonne fidélité et très bonne validité (43)

Le but de cette bibliographie était d'évaluer plusieurs paramètres :

- L'utilité d'un outil de dépistage comme la mini-GDS en médecine générale qui semble être souhaitable devant le problème de santé publique majeur que représente la dépression du sujet âgé et la place privilégiée qu'occupent les praticiens de ville dans le dépistage de pathologies à prévalence élevée. Il semble aussi que son utilisation est un impact sur la prise de décision thérapeutique.
- La validité des échelles de dépressions gériatriques qui semble être assez solidement démontrée par de nombreuses études depuis la fin des années 1980. Les versions courtes dont la mini-GDS, ont elle aussi été validées.
- La possibilité d'utilisation d'un tel outil en consultation courante. Cela paraît possible avec les versions courtes essentiellement que le praticien pourra compléter en cas de doute. Le faible nombre de questions leur permet de s'intégrer facilement dans une consultation personnalisée sans altérer la relation médecin/patient et en peu de temps. Elles évitent ainsi deux obstacles majeurs à leur utilisation.

- Enfin, des trois paramètres précédents, nous pouvons déduire qu'il apparaît que la mini-GDS serait un outil pertinent dans l'amélioration de la prise en charge de la personne âgée en médecine générale.

ETUDE QUALITATIVE

I. Le type d'étude :

Il s'agit d'une étude qualitative (44) réalisée auprès de médecins généralistes à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés.

Ce type d'étude a été choisi parce que : « la recherche qualitative permet de répondre aux questions de type « pourquoi ? » ou « comment ? ». De son côté, la recherche quantitative essaie aussi de répondre au « pourquoi ? » (quels sont les facteurs de risque ?) quand il s'agit d'étudier un lien de causalité, mais d'une manière statistique, alors que la recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter). » (44)

Ces entretiens ont été enregistrés après accord du médecin, avant d'être retranscrits mot à mot pour permettre leur analyse.

II. Le guide d'entretien :

Les premières questions ont pour but de définir l'échantillon. Elles s'intéressent donc à l'âge, au sexe, au lieu ainsi qu'au mode d'exercice, au nombre d'années d'expérience et d'actes par jour, mais aussi à la maîtrise de stage, à l'activité en EHPAD ou en maison de retraite, à l'activité dans un réseau de soin, à l'informatisation des dossiers, à la participation au Développement Professionnel Continu ou à une formation complémentaire en gériatrie.

Commence ensuite le guide d'entretien semi directifs. Les thèmes abordés au cours de l'interview sont les suivants :

- Les particularités des consultations de personnes âgées : chronophage, relation médecin/patient ;
- Le dépistage de la dépression du sujet âgé : connaissance et utilisation des outils de dépistage ;
- Connaissance et utilisation de la mini-GDS ;
- Avantages et limites de la mini GDS ;

- Organisation du dépistage de la dépression du sujet âgé: informatisation, journée annuelle de dépistage.

III. Le recrutement des médecins :

Le seul critère d'inclusion était d'être médecin généraliste. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Les médecins ont été sélectionnés essentiellement parmi les médecins que j'ai pu remplacer ou d'amis remplaçants ou installés à travers la France.

Il était important, pour la qualité de l'étude, de constituer un échantillon varié en termes d'âge et de lieu d'exercice.

14 médecins ont répondu sur les 17 que j'ai sollicités par téléphone, ce qui s'est avéré suffisant pour arriver à saturation des données.

Le sujet de thèse était présenté de manière évasive afin de ne pas influencer l'entretien ultérieur, en précisant qu'il porterait sur le dépistage de la dépression du sujet âgé et qu'il s'agissait d'une étude qualitative avec des entretiens individuels et anonymes. Je précisais que l'interview devait prendre entre 10 et 20 minutes.

IV. Le déroulement des entretiens :

Les 14 entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone dans le but d'une retranscription intégrale du discours et après accord des participants, en leur assurant le respect de l'anonymat et du secret médical. Il était précisé aux médecins qu'il s'agissait ici d'une enquête, qu'il n'y avait pas de réponse bonne ou mauvaise, que ce n'était, bien sûr, pas un test de connaissance. Ils pouvaient ainsi vraiment exprimer leur opinion la plus sincère et je leur assurais ma neutralité.

Les entretiens étaient réalisés au cabinet du médecin interrogé sauf pour celui réalisé avec un médecin Réunionnais qui a été mené en vidéo conférence via le logiciel Skype. La durée des entretiens était de 8 à 22 minutes pour une durée moyenne de 13 minutes et 20 secondes.

V. L'analyse des données :

J'ai ensuite retranscrit mot à mot chaque entretien à l'aide du logiciel Word, y compris les données non verbale comme les rires, les hésitations et les blancs, pour permettre leur analyse.

Les médecins généralistes que je citerai entre guillemets sont nommés « MG » suivi du chiffre correspondant à leur ordre de réalisation des entretiens.

Ma compagne (non médecin) a ensuite lu les entretiens avant d'en extraire les items de sens. J'ai ensuite réalisé une seconde lecture des entretiens

Ces items ont ensuite été classés par thème.

Le logiciel NVIVO n'a pas été utilisé.

VI. Description de l'échantillon :

1) Le sexe :

7 des 14 médecins généralistes interviewés sont des femmes (50%) et 7 sont des hommes (50%).

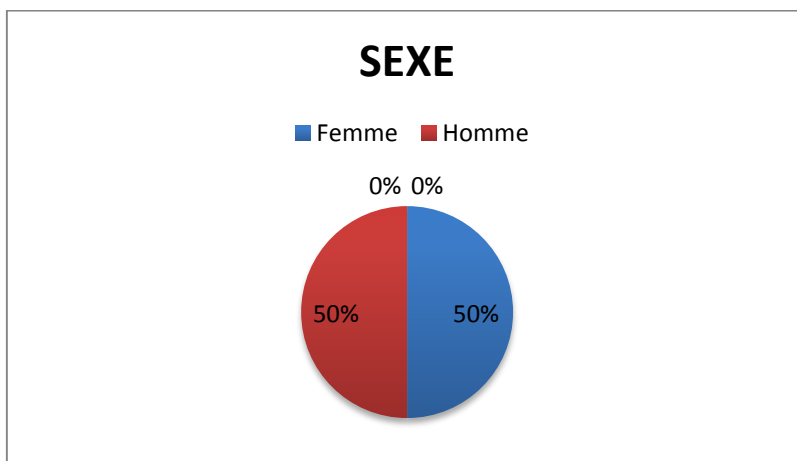


Figure 8 : Répartition des médecins selon le sexe

2) L'âge :

5 Médecins généralistes ont entre 30 et 39 ans (36%), 2 médecins généralistes ont entre 40 et 49 ans (14%), 4 médecins généralistes ont entre 50 et 59 (29%) ans et 3 médecins généralistes ont plus de 60 ans (21%).

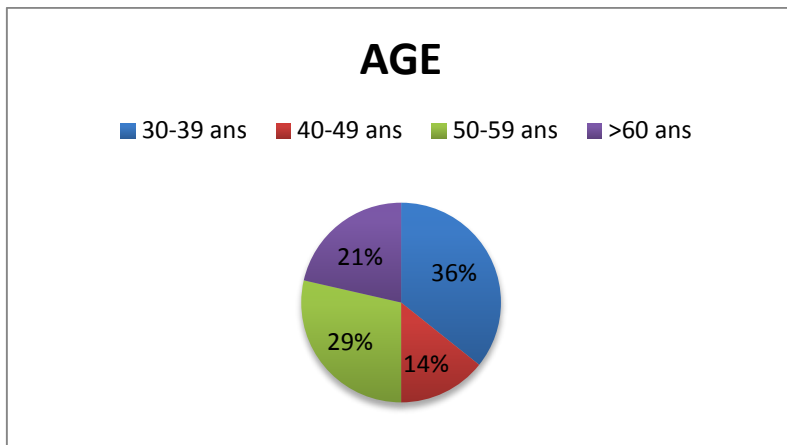


Figure 9 : Répartition des médecins selon l'âge

3) Mode d'exercice :

100% des médecins de l'étude ont un mode d'exercice libéral.

3 d'entre eux sont remplaçants (25%) et 11 sont installés (75%).

Parmi les médecins installés, 7 exercent en secteur 1 et 2 exercent en secteur 2.

4) Lieu d'exercice :

6 médecins généralistes interrogés exercent en milieu urbain (50%) à Paris et à Toulouse. 4 en milieu semi urbain (25%) en île de France, en grande banlieue toulousaine et à la Réunion. Et 3 en milieu rural dans le Gers et 1 en milieu rural en Normandie.

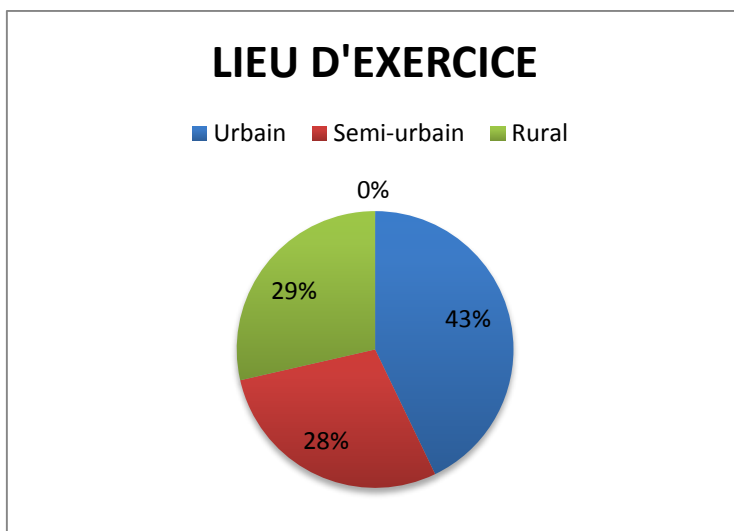


Figure 10 : Répartition des médecins selon le lieu d'exercice

5) Proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la patientèle :

Parmi les 14 médecins, cette proportion varie de 5 à 60%

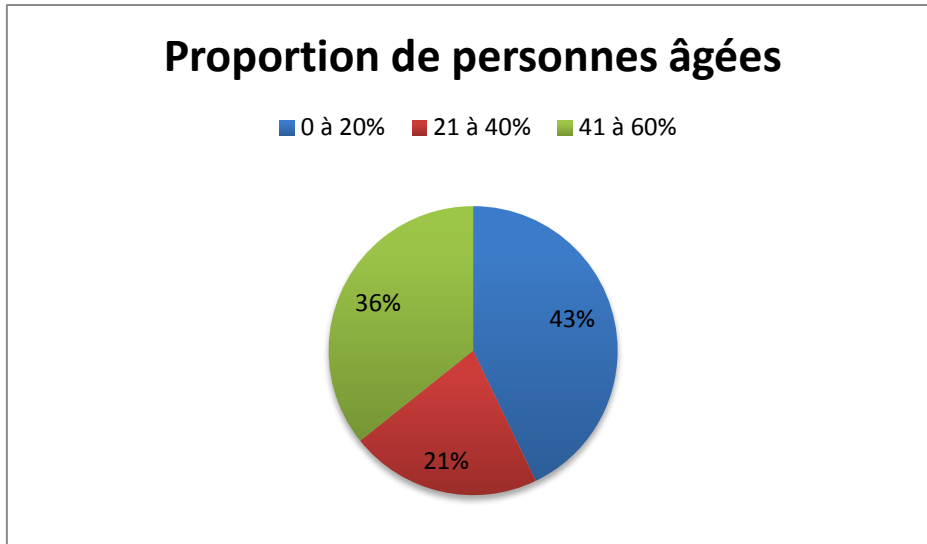


Figure 11 : Répartition des médecins en fonction de la proportion de personnes âgées dans leur patientèle.

6) Autres caractéristiques de l'échantillon :

Sur les 14 médecins interviewés :

- 4 sont maitres de stage
- 13 ont des dossiers médicaux informatisés
- 3 travaillent en maison de santé
- 1 travaille dans un réseau de soins gériatriques
- 2 ont une formation gériatrique complémentaire
- 8 participent au Développement professionnel continu
- 11 interviennent en maison de retraite et en EHPAD

VII. Analyse des résultats :

La saturation des données a été obtenue après douze entretiens.

Différents thèmes sont ressortis de ces entretiens

- Représentation des consultations de personnes âgées
- Représentation de la dépression du sujet âgé et de son dépistage
- Représentation des outils de dépistage
- Représentation de la mini GDS
- Propositions pour l'amélioration de l'utilisation des outils de dépistages

Représentation des consultations de personnes âgées :

Une consultation plus longue et/ou plus complexe	<p><i>« Plus complexes oui pas forcément plus longues euh comme ce sont des patients que je suis depuis des années euh j'ai pas besoin de perdre du temps à rechercher les antécédents tout ça, je les connais, le dossier il est bétonné avec les retours de spé tout ça donc euh c'est euh complexe parce qu'en général ils sont polypathologiques mais voilà pas forcément plus long » MG 8.</i></p> <p><i>« La polypathologie c'est la complexité donc ça rallonge la consultation parce qu'il y a souvent plusieurs motifs » MG 9.</i></p>
Une relation particulière	<p><i>« Bon y'a par exemple des gens que j'ai accompagnés, que j'ai connus plus jeunes, donc c'est vrai que parfois on parle de choses et d'autres quand on se connaît bien. Y'a un côté un peu amitié entre nous » MG 4</i></p> <p><i>« D'accord mais bon on le fait de façon totalement empirique. Quand on est aussi proche de nos patients en général on est quand même très très proches. On a une proximité qui est hors du commun » MG 10</i></p>

<p>Une population fragile</p>	<p>« Quand les gens sont psychologiquement intellectuellement euh corrects, ça se passe bien y'a pas de... mais c'est vrai qu'à partir d'un certain moment il y a des gens âgés qui ont plus autant de facultés qu'on souhaiterait. Disons que ça dure un peu plus longtemps, c'est un peu plus difficile de se faire comprendre et euh surtout l'éducation du traitement c'est plus délicat. Donc on a à faire à des gros bébés en fait (rire). » MG 3</p> <p>« On a beaucoup beaucoup de personnes fragiles psychologiquement voire plus dans cette population là. Plus que chez les jeunes. » MG 9</p>
<p>Une population qui ne se plaint pas toujours</p>	<p>« Le patient se plaint pas, les gens âgés se plaignent pas. Ils vont rarement dire « je suis déprimé, je m'ennuie... ». MG 1</p> <p>« Du coup c'est toujours un peu euh ils disent « non non mais tout va bien c'est la vie ». MG 11</p>

Représentation de la dépression du sujet âgé et de son dépistage :

<p>La prise en charge de la dépression du sujet âgé est plus complexe que chez le sujet jeune</p>	<p>« Ben disons que le sujet jeune euh je vais dire il a toute sa vie devant lui donc il a plein d'espoirs (rire) mais quand on déprime sur le tard c'est un peu plus difficile. Et puis en plus peut être que les traitements sont moins bien tolérés donc c'est plus compliqué et puis bon l'accompagnement, la psychothérapie chez les vieux c'est pas facile, surtout si ils en ont jamais fait, c'est un peu cristalliser les troubles. » MG 4</p>
<p>La dépression est une conséquence du vieillissement</p>	<p>« Qui dit vieillissement dit fonctions supérieures amoindries, c'est un faux terme d'appeler ça dépression. Pour moi hein...c'est une conséquence du vieillissement en fait voilà. » MG 3</p> <p>« Ah complètement j'appellerais pas ça de la dépression, faut se promener dans une maison de personnes âgées pour savoir que ce n'est pas de la dépression (rire). C'est du « baillonnage » » MG 3</p>

La dépression, un diagnostic non fait ou retardé :

- **Par banalisation :**

« je me dis que c'est vraiment en terme de euh, qualité de vie, si tu veux pour le patient pendant des mois il s'est trainé, il a pas mangé, il s'est plaint de ci de ça, on a donné des trucs et puis on a pas donné ce qu'il fallait en gros. Donc au niveau du diagnostic on est très en retard par rapport on va dire « c'est l'âge, il vieillit, il se sent fatigué ben oui ben c'est normal euh voilà » » MG 1

« On ne s'arrête pas assez là-dessus, je pense. On a beau le savoir, on se dit toujours bon il est triste mais bon c'est normal il vit seul et puis je sais pas par exemple il a des douleurs, si on arrive à maîtriser la douleur ça va aller mieux. Mais non je pense pas souvent à la dépression » MG 12

- **Parce que les patients âgés ne se plaignent pas :**

« Le patient se plaint pas, les gens âgés se plaignent pas. Ils vont rarement dire « je suis déprimé, je m'ennuie... ». Enfin ça peut arriver mais globalement ils vont pas se plaindre, ils vont avoir des plaintes organiques, ils vont, on va voir qu'ils perdent un peu du poids, on va penser plutôt qu'ils ont un truc organique et on va penser en dernier qu'ils sont peut être déprimés. » MG 1

- **Parce que le diagnostic est difficile à accepter pour le patient âgé :**

« Parce que souvent leur problème c'est de ne pas admettre qu'ils vont pas parce que bon sur cette tranche d'âge euh de 65 et plus euh « dépressif c'est fou » quoi donc je fais toujours attention de les amener très très doucement. » MG 8

« ils aiment pas trop tout ce qui est un psy tu sais c'est mal vu en fait. Du coup c'est toujours un peu euh ils disent « non non mais tout va bien c'est la vie ». Tu sais ils ont l'habitude, même si y'a des

	<i>problèmes, ben de continuer donc ils vont te dire « non mais ça va y'a des soucis comme d'habitude » » MG 11</i>
L'entourage, une aide à l'orientation diagnostic	<p><i>« moi ce que je vois, y'a des patients dont l'entourage en fait nous dit que ça va pas, que le patient est triste, qu'il va pas bien, qu'il sort plus. Le patient se plaint pas, les gens âgés se plaignent pas. » MG 1</i></p> <p><i>« It : Ok et en pratique comment dépistez vous un état dépressif chez ces patients ? [...]</i></p> <p><i>MG 2 : Oui, euh la plupart du temps la base, s'il y a une plainte du patient directement ou de l'entourage » MG 2</i></p>

Représentation des outils de dépistage :

Méconnaissance des outils de dépistage de la dépression du sujet âgé	<p><i>« Et bien euh rien. Je ne sais rien. Parce que je n'ai pas connaissance d'outil utile euh dans ce domaine. » MG 1</i></p> <p><i>« It : Euh est ce que tu connais des outils de dépistage de la dépression spécifiquement du sujet âgé ?</i></p> <p><i>MG 7 : Non j'en connais pas. » MG7</i></p>
La connaissance d'outils de dépistage n'est pas synonyme de leur utilisation	<p><i>« MG 2 : Il y a les GDS qui sont assez longues mais il y a aussi une version courte la mini-GDS qui est en 4 ou 5 questions je crois.</i></p> <p><i>It : D'accord oui 4. Et c'est des choses que vous utilisez ?</i></p> <p><i>MG 2 : Non je suis désolé » MG 2</i></p> <p><i>« je connais des tests mais que je n'utilise pas, qui sont la derrière moi mais (rire) » MG 5</i></p> <p><i>« MG 14 : J'ai fait des formations sur démence dépressions machins mais j'utilise pas tout ça non rire. Non j'utilise rien</i></p>

	<p><i>It : Mais vous en connaissez quelques uns</i></p> <p><i>MG 14 : Oui mais bon je les utilise pas, quand on les utilise pas on les mémorise pas. Non j'ai travaillé dessus il y a quelques années, je m'en sers pas donc » MG 14</i></p>
<p>Les outils sont plutôt utilisés par d'autres professionnels de santé</p>	<p><i>« moi je fais souvent appel aux consultations spécialisées de gériatrie, les bilans de jour où ils font un peu une évaluation somatique et psychique du patient et éventuellement les tests cognitifs qui permettent de trouver des dépressions. Ce qui est quand même un peu dommage que nous on les trouve pas un peu avant pour euh pour le patient finalement. Parce qu'on les traite pas. » MG 1</i></p> <p><i>« bref après pour les PA bon j'ai pas beaucoup de PA dépressive mais les 2/3 que je suis , c'est des personnes très âgées en maison de retraite et euh donc du coup en maison de retraite c'est eux qui font les échelles » MG 13</i></p>
<p>Causes de la non utilisation de ces outils</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque de temps : <p><i>« Ouais parce qu'en fait on connaît les DSM4 pour les dépistages ou le diagnostic de la dépression mais avec les 2 critères dominants et puis les autres critères etc... on prend jamais le temps de ça dans une consultation où faudrait que la consultation soit dédiée à ça donc en pratique c'est pas utilisable. » MG 1</i></p> <p><i>« à l'époque j'ai rempli des questionnaires c'était intéressant mais bon j'ai vite arrêté par manque de temps » MG 4</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • La relation médecin/patient peut en être affectée <p><i>« Oui le temps et peut être le fait que ça deviennent euh enfin que ça donne un entretien un peu automatisé on va dire. Une relation avec le patient qui soit un peu particulière du fait d'utiliser quelques choses avec des questions un peu précises un peu formatées. » MG 2.</i></p>

	<p><i>« Non je préfère interroger les gens à ma façon, sans suivre ces tests. C'est impersonnel, ça c'est bien pour un spécialiste qui ne connaît pas le patient mais pour le généraliste qui l'a toujours connu je pense que c'est pas nécessaire. » MG 5</i></p> <p><i>« si c'est quelque chose que tu maîtrises pas trop parce que ben t'en vois pas trop en consultation et puis que d'un coup t'es là en train de cliquer sur ton ordi devant le patient à chercher ton truc euh tu vois il va se rendre compte et puis du coup il va se braquer je pense » MG 11</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut y penser : <p><i>« Oui je veux dire euh par rapport à mes questions un peu vague entre guillemets... j'imagine que c'est plus précis et donc plus rapide... Mais voilà faut l'avoir sous les yeux et après peut être euh on la connaît par cœur je sais pas, sinon on y pense pas. » MG 2</i></p> <p><i>« Je crois que quelque soit l'outil en fait, le truc c'est qu'on y pense pas euh on discute plutôt en fait » MG 12</i></p>
<p>Les avantages des outils de dépistages</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aide au diagnostic : <p><i>« je pense que si on l'utilise on va affiner le diagnostic, c'est-à-dire on va faire le diagnostic au lieu d'errer sur d'autres choses qui sont pas forcément des dépressions à cet âge là. » MG 1</i></p> <p><i>« Souvent quand euh j'essaie de poser quelques questions en plus je leur donne un rendez vous où en général je fais la GDS. Donc en fait, je prends en général une demi-heure pour essayer de cadrer. Savoir ce qui peut être du psychologique ou du physiologique et non pathologique. » MG 8</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une aide dans la relation médecin/patient : <p><i>« Non et puis je pense que les patients ils sont pas du tout opposés à partir du moment où on leur explique ça permet de savoir si on doit leur donner un traitement et lequel. Si on l'explique je crois que</i></p>

	<p><i>tout ça devrait pas être un frein à l'utilisation. » MG 1</i></p> <p><i>« Ben je me posais la question, mais c'est plus facile en fait de leur en parler après quand on a fait le test. Au final ça m'est arrivé 2 fois, je leur ai dit ben « selon l'échelle ça montre qu'il y a un état dépressif » et ils ont confirmé oui. Au final j'ai l'impression que ça m'aide à leur en parler et que peut être si je leur en avais parlé « cash » ils auraient pas été très comment dire, d'accord. Quand ils me parlent de problèmes de mémoires et que j'ai un doute que je pense que c'est plutôt le moral, le fait d'avoir l'échelle, un truc un peu objectif pour leur dire que visiblement le moral va pas ça aide à lancer l'idée. » MG 6</i></p> <p><i>« Oui ça m'aide parce que souvent les gens savent pas l'exprimer, et ne le savent même pas s'ils sont dépressifs. Et c'est pas facile d'évaluer cet état même chez soi. Donc souvent ils savent pas verbaliser. » MG 7</i></p> <p><i>« Mais j'ai pas de problème à poser ces questions parce que justement c'est intéressant dans le sens où ça automatise un petit peu les choses avec des termes qui euh sont à côté, qui ne sont pas des questions qui font penser à la personne que je peux juger euh leur état donc ça c'est intéressant parce que moi c'est parfois personnellement assez compliqué parce que on pose des questions, j'essaie de travailler les techniques de communication pour poser des questions ouvertes les plus neutres possibles sans donner l'impression de juger voilà c'est pas toujours une situation facile mais... donc du coup voilà les questions des échelles sont bien parce qu'elles sont neutres, et un peu standardisées et euh et ne donne pas à penser au patient qu'on peut les juger sur euh un état de fragilité de faiblesse qu'on condamnerait ou quelque chose comme ça donc ça c'est assez bien et voilà... » MG 8</i></p> <p><i>« Ben si après ce genre de trucs si je les ai en tête en étant systématique, ça me permet... tu vois les gens souvent te dirigent</i></p>
--	--

	<p><i>euh vers ce qu'ils veulent bien te dire. Donc si tu gardes ces échelles, en restant systématique ça te permet d'ouvrir vers d'autres points je pense. Donc oui c'est intéressant » MG 11</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cela peut permettre de repérer un patient fragile : <p><i>« donc euh forcément c'est quelque chose de connu, c'est une prise en charge globale du patient la gériatrie et comme c'est complexe la gériatrie, c'est pour ça qu'il existe toutes ces euh grilles MMS, GDS, Tinetti etc...voilà pour évaluer chaque dimension de la personne. Euh donc moi c'est pour ça que je me suis formé au repérage de la fragilité, c'est intéressant d'avoir une photographie à un temps donné sur tous les versants... voilà. » MG 8</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet de répondre à une demande de dépistage venant du patient : <p><i>«De toutes façons on voit bien que plus on inclut de dépistages, les patients quelques fois sont réticents et puis finalement après ils disent : « AH mais est ce que c'est pas le moment de... » Je pense que ça peut s'intégrer dans une démarche euh diagnostic.» MG1</i></p>
--	--

Représentation de la mini-GDS :

<p>Intérêts de la Mini GDS :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une échelle rapide et simple à utiliser : <p><i>« Ca paraît intéressant à utiliser parce que y'a pas beaucoup d'items et donc au niveau du temps qu'on peut consacrer dans une consultation au dépistage ça paraît utile, ça paraît assez simple donc si c'est simple on pourra s'en servir. » MG 1</i></p> <p><i>« Il est bien, déjà c'est intéressant parce qu'il est court donc il me paraît intéressant en effet mais je l'ai jamais utilisé. » MG 4</i></p> <p><i>« Ouais je la connais...alors je l'utilise pas , ce qui est probablement un tort. Parce que c'est quelque chose de vite fait et ça pourrait être</i></p>
---	--

fait en consultation euh c'est vrai » MG 9

- **Une échelle qui peut faire gagner du temps :**

« MG 2 : Les avantages, ben déjà c'est un outil validé. Ça permet de suivre l'évolution si tu mets en place un traitement avec une échelle précise. Euh et puis finalement si tu utilises l'échelle j'imagine que ça fait gagner du temps si tu as vraiment l'échelle sous les yeux.

It : Gagner du temps ?...

MG 2 : Oui je veux dire euh par rapport à mes questions un peu vague entre guillemets... j'imagine que c'est plus précis et donc plus rapide... » MG 2

- **Un résultat positif entrainerait un changement de prise en charge :**

« Je pense oui que ça peut amener à modifier un traitement. Euh à corriger un diagnostic mal posé d'un trouble différent parce que je pense qu'on accuse à tort les troubles cognitifs à cet âge là et que peut être on est face à une dépression un peu différente du fait de l'âge du sujet donc euh je pense que ça permet d'affiner le diagnostic. C'est quand même sécurisant pour nous je pense » MG 1.

« It : Ok, alors euh qu'est ce que tu ferais maintenant que tu connais ce test si tu avais un résultat positif, est ce que ça déclencherait quelque chose au niveau thérapeutique ou d'examens ?

MG 4 : D'examen bon pas forcément euh au niveau thérapeutique peut être ben les voir un peu plus souvent pour une psychothérapie de soutien surtout. Pour les PA c'est surtout, elles aiment bien quand elles ont une réponse à leurs questions quand elles s'ennuient chez elles. La plupart quand elles appellent moi j'ai encore une patiente tout à l'heure, Mme X, bon elle ne vient pas

	<p><i>forcément me voir mais elle passe un petit coup de fil et puis quand je lui réponds on sent qu'elle est contente. Donc euh les voir régulièrement, leur parler, les faire parler voilà je pense que pour les PA c'est mieux un soutien psy qu'un traitement lourd. Il m'arrive de donner des ATD quand même ça dépend. » MG 4.</i></p>
<p>Limites de la Mini GDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un test inutile car « forcément » positif : <p>« C'est sûr qu'à partir de 70ans la personne qui vous répondra euh négativement aux 4 questions [comprendre « qui aura un score de 0/4] euh c'est quoi c'est 2%, 3% c'est excessivement rare » MG 3</p> <p>« Non, je l'utilise pas mais tu vois je me dis que je l'utilise pas assez parce qu'en effet ça permettrait de dépister après c'est vrai que quand on a une consultation euh parfois longue parce qu'il y a d'autres motifs on n'a pas trop le temps de terminer sur une échelle. Soit parce que le motif est celui vraiment d'un moral qui va pas bien et auquel cas je, peut-être à tort, mais je suppose qu'un des 4 items sera de toute façon oui donc j'embraye sur la prise en charge de la dépression qui est déjà diagnostiqué quelque soit le stade » MG 9</p> • Des questions trop fermées : <p>« MG13 : Je pense que chez les personnes très âgées tu vois je sais pas pourquoi mais j'aurais du mal à...85 et plus tu vois je sais pas pourquoi. Je trouve pas ça euh rire. Après de 65 à 80 me demande pas pourquoi mais oui pourquoi pas. Plus vieux ils sauraient pas me répondre...</p> <p>It : Au dessus de 80 ans ils sauraient pas te répondre ?</p> <p>MG 13 : Non je sais pas en fait je trouvent qu'elles sont pas trop ouvertes les questions alors que est ce que vous mangez ? ou des trucs plus simples peut être » MG 13</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Un test d'orientation mais pas de diagnostic : <p><i>« Euh oui ça peut être bien au départ mais en fait souvent je les fais revenir du coup pour ça tu vois quand ils m'en parlent et tout souvent c'est au milieu d'une consultation pour autre chose. Je leur dit ça on va l'approfondir je veux vous revoir pour qu'on discute que de ça » MG 6</i></p> <p><i>« Les limites c'est que ça te donne une vue d'ensemble. C'est pas limité en fait ça te donne juste une orientation. Ça permet d'essayer de s'orienter donc c'est pas limité, ça te permet de dire si je dois aller plus loin ou pas. » MG 8</i></p> <p><i>« Attends y'a un truc qui me vient en tête je pense que les PA que j'ai vu moi qui étaient dépressives. Elles étaient tellement...euh y'avait pas de doute c'était tellement gros je sais pas si j'aurais fait le test. Je pense en fait que t'as vraiment un intérêt quand c'est un peu dépression un peu, euh pas si évidente à mettre en évidence. » MG 13</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • D'autres éléments de l'interrogatoire paraissent aussi voire plus pertinents que la mini GDS : <p><i>« Ça se ressent, on est des cliniciens on observe les gens toute la journée, donc forcément tu sais tout de suite si ça va bien ou pas, y'a pas de souci la dessus. » MG 3</i></p> <p><i>« Oh j'ai pas besoin de poser des questions, elles parlent d'elles-mêmes. Elles n'ont plus envie de sortir, elles se réfugient dans leurs chambres, elles n'ont plus envie d'aller faire les courses, elles ont plus envie de faire la cuisine... » MG 5</i></p> <p><i>« Oui alors je l'applique [la mini GDS] d'une manière un petit peu euh empirique... Pas forcément très cadrée. Et après je passe au GDS 30 parce que comme j'ai fait des petites études sur la mémoire, l'Alzheimer et tout ça, on m'a toujours dit de faire quand</i></p>
--	--

je peux il faut faire la GDS » MG 8

« Pour le dépistage après euh c'est vrai quand les gens viennent pour une plainte euh justement d'asthénie ou de moral en berne, sur les 4 items forcément il y en a un qui va être euh positif, après euh je sais qu'elle est validé mais pour un score supérieur ou égal à un, savoir qu'il y a une dépression probable, on va dire que je le sais différemment. » MG 9

- **Un résultat positif à ce test n'a pas forcément d'impact thérapeutique :**

« Je vois pas l'intérêt euh en pratique ça ne débouchera pas sur une thérapeutique. Donner des médicaments à des personnes âgées parce qu'ils ont pas envie de s'amuser, c'est être à côté du sujet. » MG 3

« Mais après [une mini GDS positive] il faut pouvoir apporter de suite quelque chose. Pouvoir dire qu'est ce que je vais faire. A qui je l'adresse, qu'est ce que je mets ou pas comme médicament. Après il faut pas que je tourne en rond... quoi. C'est vrai que les antidépresseurs chez les personnes âgées je connais pas trop. S'il y a des associations aussi je connais pas trop. Je suis pas très très au point. » MG 7

Propositions pour une amélioration de l'utilisation des outils de dépistages :

<p>Intégrer la Mini GDS aux logiciels médicaux</p>	<p><i>«Oui si c'était plus simple effectivement de le pratiquer, plus simple d'accès si c'était dans un logiciel intégré au sein de la consultation oui pourquoi pas » MG 2</i></p> <p><i>« It : D'accord euh est ce que tu l'utiliserais si on te le mettait dans ton logiciel ?</i></p> <p><i>MG 5 : Oui ça serait mieux car là il est sous une pile de documents, donc bon...» MG 5</i></p> <p><i>« Ben en fait aussi ça manque un peu de spontanéité tu vois après si tu l'as toujours en tête ou direct sur ton ordi tu peux euh organiser ta consultation et ta discussion avec ton patient tu vois mais euh si c'est quelque chose que tu maîtrises pas trop parce que ben t'en vois pas trop en consultation et puis que d'un coup t'es là en train de cliquer sur ton ordi devant le patient à chercher ton truc euh tu vois il va se rendre compte et puis du coup il va se braquer je pense » MG 11</i></p>
<p>La valorisation de l'acte de dépistage</p>	<p><i>« sinon l'échelle MADRS que je fais plus facilement, tout simplement parce que c'est bien valorisé sur le plan euh de l'acte puisqu'on peut coter un ALQP003 à 69,12€ je crois parce que c'est des consultations qui prennent souvent du temps. » MG 9</i></p> <p><i>« Oui j'ai déjà utilisé euh Hamilton mais bon voilà c'est long, ça prend une consult... après c'est valorisé donc ça va » MG 12</i></p>
<p>Nécessité de formation à l'utilisation de ces outils</p>	<p><i>« j'ai souvent des patients qui répondent par plus que oui ou non quoi, et dès fois il faut interpréter presque leurs réponses parce qu'ils te disent que...fin bon, là aussi peut être, il faudrait qu'on soit un peu mieux formé à la véritable euh enfin à la véritable façon de les passer, la plus standardisée. » MG 9</i></p>

	<p><i>« MG 13 : Oui si on apprend à les interpréter quoi</i></p> <p><i>It : D'accord si on t'apprend quoi faire après avec les résultats...</i></p> <p><i>MG 13 : Oui</i></p> <p><i>It : ok mais euh il faudrait qu'il y ait aussi un guide de soutien ou ce genre de chose...</i></p> <p><i>MG 13 : Par exemple si tu prends le MMS bon t'es content tu sais que ton patient il a un MMS perturbé et après tu sais moi je sais pas vraiment dire bon il y a une dyspraxie à ce niveau là etc. Je sais qu'il y a certains médecins hyper spécialisés en gériatrie qui vont le faire. Moi je sais pas l'interpréter de façon poussée donc je sais pas je l'envoie chez le gériatre et la psychiatrie tu vois justement j'ai eu un souci avec une PA qui avait une grosse dépression et les psychotropes chez les personnes vraiment âgées moi je trouve que j'aimerais avoir une formation vraiment sur ça. Parce que une fois que je sais qu'il est vraiment dépressif dès fois c'est un peu help je dirai. Je parle pour 80 ans. Donc moi faudrait que j'ai un protocole derrière. » MG 13</i></p>
<p>Une consultation annuelle systématique et valorisée de dépistage de différentes pathologies du sujet âgé incluant la Mini GDS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une bonne idée : <p><i>«ça pourrait être une idée intéressante. On y pense pas forcément lors d'une consultation de renouvellement donc pourquoi pas fixer une journée de dépistage systématique de ce genre de soucis» MG 2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Une bonne idée uniquement pour certains patients : <p><i>« Bon après peut être que si on dépistait, on aurait des surprises, bon moi je pense que je le ferais pas spontanément. Il y a des patients avec qui je le ferais bien mais euh y'en a certains tu sais qui sont actifs entourés. » MG 6</i></p>

« Et donc chez ces personnes fragiles il a été démontré que les faire bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée euh pour qu'un plan de prévention soit mis en place permet de corriger ces facteurs de fragilité. Donc si tu veux peut être pas de façon systématique je trouve que c'est un peu trop lourd à moins qu'il y ait vraiment des consultations de santé publique au sein des structures en santé avec du personnel qui puisse voir tout le monde mais c'est un peu compliqué, par contre repérer dans la population des plus de 65 75 voire 80 ans les personnes fragiles et elles les évaluer de façon euh multi dimensionnelle comme ça avec toutes ces grilles cognitives psychologiques nutritionnelles, moteur, ça je trouve ça très intéressant parce que pour dépister un problème comme ça on peut essayer d'apporter une solution : atelier mémoire, kiné, psychologue. Mais ça permet aussi d'avoir la photographie d'une personne qui peut être euh dans plusieurs mois va déclencher une pathologie pour laquelle un traitement pourra être décidé en fonction justement de son niveau cognitif etc etc »

MG 9

- **Inintéressant en pratique :**

« Tout faire en une consultation après 65 ans en ayant des hypertendus, des insuffisants cardiaques, des diabétiques, tout ce qui est diététique tout ça on l'aborde à d'autres moments. Et quand il y a une plainte euh mnésique ou trouble du sommeil qui était pas là avant, on va s'orienter un peu différent. Après faire à un moment donné dans l'année pour refaire un peu le point, ça me paraît pas euh très opportun je crois. Le fait est que ce sont des gens que je vois, si tout va bien, 3 ou 4 fois par an. » MG 8

« je pense que quand même ça doit s'inscrire euh chez les patients qui reviennent tous les 3 mois j'espère que bon plutôt que de prendre une heure pour un patient une fois par an, si tu les vois tous

	<p><i>les 3 mois pour un renouvellement, moi je sais que je le mets en note « à la prochaine consult vérifier ça ou ça » et du coup enfin moi je marche plutôt comme ça. Une consultation d'une heure ça « soule » les patients souvent ils sont pressés c'est pas eux qui conduisent, donc que tu leur fasses tu vois, une seule consultation c'est un peu lourd quoi, vaut mieux essayer si c'est des patients qui reviennent de faire ça un peu en continu.» MG 11</i></p>
--	---

DISCUSSION

I. Limites méthodologiques et biais :

1) Le choix de la méthode :

Le choix fait ici est celui d'une étude qualitative. L'objectif était d'étudier la représentation de la dépression du sujet âgé et plus particulièrement son dépistage. Une étude statistique ne paraissait donc pas adaptée devant la complexité et surtout la subjectivité des éléments entrant en jeu. (cf Matériel et méthode)

Ce travail présente les limites inhérentes à ce type d'études. Il ne peut rendre compte de la réalité des pratiques. Lors des entretiens semi-dirigés nous obtenons des données déclaratives. Or il existe une discordance entre ce que le médecin fait en pratique (ex : je n'utilise jamais de test de dépistage de la dépression) et ce qu'il considère comme une attitude adaptée (ex : je dois être plus systématique dans ce dépistage). Le risque étant qu'il adapte son discours à ce qu'il pense que l'interviewer veut entendre, et ce malgré les avertissements de ce dernier avant de commencer l'entretien.

2) Les biais :

a) Biais de sélection :

J'ai essayé au cours de mon travail de diversifier autant que possible mon échantillon en termes d'âge mais aussi en termes de lieu d'exercice. La diversité a aussi été recherchée dans l'activité gériatrique et la formation des médecins interviewés dans ce domaine. J'ai également interviewé plus de médecins ruraux que prévu, ces derniers étant confrontés à une proportion élevée de personnes âgées dans leur patientèle.

b) Biais d'investigation :

Un des biais possibles réside dans la faible expérience de l'enquêteur en termes d'entretien semi directif et ce malgré les cours sur la recherche qualitative dispensés au département de médecine générale de la faculté de Paris 7.

Le statut de l'enquêteur peut aussi représenter un biais. Je suis médecin généraliste remplaçant et je me suis toujours présenté comme tel. Or ceci peut représenter un frein dans les réponses des médecins interviewés par peur d'être jugé par un confrère.

II. Synthèse des résultats

1) Représentation des consultations des personnes âgées :

Les relations avec les patients âgées présentent des particularités pour tous les médecins interrogés. Quels que soient leur âge et leur lieu d'exercice ces consultations sont souvent jugés plus **longues** et plus **complexes** le plus souvent à cause des pathologies multiples à gérer.

Mais la **polypathologie** n'est pas la seule explication. Les médecins généralistes (surtout installés) représentent un lien social essentiel pour les patients âgés. Les consultations sont l'occasion pour le patient de raconter ses problèmes sur les plans personnel et familial. Il s'instaure dès lors une relation parfois très intime qui dépasse nettement le cadre du médical pur. Bien plus qu'un renouvellement d'ordonnance, ces patients viennent chercher une écoute et un soutien psychologique chez leur médecin.

Cette relation fait du médecin généraliste un acteur essentiel du dépistage de la **fragilité** de ses patients.

Certains médecins relèvent qu'il est parfois difficile d'obtenir les bonnes informations auprès de ces patients. Ils peuvent avoir tendance à cacher des éléments car il est compliqué de faire face à son vieillissement et à sa perte d'autonomie.

2) Représentation de la dépression du sujet âgé et de son dépistage :

Le dépistage et la prise en charge de la dépression est majoritairement perçu comme **plus difficile chez le patient âgé**.

Il s'agit d'un diagnostic difficilement évoqué pour plusieurs raisons :

- Le patient et le médecin peuvent avoir tendance à **banaliser** certains symptômes de dépression et à les attribuer à la « normalité » du vieillissement.
- D'autres pathologies liées au vieillissement, et notamment les troubles cognitifs, viennent troubler le diagnostic et la dépression fait parfois office de **diagnostic d'élimination**.
- Les patients ont une **image très négative de la dépression**. C'est une maladie psychiatrique donc cela peut être assimilé à de la « folie ». Mais il s'agit aussi d'un « aveu de faiblesse » difficile à accepter sans se sentir jugé.

Les médecins interviewés ont ainsi rejoint les hypothèses énoncées dans l'introduction de ce travail. A savoir la banalisation des symptômes dépressifs et les difficultés d'acceptation du diagnostic par les patients.

L'entourage aide parfois au diagnostic.

3) Représentation des outils de dépistage :

Les outils de dépistages de la dépression du sujet âgé sont **mal connus** et même s'ils le sont, ils sont **peu ou pas utilisés**.

Les raisons de cette « non utilisation » :

- Le **manque de temps** ;
- **L'impact négatif** éventuel sur la relation médecin/patient à cause du côté impersonnel de ses tests ;
- La difficulté à simplement **penser** à faire ces tests en consultation.

Qu'ils les utilisent ou pas, la majorité des médecins trouvent toutefois des côtés positifs à ces outils.

Ils représentent :

- Une **aide au diagnostic**, surtout en termes de diagnostic différentiel avec les troubles cognitifs ;
- Une **aide dans la relation médecin/patient**. Ils permettent d'aborder des sujets que le patient n'abordera pas spontanément (voire refusera d'aborder) sans que celui-ci ne se sente jugé grâce à la standardisation des questions ;
- Une **aide au repérage de la fragilité**. Ils peuvent permettre de renforcer la prévention et le suivi de certains patients fragiles avant une aggravation éventuelle ;
- Une **réponse à la demande des patients**. Certains patients ont besoin être rassurés par des dépistages réguliers.

4) Représentation de la mini GDS :

La mini GDS apparait comme un outil **simple, rapide** et pouvant même **faire gagner du temps**.

Elle est donc **utilisable** en pratique.

Cependant seuls certains médecins la trouvent **utile**, et jugent que son résultat entrainera une **modification de prise en charge**.

Elle est également jugée **insuffisante** pour poser le diagnostic de dépression, elle n'est considérée que comme un **outil d'orientation**.

Enfin, certains la trouvent **inutile** estimant qu'elle sera positive dans tous les cas ou qu'ils posent déjà les mêmes questions sous une autre forme plus personnalisée et plus pertinente. Un des médecins trouvant les questions de cet outil trop **fermées**.

5) Propositions pour une amélioration de l'utilisation des outils de dépistages :

- Informatisation des outils :

Les médecins qui utilisent ou qui voudraient utiliser la mini GDS mais aussi les autres outils jugent utile qu'ils soient **intégrés dans leur logiciel médical**. A défaut, beaucoup ne penseront pas à les utiliser.

- La valorisation des dépistages :

Il apparait que **les outils les plus utilisés sont les outils valorisés**. Notamment l'échelle de Hamilton en ce qui concerne la dépression. Quand ils sentent un problème la plupart des médecins font revenir le patient. Cela permet d'avoir le temps mais aussi de valoriser indirectement l'acte de dépistage.

- Consultation annuelle de dépistage :

La consultation annuelle de dépistage systématique parait utile à certains médecins.

Cependant elle n'est jugé le plus souvent utile que pour certains patients repérés à risque.

Certains trouvent cette consultation inutile pour des patients qu'ils voient forcément de manière régulière. Faire **tous les dépistages en une seule fois semble lourd et inutile** pour le médecin et le patient.

- La nécessité d'une formation :

Pour la majorité des médecins interrogés une formation est nécessaire pour bien utiliser ces outils. Sans compter que, pour un des médecins, la conduite à tenir une fois le diagnostic de dépression posé, reste assez flou. Il a donc fait part de son besoin de se former (ou de se re-former) dans ce domaine.

III. Comparaison avec la bibliographie

1) Représentation des consultations des personnes âgées :

La quasi-totalité des médecins interrogés décrivent des consultations plus longues ce qui rejoint les chiffres de l'étude du DREES (26). Je rappelle que celle-ci montre que les consultations avec des patients de plus de 70 ans sont plus longues de 6% en moyenne.

La relation particulière qu'ils décrivent avec ces patients fait du médecin de famille la personne la mieux placée pour les dépistages. C'est sur cette situation particulière du médecin généraliste que s'est fondée l'expérience de consultation annuelle de dépistage (27).

2) Représentation de la dépression du sujet âgé :

Pour la majorité des médecins interrogés, il est plus difficile de diagnostiquer la dépression chez le sujet âgé que chez le sujet jeune ce qui va dans le sens du faible taux de diagnostic de cette pathologie chez ces patients (40%) (2).

La banalisation des symptômes de dépression est également observée dans l'étude australienne (29) citée plus haut selon laquelle certains médecins jugent que l'humeur de leur patient est normale aux vues des circonstances et cela malgré un test GDS positif.

3) Représentation des outils de dépistages :

- Défauts des outils :

Les réponses des entretiens rejoignent celles de l'étude de l'INSERM (31) au niveau du manque de temps et de l'altération de la relation médecin patient. Cette étude (31) ne mentionne pas le simple fait de ne pas penser à leur utilisation.

Mes résultats sont aussi concordants avec la thèse de 2011 sur le sujet (33) sur la chronophagie et le côté impersonnel du test, mais aussi le fait que ces tests seraient plutôt utiles aux spécialistes.

- Intérêts des outils :

Les résultats recourent ceux de l'étude de l'INSERM (31) en termes d'aide au diagnostic par renforcement d'un jugement clinique, mais aussi en termes de prévention, donc de repérage des patients fragiles, et en termes de rassurance des patients.

Dans la thèse de 2011 (32), on retrouve également cette notion de dépistage et de prévention de la fragilité (risque de chute, perte d'autonomie). Mais aussi l'utilité de ces outils dans la rassurance des patients donc répondant à une demande.

On ne retrouve pas directement dans cette littérature (31,32) la notion d'aide dans la relation médecin/patient que j'ai retrouvée chez de nombreux interviewés, mais plusieurs éléments évoquent cette notion dans ces études. On citera la rassurance (31,32), la justification d'un traitement préventif (31) ou encore l'évaluation de la dépendance (32).

4) Représentation de la Mini GDS :

La figure 5 (33) montre une **très faible utilisation** de la mini GDS par rapport à d'autres outils de dépistage gériatrique. Ceci va tout à fait dans le sens de ce que j'ai pu constater au cours des entretiens.

L'idée selon laquelle il s'agit d'un outil inutile car « forcément positif » peut être mise en perspective avec les performances de la mini GDS. Contrairement à ce que pensent certains médecins ce test a une spécificité de 80,9% (11) soit légèrement supérieure à celle de la GDS 15. Le nombre de faux positifs n'est donc pas aussi élevé qu'ils ne le pensent. Ce préjugé sur la mini GDS limite donc son utilisation par manque d'information des praticiens.

Cependant l'idée selon laquelle il ne s'agit que d'un outil d'orientation et qu'il soit insuffisant pour poser le diagnostic doit aussi être mise en perspective avec les performances de la mini GDS. Avec une sensibilité à 68,5% (11) (soit nettement inférieure à celle de la GDS 15) il paraît justifié de continuer les investigations après un test négatif pour éliminer les faux négatifs.

On peut supposer que le faible nombre d'items de cette échelle représente paradoxalement un obstacle à son utilisation. Qu'il soit positif ou négatif, les médecins ont du mal à accorder du crédit au résultat. Ils préféreront faire revenir le patient pour reparler du sujet et /ou faire un test plus long (Hamilton ou GDS par exemple) pour pouvoir poser le diagnostic.

5) Propositions pour une amélioration de l'utilisation des outils de dépistage :

- Informatisation :

Cette proposition approuvée par la plupart des médecins interrogés est retrouvée dans les hypothèses de l'étude de l'INSERM (31). L'étude allemande (32) a montré des résultats encourageant dans ce sens mais au prix d'une logistique assez lourde. Une intégration de tests comme la mini GDS dans les logiciels médicaux semble être une première étape plébiscitée par les praticiens.

- La valorisation du dépistage :

L'INSERM (31) émet l'hypothèse que si le MMSE et l'échelle d'Hamilton sont les plus utilisés c'est parce que ces actes sont valorisés. Comme le soulignent les médecins interviewés, le dépistage est chronophage et nécessite donc une rémunération.

- La formation :

L'INSERM (31) et la thèse d'E. BLANCHET (33) reviennent sur la nécessité d'une formation spécifique à l'utilisation de ces outils. Des médecins interrogés ici insistent également là-dessus. Non seulement une formation est nécessaire pour faire passer les tests, mais aussi pour la prise en charge en cas de dépistage positif. Faute de quoi, ces outils sont inutiles en pratique.

- Une consultation annuelle de dépistage :

Cette idée expérimentée en 2006 (27), n'a pas été plébiscitée par les médecins interrogés quelque soit leur âge et leur lieu d'exercice. Même si elle est correctement valorisée, elle paraît trop lourde et inutile dans le cadre d'un suivi régulier des patients âgés. Ils considèrent toutefois qu'ils auraient certainement des « surprises » s'ils dépistaient de manière systématique la dépression. Ceci va dans le sens de ce qui a été constaté par les médecins qui ont participé à l'expérience de 2006.

En revanche l'idée d'un guide pour la gestion de « l'après dépistage » paraît intéressante.

IV. Perspectives

La mini GDS ne suscite donc pas l'enthousiasme des praticiens interrogés, mais celle-ci est très largement méconnue.

Aller plus loin dans l'évaluation de cette échelle nécessite deux étapes :

- Informer les médecins sur les performances réelles de ce test en termes de spécificité et de sensibilité, afin qu'ils fassent confiance aux résultats.
- Intégrer ce test dans les logiciels médicaux. On pourrait imaginer un onglet qui apparaîtrait dans tous les dossiers des patients de plus de 65 ans.

Il serait ensuite possible de faire une étude prospective sur l'utilité de cette échelle en termes d'amélioration du diagnostic et de la prise en charge de la dépression du sujet âgé.

CONCLUSION

La dépression est la maladie psychiatrique la plus fréquente chez les patients âgés (2). Plusieurs travaux montrent qu'elle est mal diagnostiquée, avec des patients sur (8) ou sous traités (9) selon les études.

La relation particulière entre les patients âgés et leur médecin généraliste fait de ce dernier un acteur essentiel du dépistage de la dépression chez les plus de 65 ans.

Malgré cela les chiffres ne sont pas bons (40% seulement d'entre elles seraient diagnostiquées (2)) alors que nous disposons d'un outil validé et rapide dans ce domaine, la Mini-GDS. Une échelle de 4 items avec une spécificité de 80,9% et une sensibilité de 68,5%.

Le but de ce travail est d'essayer d'identifier certaines causes expliquant cet état de fait et d'évaluer la pertinence d'un outil de dépistage en médecine générale comme la Mini GDS.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 12 médecins généralistes majoritairement installés en milieu urbain et rural.

Bien que la grande majorité des médecins interrogés jugent cet outil utilisable, très peu le trouvent réellement utile en pratique.

Plusieurs facteurs expliquent cela :

- Le côté impersonnel des outils de dépistage en général. Les praticiens interrogés préfèrent mener l'entretien avec leurs propres questions. Ils connaissent généralement très bien ces patients et jugent inutile l'utilisation de ce genre d'outil pour dépister un état dépressif. Certains reconnaissent cependant que cela n'est peut être pas suffisant et qu'ils peuvent banaliser certains symptômes dépressifs.
- La méconnaissance de l'outil et de ses performances. Le faible nombre d'items de la Mini GDS en fait un simple outil d'orientation pour la plupart des médecins interrogés. Malgré une bonne spécificité certains pensent qu'il sera de toute façon positif chez la grande majorité de leurs patients âgés.
- Même pour les médecins trouvant ce test utile, il reste le problème de tout simplement « y penser ».

La Mini GDS ne paraît donc pas pertinente en l'état pour les médecins interrogés.

Si le côté impersonnel risque de rester un obstacle sur lequel il sera très difficile d'agir, d'autres solutions simples sont envisageables.

Il semble assez simple d'informer les praticiens sur les performances réelles de cet outil et de leur donner ainsi confiance en son utilisation. Cela pourrait s'intégrer à la formation médicale continue par exemple.

Intégrer la Mini GDS aux logiciels est également une proposition simple, facile à mettre en place et plébiscitée par les médecins interrogés.

La marge de progression en termes d'utilisation de la Mini-GDS est donc importante chez les médecins intéressés par ces outils. Il serait ensuite intéressant d'évaluer l'efficacité diagnostic de la Mini GDS par une étude prospective comparative entre les médecins l'utilisant et ce ne l'utilisant pas.

Cela permettrait, si les résultats sont concluants, de présenter les performances de la Mini GDS de manière plus adaptée à la médecine générale.

L'utilisation de la Mini GDS n'est évidemment pas la panacée en termes de diagnostic de la dépression du sujet âgé. D'autres efforts sont à faire au niveau de la banalisation des symptômes notamment. Mais il est rare d'avoir des outils aussi rapides et faciles à utiliser en consultation. Ne reste plus qu'à montrer sa pertinence éventuelle de manière quantitative en médecine générale pour convaincre les praticiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: global burden of disease study. *Lancet*, 1997 349, 1498–1504.
2. Hunter D, Saxena S, Sharan P, Jacobsson L, Unnsteinsson H, Jané-Llopis E, Ivanov I, Rekve D, Møller L, Meulenbergs L, Bertolote JM, Radulescu R, Belfer M, Drew NJ, Funk MK, Lund C, Grigg M, McDaid D, Wahlbeck K. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l’OMS, 2006.
3. Beck F, Guignard R. La Dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d’information de la population. *LA SANTÉ DE L’HOMME* - N° 421 - septembre-octobre 2012.
4. Rigaud AS, Gallarda T, Zajdenweber M, Mangin R, Pinard L, Guillaumot P, Ploton L, Facy F, Bonin-Guillaume S, Drunat O, Carette P, Lapierre V, Carre D, Guiliano E, Gizolme R, Barangé C, Tanneau E, Duportet B, Fombaron AL, Elouadi R, Penhard R, Chartier H, Sirvent CM, Soubrier JP, Lutic C. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD) Prévention du suicide chez les personnes âgées. 2013.
5. Lisa C. Barry, Heather G. Allore, Martha L. Bruce and Thomas M. Gill. Longitudinal Association Between Depressive Symptoms and Disability Burden Among Older Persons. *Journal of Gerontology*: Cite journal as: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009 Vol. 64, No. 12, 1325–1332.
6. Insee, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.
7. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Questions d’économie de la santé*. N°191-Octobre 2013.
8. Norton J, De Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. *Encephale*. 2009 Dec;35(6):560-9. doi: 10.1016/j.encep.2008.06.018.
9. Belmin J, Frémont P. Revisiter la dépression gériatrique. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* (2010) 10, 103—105
10. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes. Paris : Office parlementaire d’évaluation des politiques de santé ; 2006.
11. Lisa C. Barry, Heather G. Allore, Martha L. Bruce, and Thomas M. Gill. Longitudinal Association Between Depressive Symptoms and Disability Burden Among Older Persons. *Journal of Gerontology*: Cite journal as: *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009 Vol. 64, No. 12, 1325–1332.
12. Licht Strunk E, Van Marwijk H W J, Hoekstra T, Twisk J W R, De Haan M, Beekman ATF. Outcome of depression in later life in primary care: longitudinal cohort study with three years’ follow-up. *BMJ* 2009;338:a3079.
13. Licht-Strunk E, Beekman ATF, De Haan M, Van Marwijk HWJ. The prognosis of undetected depression in older general practice patients. A one year follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 114 (2009) 310–315.
14. Schuster JP, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Epidemiology of psychiatric disorders in elderly and their impact on somatic health. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2013 Jun;11(2):181-5. doi: 10.1684/pnv.2013.0405.
15. Beck F, Guignard R. La Dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d’information de la population. *LA SANTÉ DE L’HOMME* - N° 421 - septembre-octobre 2012.
16. Sapinho D, Chan-Chee C, Briffault X, Guignard R, Beck F. Mesure de l’épisode dépressif majeur en population générale. *BEH thématique* 35-36 / 23 septembre 2008, p 314-317.
17. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Which version of the geriatric depression scale is most useful in medical settings and nursing homes? Diagnostic validity meta-analysis. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2010; 18(12): 1066-1077.
18. Alexopoulos GS. Geriatric Depression Reaches Maturity. *Int J Geriatr psychiatr*. 1992 ; 7: 305-6.

19. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *J Affect Disord.* 2013 Sep 5;150(2):384-8. doi: 10.1016/j.jad.2013.04.028. Epub 2013 Jun 4.
20. Zung WW. A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70 (1965).
21. Antony Arthur, Carol Jagger, James Lindesay, Candida Graham and Michael Clarke. Using an annual over-75 health check to screen for depression: validation of the short geriatric depression scale (GDS15) within general practice. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 14, 431-439 (1999).
22. Peach J, Jeffrey MSW, Koob J, Kraus MJ. Psychometric Evaluation of the Geriatric Depression Scale (GDS): Supporting Its Use in Health Care Settings. *Clinical Gerontologist*, Vol. 23(3/4) 2001.
23. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL et al 1982. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 17: 37-49
24. Wada T, Kasahara Y et al. Fifteen-item Geriatric Depression Scale Predicts 8 year Mortality in Older Japanese. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2011, Vol. 59, Issue 11 p2159-2160.
25. Rozzini R, Trabucchi M. Geriatric Dépression Scale Items and Mortality in Italian Elderly Persons Living at Home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2012, Vol. 60, Issue 5 p990-991.
26. Wada T, Ishine M, Sakagami T et al. Depression in Japanese community dwelling elderly—prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;39:15-23.
27. David J. Vinkers, Jacobijn Gussekloo, Max L. Stek, Rudi G. J. Westendorp and Roos C. van der Mast. The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The Leiden 85-plus Study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 80-84.
28. Pouget R, Yersin B, Wietlisbach V, Bumand B, Büla CJ. Depressed mood in a cohort of elderly medical inpatients: prevalence, clinical correlates and recognition rate. *Aging (Milano).* 2000 Aug;12(4):301-7.
29. Chou KL, Chi I. 2000. Stressful events and depressive symptoms among old women and men: a longitudinal study. *Int J Aging Hum Dev* 51: 275-293.
30. Weeks SK, McGann PE, King Mickaels T, Phenninx BWJH. Comparing Various Short-Form Geriatric Depression Scale Leads to the GDS 5/15. *Journal Of Nursing Scholarship*, 2003; 35:2; 133-137.
31. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, February 2007, p144-151.
32. Breuil-Genier P, Goffette C. La Durée des Séances des Médecins Généralistes. *Etudes et Résultats du DREES* ; n°481 ; avril 2006.
33. Piette F et al. La Consultation de Prévention à 70 ans. *Fondation Nationale de Gérontologie Gérontologie et Société.* 2008/2, n°125, p145-154.
34. 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. *Journal of Affective Disorders* 125 (2010) 10-17.
35. De Craen AJM, Heeren TJ and Gussekloo J. Accuracy of the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) in a community sample of the oldest old. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18: 63-66.
36. Dimity Pond C, Mant A, Bridges-Webb C, Purcell C et al. Recognition of the Depression in the Elderly: A Comparison of General Practitioner Opinions and Geriatric Depression Scale. *Family Practice Oxford University Press* 1990; vol 7 N°3; p 190-194.
37. Clément JP, Preux PM, Fontanier D, Léger JM. Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *Encephale.* 2001 Jul-Aug;27(4):329-37.
38. Sarazin M, Gonzalez Chiappe S, Kasprzyk M, Mismetti P, Lasserre A. A survey of French general practitioners and a qualitative study on their use and assessment of predictive clinical scores. *International Journal of General Medicine* 2013;6 419-426.
39. Rogausch A, Sigle J, Seibert A, Thüring S, Kochen MM and Himmel W. Feasibility and acceptance of electronic quality of life assessment in general practice: an implementation study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2009, 7:51.
40. Blanchet E. Utilisation des tests et échelles à visée gériatrique en consultation de médecine générale : intérêts et obstacles. Thèse Université Henri Poincaré Nancy I. 16/03/2011.

41. Furukawa TA. Assessment of mood: Guides for clinicians. *J. Psychosom. Res* 2010; 68 (6) : 581-9.
42. Peyre F, Martinez R, Calache M et al. 1989. Revalidation de l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (M.A.D.R.S.) sur un groupe de 147 patients déprimés hospitalisés. *Ann. Médico. Psychol.* 187, 762-767.
43. Furukawa TA. Assessment of mood: Guides for clinicians. *J. Psychosom. Res* 2010; 68 (6) : 581-9.
44. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008, vol 19, n°84, p142-145.

ANNEXES

Annexe 1. Version courte du CIDI

Définition de l'épisode dépressif caractérisé d'après le CIDI-SF

Symptômes

- Symptômes principaux :

– vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé ou sans espoir, pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;

– vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

- Symptômes secondaires :

– se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ;

– avoir pris ou perdu au moins cinq kilos ;

– avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ;

– avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ;

– avoir beaucoup pensé à la mort ;

– avoir perdu intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir.

Types de troubles

- Épisode dépressif caractérisé : au moins quatre symptômes (dont au moins un symptôme principal) et ses activités habituelles perturbées par ces problèmes.
- Épisode dépressif caractérisé léger : un maximum de cinq symptômes et ses activités légèrement perturbées.
- Épisode dépressif caractérisé sévère : un minimum de six symptômes et ses activités beaucoup perturbées.
- Épisode dépressif caractérisé : tous les cas entre légers et sévères.

Annexe 2. Critères du DSM IV correspondants à l'épisode dépressif de la CIM-10

- présenter au moins cinq symptômes sur neuf qui durent depuis au moins deux semaines :
 - **1. Humeur dépressive,**
 - **2. diminution de l'intérêt et du plaisir,**
 - **3. perte d'appétit et de poids d'au moins 5 % par mois,**
 - **4. insomnie ou hypersomnie (plus rare),**
 - **5. agitation ou retard au niveau psychomoteur,**
 - **6. fatigue et perte d'énergie,**
 - **7. sentiment de culpabilité ou manque de valorisation de soi,**
 - **8. trouble de concentration,**
 - **9. pensée de mort et de suicide.**
- ces symptômes provoquent une détresse chez la personne ou une diminution du fonctionnement au niveau social ou au travail,
- ces symptômes ne sont pas reliés à l'utilisation de médicaments ou d'une substance ni à un problème médical,
- les symptômes ne sont pas le résultat d'un deuil.

Annexe 3. Patient Health Questionnaire

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

**Pas du tout
difficile(s)**

**Assez
difficile(s)**

**Très
difficile(s)**

**Extrêmement
difficile(s)**

Annexe 4. Echelle de dépression gériatrique : GDS 15 items

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ? | oui | non |
| 2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? | oui | non |
| 3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? | oui | non |
| 4. Vous ennuyez-vous souvent ? | oui | non |
| 5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? | oui | non |
| 6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ? | oui | non |
| 7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ? | oui | non |
| 8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? | oui | non |
| 9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que
de sortir ? | oui | non |
| 10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle
de la plupart des gens ? | oui | non |
| 11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ? | oui | non |
| 12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ? | oui | non |
| 13. Avez-vous beaucoup d'énergie ? | oui | non |
| 14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? | oui | non |
| 15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que
la vôtre ? | oui | non |

Score : |__|__| /15

Compter 1 si la réponse est non aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et oui aux autres.

Annexe 5. Mini GDS

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. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps ? | Oui | Non |
| 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? | Oui | Non |

Cotation :

Question 1 : oui : 1, non : 0

Question 2 oui : 1, non : 0

Question 3 oui : 0, non : 1

Question 4 oui : 1, non : 0

Si le score est supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression.

Si le score est égal à 0 : forte probabilité d'absence de dépression.

Annexe 6. Echelle MADRS

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et

l'incapacité de s'égayer.

0 = Pas de tristesse.

2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.

4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.

6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou

non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une

aide possible et sans espoir.

0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.

2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés.

4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.

6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin

d'être rassuré(e).

0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.

2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.

4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.

6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

0 = Dort comme d'habitude.

2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé,

quelque peu moins réparateur.

4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.

6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0** = Appétit normal ou augmenté.
- 2** = Appétit légèrement réduit.
- 4** = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
- 6** = Doit être persuadé(e) de seulement manger.

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0** = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2** = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4** = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6** = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0** = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2** = Difficultés à commencer des activités.
- 4** = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6** = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0** = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2** = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4** = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6** = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0** = Pas de pensées pessimistes.
- 2** = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4** = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6** = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.

2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.

4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide

considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.

6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

Le diagnostique de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave

(Montgomery & Åsberg 1979).

Annexe 7. Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

0 Absent.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

0 Absent

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

0 Absent.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

2 Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 Entretien difficile.

4 Stupeur.

9) Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires.

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 Aucun trouble.

1 Tension subjective et irritabilité.

2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 Absente.

1 Discrète.

2 Moyenne.

3 Grave.

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun.

1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

0 Aucun

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 Absents.

1 Légers.

2 Graves.

15) Hypochondrie

0 Absente

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

0 Pas de perte de poids.

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade

Annexe 8. Zung Self-rating Depression Scale

Place check mark (✓) in correct column.	A little of the time	Some of the time	Good part of the time	Most of the time
1. I feel down-hearted and blue.				
2. Morning is when I feel the best.				
3. I have crying spells or feel like it.				
4. I have trouble sleeping at night.				
5. I eat as much as I used to.				
6. I still enjoy sex.				
7. I notice that I am losing weight.				
8. I have trouble with constipation.				
9. My heart beats faster than usual.				
10. I get tired for no reason.				
11. My mind is as clear as it used to be.				
12. I find it easy to do the things I used to.				
13. I am restless and can't keep still.				
14. I feel hopeful about the future.				
15. I am more irritable than usual.				
16. I find it easy to make decisions.				
17. I feel that I am useful and needed.				
18. My life is pretty full.				
19. I feel that others would be better off if I were dead.				
20. I still enjoy the things I used to do.				

Annexe 9. GDS 30

1. Etes-vous satisfait(e) de votre vie?	Oui	Non*
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités?	Oui*	Non
3. Avez-vous l'impression que votre vie est vide?	Oui*	Non
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui*	Non
5. Envisagez-vous l'avenir avec optimisme?	Oui	Non*
6. Etes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse?	Oui*	Non
7. Etes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui	Non*
8. Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir?	Oui*	Non
9. Etes-vous heureux(se) la plupart du temps	Oui	Non*
10. Avez-vous souvent besoin d'aide?	Oui*	Non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place?	Oui*	Non
12. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir	Oui*	Non
13. L'avenir vous inquiète-t-il?	Oui*	Non
14. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens?	Oui*	Non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque?	Oui	Non*
16. Avez-vous souvent le cafard?	Oui*	Non
17. Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile?	Oui*	Non
18. Ressassez-vous beaucoup le passé?	Oui*	Non
19. Trouvez-vous que la vie est passionnante?	Oui	Non*
20. Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets?	Oui*	Non
21. Avez-vous beaucoup d'énergie?	Oui	Non*
22. Désespérez-vous de votre situation présente?	Oui*	Non
23. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la votre	Oui*	Non
24. Etes-vous souvent irrité(e) par des détails?	Oui*	Non
25. Eprenez-vous souvent le besoin de pleurer?	Oui*	Non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer?	Oui*	Non
27. Etes-vous content(e) de vous lever le matin?	Oui	Non*
28. Refusez-vous souvent les activités proposées?	Oui*	Non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions?	Oui	Non*
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois?	Oui	Non*

Annexe 10. Critères du DSM V

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

Nota Bene. Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
 - Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
 - Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
 - Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
 - Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
 - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peu être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 - Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
- D. L'épisode ne répond pas aux critères du troubles schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
- E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Annexe 11. Hoyl GDS-5

I. Criteria: Questions (abnormal or positive answers in parentheses)

1. Are you basically satisfied with your life? (No)
2. Do you often get bored? (Yes)
3. Do you often feel helpless? (Yes)
4. Do you prefer to stay at home rather than going out and doing new things? (Yes)
5. Do you feel pretty worthless the way you are now? (Yes)

II. Interpretation

1. Two positive answers suggests depression

Annexe 12. GDS 5/15

1. Are you basically satisfied with your life? ^{1,2,3}	Yes	No*
2. Do you often get bored? ³	Yes*	No
3. Do you often feel helpless? ³	Yes*	No ³
4. Do you prefer to stay home rather than going out and doing new things? ^{2,3}	Yes*	No
5. Do you feel pretty worthless the way you are now? ³	Yes*	No
Score GDS-5= _____		
Score of 2 or more on GDS-5? Please continue with the remaining 10 questions:		
6. Have you dropped many of your activities and interests? ²	Yes*	No
7. Do you feel that your life is empty? ¹	Yes*	No
8. Are you in good spirits most of the time?	Yes	No*
9. Are you afraid that something bad is going to happen to you? ¹	Yes*	No
10. Do you feel happy most of the time? ^{1,2}	Yes	No*
11. Do you feel you have more problems with memory than most?	Yes*	No
12. Do you think it is wonderful to be alive now?	Yes	No*
13. Do you feel full of energy?	Yes	No*
14. Do you feel your situation is hopeless?	Yes*	No
15. Do you think that most people are better off than you are?	Yes*	No
Score GDS-15= _____		
Circle each answer. Each answer indicated by * counts as 1 point.		

Note.

¹=Included on 4-Item, D'Ath.

²=Included on 4-Item, van Marwijk.

³=Included on 5-Item, Hoyl.

GDS-5 score of 2 or more indicates possible depression (Hoyl et al., 1999); ask remaining 10 questions.

GDS-15 score of 5-9 indicates possible depression; scores above 9 usually indicate depression (Sheikh & Yesavage, 1986).

Résumé :

La dépression est la maladie psychiatrique la plus fréquente chez les patients âgés (2). Plusieurs travaux montrent qu'elle est mal diagnostiquée, avec des patients sur (8) ou sous traités (9) selon les études.

Le but de ce travail est d'essayer d'identifier certaines causes expliquant cet état de fait et d'évaluer la pertinence d'un outil de dépistage en médecine générale, la Mini GDS : échelle de 4 items avec une spécificité de 80,9% et une sensibilité de 68,5%.

Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi dirigés auprès de 12 médecins généralistes majoritairement installés en milieu urbain et rural.

Il ressort de ces entretiens que cette pathologie est plus difficile à diagnostiquer chez le patient âgé. En cause, la polyopathie, la banalisation des symptômes dépressifs par le médecin et le patient.

Les outils de dépistage sont peu utilisés, par méconnaissance, parce qu'ils sont chronophages et impersonnels.

La Mini GDS est jugée utilisable en pratique mais peu fiable. Elle ne paraît pas suffisante pour poser le diagnostic.

Certains sont toutefois intéressés par cet outil rapide s'ils y pensent et s'ils savent quoi faire en cas de positivité.

Il serait possible de favoriser l'utilisation de la Mini GDS en informant les praticiens de ses performances réelles et en l'intégrant aux logiciels médicaux.

La Mini GDS n'est pas la seule solution pour résoudre le problème du diagnostic de la dépression chez le sujet âgé. D'autres efforts sont à fournir notamment sur la banalisation des symptômes, mais il est rare d'avoir à sa disposition un outil simple et rapide. Il semble donc intéressant d'étudier plus profondément sa pertinence à la lumière des solutions proposées.

Mots-clés : Dépression, Personnes âgées, Outils de dépistage, Temps de passage de test, Mini Geriatric Depression Scale, Pertinence Mini GDS, Relation médecin/patient, Etude qualitative.